

Depressão Infantil: Um Estudo Fisiológico

Child Depression: A physiological Study

Fabiana Aparecida Lazzarin*, Ivo Erik Bezerra Brito, Modesto Leite Rolim Neto*, Thays Neri Andrade e Tiago da Silva Boaventura

RESUMO

A depressão infantil e a saúde mental da criança tem sido uma temática que evolui consideravelmente dentro da psiquiatria infantil, uma vez que vem sendo diagnosticado um maior número de crianças depressivas. Por isso este estudo buscou uma atualização do conhecimento através de uma revisão bibliográfica, particularmente naquilo que concerne aos espaços da sintomatologia na depressão infantil. Por se tratar, de acordo com alguns autores de uma temática de difícil abordagem, e ainda controversa devido ao reconhecimento recente de tal diagnóstico, a discussão gerada, neste trabalho, será centrada em algumas das manifestações sintomatológicas da patologia em crianças com depressão. Cabe ressaltar que os sintomas abordados no artigo fazem parte de um quadro diagnóstico para depressão infantil, porém se restringindo aos sintomas que, a priori, seriam investigados como de origem ou causa fisiopatológica. Os sintomas levados em consideração no presente artigo são: queixas somáticas, perda da energia habitual, distúrbios alimentares e mudanças no padrão do sono.

Palavras-chave: Depressão infantil, queixas somáticas, distúrbios de sono e alimentares, perda de energia habitual.

ABSTRACT

The infantile depression and the mental health of the child have been a thematic one that it evolves considerably inside of infantile psychiatry, a time that comes being diagnosis a bigger number of depressive children. The infantile depression and the mental health of the child have been a thematic one that it evolves considerably inside of infantile psychiatry, a time that comes being diagnosis a bigger number of depressive children. By if treating, in accordance with some authors of a thematic one of difficult boarding, and still controversy had to the recent recognition of such diagnosis, the generated quarrel, in this work, will be centered in some of the symptoms manifestations of the pathology in children with depression. It fits to stand out that the boarded symptoms in the article are part of a diagnosis picture for infantile depression, however if restricting to the symptoms that, a priori, would be investigated as of origin or fisio pathology cause. The symptoms taken in consideration in the present article are: somatic complaints, alimentary loss of the habitual energy, riots and changes in the standard of sleep.

Keywords - Childhood depression, somatic complaints, disturbances of sleep and food, loss of normal power.

*Universidade Federal do Ceará/UFC - Campus Cariri. Juazeiro do Norte – CE.

Autores Correspondentes: E-mail: fabilazzarin@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

De acordo com Kaplan, os transtornos afetivos, conhecidos há aproximadamente 2500 anos, continuam a dominar o interesse da saúde pública. Especialmente nas suas formas depressivas, eles estão entre as doenças mais comuns, afetando pelo menos 12% das mulheres e 8% dos homens em algum momento da vida (Dados extrapolados dos estudos do Instituto Nacional de Saúde Mental – NIMH)¹.

Vale ressaltar que, através de edições prévias do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais, (DSM-IV), [...] o termo transtorno de humor é preferível porque se refere a dados emocionais persistentes, e não meramente à expressão externa (afetiva) de um estado emocional transitório².

O estado emocional pode apresentar-se normal, elevado ou deprimido. Os indivíduos normais experimentam uma ampla faixa de estados emocionais e têm, da mesma forma, um grande repertório de expressões afetivas; sentem-se no controle de seus estados de humor e afetos. Nos transtornos de humor, em especial em relação ao transtorno depressivo infantil (T.D.I.), a sensação de controle é perdida, e há uma experiência subjetiva de grande sofrimento².

No que se refere às freqüências dos T.D.I.s, estes se constituem um grupo de patologias com alta e crescente prevalência na população geral. Conforme a Organização Mundial de Saúde³, haverá nas próximas duas décadas uma mudança dramática nas necessidades de saúde da população mundial, devido ao fato de que doenças como depressão e cardiopatias estão substituindo os tradicionais problemas das doenças infecciosas e de má nutrição. O prejuízo causado pelas doenças, medido pela *Disability Adjusted Life Years*, mostra que a depressão maior, quarta causa geradora de sobrecarga ao sistema de saúde em 1990, será a segunda causa no ano 2020, só perdendo para as doenças cardíacas^{4,5}.

Dessa forma, a depressão infantil vem ganhando importância devido ao aumento no

número de casos diagnosticados. Atualmente, há um grande número de pesquisas e publicações destinadas a tratar do assunto, como também os investimentos farmacológicos no desenvolvimento de medicamentos antidepressivos. Essa atenção voltada para as patologias de origem mental torna-se relevante quando vemos a alta incidência de pessoas que já sofreram por algum desses distúrbios.

Observa-se, a partir desse maior enfoque dado ao transtorno de humor, a realização de diversos estudos que abordam a temática; por exemplo, segundo Halpern e Figueiras (2004), nos últimos anos tem aumentado de maneira expressiva a preocupação com a saúde mental da criança, devido aos estudos recentes que têm encontrado uma prevalência de problemas de saúde na criança variando de 10 a 20%, sendo considerada a causa mais importante de problemas na infância⁶. Outros estudos também mostram que até 2,5% das crianças e 8,5% dos adolescentes passam por depressão⁷.

Outro aspecto a se considerar, os transtornos de humor, que são mais bem classificados como síndromes (em vez de doenças distintas), consistem em um conjunto de sinais e sintomas persistentes por semanas ou meses que representam um desvio marcante do desempenho habitual do indivíduo e que tendem a recorrer, por vezes, de forma periódica ou cíclica.

Porém, a abordagem de tal patologia dava maior enfoque, até a década de 1970, às manifestações desse transtorno na população adulta, isto se deve à grande influência de Sigmund Freud, uma vez que este “acreditava que a depressão incluía, dentre outras coisas, a ‘diminuição do sentimento de auto-estima’ e ‘expectativa ilusória de punição’”. Ele concluiu que as crianças não tinham capacidade de auto-estima [...]. Desse modo, não podiam ficar deprimidas⁸.

Com os avanços dos estudos na área, a sociedade científica passou a aceitar a existência da depressão infantil, porém com divergência quanto à natureza desta, havendo duas principais linhas de

pensamento: uma que acreditava que a apresentação da depressão infantil é semelhante da depressão adulta, outra focando as peculiaridades de uma depressão dita “encoberta”, com sintomas que não seriam apresentados em adultos, tais como rebeldia, fobia escolar e mau-humor. De acordo com Fichtner (1997), os estudos sobre T.D.I., diferenciam os sintomas apresentados no quadro depressivo adulto do quadro infantil, levando em conta a fase de desenvolvimento que a criança estiver. Enquanto Lewis e Wolkmar (1990) afirmaram que o T.D.I. é descrito como adulto, porém com pequenas alterações que se distinguem de acordo com o nível evolutivo da criança⁹.

Calcado nesta temática, o artigo trata-se de uma revisão bibliográfica apresentando um estudo sobre as manifestações somáticas, para estas serem mais bem estudadas. Essas manifestações foram trabalhadas separadamente por serem mais facilmente confundidas com outros quadros sintomatológicos de patologias que possuem explicações apenas fisiopatológicas, não abrangendo o fator psicológico.

Nessa perspectiva, serão focados os transtornos do sono, queixas somáticas, perda de energia habitual e mudanças de apetite ou perda de peso, devido a uma co-relação entre eles por se tratarem de sinais ou sintomas relacionados a transtornos somáticos.

Esses sintomas foram selecionados baseando-se nos critérios diagnósticos apresentados por Warren Weinberg, que juntamente com seus colegas desenvolveram os primeiros critérios para o diagnóstico da depressão, em que as diferenças de desenvolvimento entre crianças e adultos eram consideradas⁷.

CRIANÇAS COM EVIDÊNCIAS DE DEPRESSÃO: SINTOMAS FISIOLÓGICOS

Queixas somáticas

A causa de depressão infantil não traz como específicos marcadores biológicos, contudo associadas a outras manifestações sintomáticas depres-

sivas, podem servir de critério para o diagnóstico de TDI; queixas somáticas como dor de cabeça, dores no estômago e enurese noturna, podem fazer parte dos sintomas de crianças depressivas^{10,11}. Há autores que sugerem uma diferenciação nos sintomas depressivos quanto ao gênero, sendo tristeza e choro os sintomas mais frequentes em meninas, irritabilidade entre outros mais nos meninos¹², contudo queixas somáticas como dor abdominal, cefaléia e náuseas, ocorrem com frequência nos dois sexos.

Em muitos casos, os exames físicos e laboratoriais não encontram dados significativos, embasando as queixas da criança. Partindo de uma perspectiva nosológica, de acordo com a terceira edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-III), de 1980, tais sensações ou funções corporais, são influenciados por uma perturbação da mente, algo que¹³ a maioria dos médicos não recebe educação e treinamento para lidar com tal tarefa, ficando sempre a procura de uma patologia ou disfunção fisiológica responsável pelos sintomas. Por outro lado, explicações não-orgânicas também não são aceitas por grande parte dos pacientes.

Naquilo que tange aos sintomas característicos de transtornos depressivos em crianças, adolescentes e em adultos, várias proposições de diagnóstico foram feitas, e todas são baseadas em sintomas semelhantes aos observados em adultos, contudo de acordo com o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV), de 1994, existem dados sugerindo que a predominância de sintomas característicos pode mudar com a idade, citando sintomas muitos comuns em crianças (queixas somáticas, irritabilidade e retraimento social) e sintomas menos comuns em crianças (retardo psicomotor, hipersonia e delírios), portanto quanto menor a criança, mais somáticos são os sintomas apresentados.

Saint-Clair⁴, ao analisar a depressão infantil através da faixa etária associada ao contexto escolar, revela dados importantes e específicos predominante de cada fase: em crianças pré-

escolares (idade até seis a sete anos), a manifestação clínica mais comum é representada pelos sintomas físicos, tais como dores (principalmente de cabeça e abdominais), fadiga e tontura. Goodyer cita que aproximadamente 70% dos casos de depressão maior em crianças apresentam queixas físicas, e estas são seguidas por ansiedade, fobias, irritabilidade, alterações do sono, entre outros; em crianças escolares (idade entre seis a sete anos até doze anos), o humor depressivo já pode ser verbalizado e é frequentemente relatado como tristeza, irritabilidade ou tédio. Apresentam aparência triste, choro fácil, apatia, fadiga, isolamento, declínio ou desempenho escolar fraco, podendo chegar à recusa escolar, ansiedade de separação, fobias e desejo de morrer. Também podem relatar concentração fraca, queixas somáticas, perda de peso, insônia, entre outros¹⁴.

Portanto, de acordo com as análises de Saint-Clair, crianças tanto da idade de até seis a sete anos quanto crianças acima desta idade até doze anos, que foram analisadas separadamente, apresentam como sintoma comum: sintomas físicos e queixas somáticas. Em se tratando o seu trabalho voltado para a depressão em crianças e adolescentes, verifica-se através de suas apreciações que tal sintoma não se manifesta em adolescentes. Estudos semelhantes não foram encontrados em adultos.

Vale ressaltar que o estudo aqui realizado trata as manifestações somáticas como consequência e critérios para o diagnóstico de T.D.I., e não a depressão vista como uma via final comum resultante de um diagnóstico de crianças medicamente doentes, caso este reservado para estudos posteriores.

Distúrbios do sono

Dentre os distúrbios fisiológicos da depressão infantil um dos mais comuns sintomas apresentados é a mudança no sono. Essa alteração é comum a pessoas não depressivas em aproximadamente 10 a 20% delas, sendo que essa porcentagem aumenta para 80% nos pacientes

depressivos¹⁵. As alterações no sono podem variar desde insônia (hiposonia) até a hipersonia. Para entender melhor as alterações ocorridas durante o sono faz-se necessário uma breve explicação de por quê ele ocorre e como ocorre.

Há controvérsia entre os neurologistas sobre a importância do sono, contudo consensualmente acredita-se que este é relevante e que se faz necessário. Uma das teorias mais defendidas sobre a necessidade de dormir ressalta que no sono restauramos as energias gastas durante o dia, já que enquanto dormimos nossos sistemas em geral estão com diminuição metabólica e consequentemente menor consumo de energia.

Outra vertente teórica explica a irredutibilidade do sono como um fenômeno primordial para a fixação das informações adquiridas no dia. A memorização está relacionada ao sono REM, visto que, em casos onde houve uma redução desse estado do sono, o paciente obteve uma diminuição acentuada na capacidade de memorização, por exemplo, pacientes com deficiência mental têm menos sono REM. Em contrapartida pessoas superdotadas tem esse estágio maior que a média.

Ainda existe outra teoria que defende o sono como sendo de fundamental importância para o restabelecimento do sistema imunológico. Uma experiência realizada com ratos privados do sono por 15 a 20 dias levou-os a óbito, tendo como *causa mortis* infecções oportunistas causada pela imunossupressão¹⁶. Sendo assim, fica evidente que os distúrbios do sono causam uma grande gama de sintomas maléficos ao bem-estar do indivíduo sendo de fundamental importância uma quantidade e qualidade de sono bem estabelecidas.

Na outra ponta, a vigília (estado de alerta) se mantém pela liberação contínua de histamina sobre o córtex cerebral. A pessoa começa a dormir quando há o bloqueio da liberação desse neurotransmissor. Há outros mecanismos envolvidos no adormecer e na continuidade do sono. Diferentes mecanismos também agem nas diferentes fases do sono sendo que um dos principais é a ativação do sistema modulador colinérgico do

proscéfalo basal e hipotálamo anterior no primeiro estado do sono. O sono é dividido em dois estados: o sono não-REM ou sono de ondas lentas e o sono REM ou sono paradoxal.

O sono de ondas lentas consiste em quatro estágios. O primeiro é aquele em que o indivíduo se encontra sonolento. No eletroencefalograma (EEG) as ondas passavam de um estado dessincronizado para um traçado ligeiramente diferente, de voltagem um pouco maior e de menor frequência¹⁶. O segundo caracteriza-se por um aprofundamento do sono onde se evidencia no EEG ondas de alta voltagem. No terceiro e quarto estágios o paciente se encontra num estado mais profundo do sono finalmente apresentando um ritmo de alta voltagem e baixa frequência em que o indivíduo encontra-se dormindo tranqüilamente¹⁷.

O sono paradoxal segue após o sono de ondas lentas e recebe esse nome porque, controversamente, no EEG as ondas cerebrais voltam a se tornar irregulares (semelhante à vigília) embora a pessoa esteja dormindo profundamente. É nesse estágio que o paciente apresenta movimentos oculares rápidos sendo caracterizado pela presença de sonhos¹⁸.

Anormalidades encontradas no padrão de sono em pacientes depressivos, como a latência reduzida de sono REM e os déficits no sono de ondas lentas, podem ser caracterizadas como marcadores biológicos no transtorno depressivo^{19,20,21}.

A insônia, distúrbio do sono mais comum em pessoas depressivas, caracteriza-se pela dificuldade de iniciar ou de manter o sono, de continuação do sono e do despertar precoce nas primeiras horas da manhã²². Ela causa complicações diurnas como irritabilidade, diminuição da concentração, fadiga e déficit de memória. Sendo assim, pode-se dizer que a insônia está relacionada com a diminuição da sociabilidade da criança depressiva, principalmente na escola e pela diminuição de suas notas escolares. Em relação à temporalidade, tem sido preconizada que a persistência da insônia por mais de seis meses

indica sua comorbidade a transtornos clínicos e psiquiátricos, sendo a forma mais freqüente a insônia comórbida à depressão²³.

A hipersonia atinge de 10 a 20% dos pacientes depressivos. Ela caracteriza-se pelo aumento significativo do sono durante a noite e pelo aumento da sonolência diurna^{24,25}.

Os estudos do sono exercem um papel fundamental na investigação da depressão, podendo contribuir na elaboração de um diagnóstico precoce dessa condição clínica, além de permitir uma melhor avaliação de estratégias de tratamento para os pacientes²³.

Distúrbios alimentares

A influência de fatores psíquicos no funcionamento normal do trato gastrointestinal vem sendo cada vez mais reconhecida pela comunidade científica, havendo cada vez mais desenvolvimento de trabalhos experimentais que corroboram com tal observação, utilizando-se, atualmente, métodos mais tecnológicos para medição da atividade desse trato associada a estressores psicológicos.

As pesquisas contemporâneas estão, cada vez mais, documentando a ligação entre cérebro e o que tem sido chamado de "pequeno cérebro" no intestino. Foram identificadas no intestino extensas redes neurais que utilizam os mesmos neurotransmissores e hormônios peptídeos encontrados no cérebro. A função intestinal é largamente integrada, modulada e regulada localmente; entretanto, as emoções e estressores experimentais distintos envolvendo necessariamente o sistema nervoso central também demonstram afetar as funções neural, motora e secretória do intestino²⁶. Esse "pequeno cérebro" é uma analogia feita em relação à extensa rede neuronal que inerva os órgãos do sistema gástrico, controlando a homeostase funcional desses órgãos.

Uma vez que há reflexos das funções psíquicas superiores, como as emoções e sentimentos, no funcionamento fisiológico desses órgãos, extrapola-se as sintomatologias de patologias gastrointestinais como manifestações do

transtorno depressivo, uma vez que este altera, de forma prejudicial, essas funções psíquicas, havendo reflexo em todo o funcionamento e bem-estar do indivíduo. Logo, os distúrbios alimentares já são considerados como critério diagnóstico para a depressão, sendo expandida essa correlação no caso específico do T.D.I., como já foi explicitado anteriormente neste trabalho através dos critérios diagnóstico de Weinberg (1970).

Tendo como exemplo dessa inter-relação entre as manifestações psíquicas com as manifestações gastrintestinais, observa-se que, na fase deprimida, uma criança pode sofrer uma perda considerável de peso sem fazer dieta ou ganhar peso significativamente. [...] Em crianças pequenas, não conseguir obter o ganho de peso esperado como parte do desenvolvimento também é considerado um sintoma²⁷.

Diante de tal realidade, pode-se inferir que os distúrbios alimentares, ou outras manifestações que mostram que mostram quebra de funcionalidade normal do trato gastrintestinal, podem ser consideradas como critérios diagnóstico para T.D.I., uma vez que se observa experimental e clinicamente a depressão infantil como causa das alterações fisiológicas da criança.

Perda de energia habitual

Discutidas as alterações apresentadas na qualidade do sono e nos fatores alimentares, pode-se inferir que o paciente poderá apresentar também uma diminuição de sua energia habitual, de acordo com Weinberg (1970). Atualmente, não existem pesquisas aprofundadas, na gama de artigos revisados, que associam a perda de energia habitual ao T.D.I. O que se pode inferir, contudo, são correlações entre condições comuns a criança depressiva e os sintomas característicos da doença. Por exemplo, uma criança inserida em ambiente gerador de confusões mentais e que sofre pressões de estresse pode imergir em episódios repetitivos de insônia, desmotivação, preocupações excessiva e perda de apetite. Tudo isso se somaria integralmente para tornar um infante apático e inapetente.

Também, outras hipóteses associadas a perda de energia habitual podem ser levantadas a partir da observação da pré-patogenese da T.D.I.. Alterações nos níveis de cortisol (para mais), déficits no sono REM e de ondas lentas, baixas nos níveis de serotonina e norepinefrina, enfim, mudanças fisiológicas variadas caracterizam um vasto espectro de possibilidades de fatores ainda não interligados e fundamentados pelas ciências médicas. Um quebra-cabeça ainda por ser resolvido.

Assim sendo, uma das teorias defendidas pelos médicos para a necessidade do sono é a da reposição de energia, como elucidado anteriormente. Sob esta perspectiva, noites mal dormidas poderiam provocar uma redução das capacidades energéticas de um indivíduo com depressão. Outro fator que também associado a outros critérios, julga-se importante é a disfunção do trato gastrintestinal visto que acometido por tais distúrbios o paciente fica desprovido de uma absorção qualificada de nutrientes a nível intestinal, não repondo diariamente os nutrientes que lhe serviriam de fonte de energia.

CONCLUSÃO

O presente trabalho buscou entender, através de uma revisão bibliográfica, como as manifestações sintomáticas originadas de um processo depressivo estão correlacionadas com a Depressão Infantil.

Cabe ressaltar que ainda estamos trabalhando sobre este tema, com o intuito de buscar um maior aprofundamento teórico naquilo que concerne a T.D.I., visto se tratar de uma temática, principalmente quando se refere aos espaços da sintomatologia na depressão infantil, ainda de marcante divergência quanto à sua natureza.

As sintomatologias aqui apresentadas partiram da hipótese de conseqüências e critérios para o diagnóstico de T.D.I.. Essa premissa esta contida no fato de que a depressão infantil, em primeira instância, recebe um tratamento pura e

simplesmente físico-biológico, não recebendo um tratamento diferenciado de origem de distúrbios psíquicos.

Assim sendo, a correlação entre T.D.I. e as manifestações somáticas se mostra validada devido ao fato que, de acordo com o DSM-IV (1994), existem dados sugerindo que estas são muito comuns em crianças com depressão.

No entanto, com o decorrer da pesquisa bibliográfica, também pudemos perceber que a dificuldade de percepção dos critérios de diagnóstico na depressão infantil é ainda mais exacerbada, uma vez que a criança apresenta uma maior dificuldade de comunicação, não tendo ainda desenvolvido uma completa capacidade perceptiva de seus conflitos internos.

Assim, o dilema mostrado pelos profissionais de saúde, de que num momento sintomas tais como queixas somáticas, alterações de massa corpórea, transtornos do sono e perda de energia na depressão infantil, são de origem fisiopatológica, e num outro momento de origem psíquica, é freqüentemente encontrado nos discursos de diversos profissionais de saúde. Logo as duas afirmações devem ser investigadas com profundidade, cada uma nas suas áreas específicas, porém, proporcionando também uma maior flexibilidade, relação e cooperação entre as ciências, para maior benefício do paciente.

Por fim, o que propomos com este trabalho é uma maior atualização do conhecimento para o diagnóstico de depressão na infância, principalmente naquilo que tange aos espaços da sintomatologia no T.D.I..

REFERÊNCIAS

1. Harold I. Kaplan; Benjamin J. Sadock. Tratado de Psiquiatria Vol 2. Artmed. – Ed 6 – 1999. p. 1175.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica; trad. Claudia Dornelles... [et al]. – 9. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 572.
3. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de Comportamento da CID-10. Organização Mundial da Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas Ltda; 1993
4. Bahls S-C. Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *Interação* 1999;3:49-60.
5. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease and injury series. The global burden of disease (Summary). Cambridge: Harvard University Press; 1996.
6. Halpern, R. & Figueiras, A. C. M (2004). Influências ambientais na saúde mental da criança: *Jornal de Pediatria*, 80, 104-10.
7. Miller, J.A.. O livro de referência para a depressão infantil. São Paulo: M. Books, 2003. p. 9.
8. Miller, J.A.. O livro de referência para a depressão infantil. São Paulo: M. Books, 2003. p. 4.
9. Almeida TL. Depressão Infantil: aspectos sociais e neuropsicológicos [trabalho de conclusão de curso]. São Paulo: Irmandade da Santa casa de Misericórdia de São Paulo Serviço de psicologia Hospitalar; 2005
10. Brumback, R. A., Jackoway, M. K., & Weinberg, W. A, (1980). Relation of Intelligence to childhood depression in children referred to na Educational Diagnostic Center. *Perceptual and Motor Skills*, 50, 11-17.
11. Kashani, J. H., & Carlson, G. A. (1987). Seriously Depressed Preschoolers. *American Journal Psychiatry*, 143 (3), 348-350.
12. Cruvinel, M; Boruchovitch, E. (2004) – Sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar de alunos do ensino fundamental. *Ver Psicologia em estudo – Vol 9 (3)*, 369-378.
13. Oliveira, J. T. (2000). Aspectos Comportamentais das síndromes de dor crônica. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* Vol.58 n.2A

14. Balhs S-C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria* – Vol 78, nº 5, 2002. p. 359-366
15. Harvey, A.G. -Insomnia: symptom or diagnosis? *Clin Psychol Rev* 21(7): 1037-1059, 2001.
16. Lent R. Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência. São Paulo: Ateneu, 2004. p. 548-549.
17. Lent R. Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência. São Paulo: Ateneu, 2004. P. 534-535.
18. Lent R. Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência. São Paulo: Ateneu, 2004. P. 535-536.
19. Benca, R.M.; Obermeyer, W.H.; Thisted, R.A.; Gillin, J.C. -Sleep and psychiatric disorders. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 49: 651-668, 1992.
20. Riemann, D.; Berger, M.; Voderholzer, U. - Sleep and depression – results from psychobiological studies: An overview. *Biol Psychology* 57: 67-103, 2001.
21. Souza, M.M.; Maciel, D.R.K.; Reimão, R. - Avaliação polissonográfica de pacientes ambulatoriais de transtornos do humor. *Arq Neuropsiquiatr* 61(2): 384-391, 2003.
22. International Classification of Sleep Disorders (ICSD). Diagnostic and coding manual revised. Diagnostic Classification Steering Committee, Thorpy MJ, Chairman. Rochester, Minn: American Sleep Disorders Association; 2005.
23. National Institutes of Health State of the Science State Conference (NIHSSC). *Sleep* 2005; 28: 1049-1057.
24. Bittencourt, L.R.A; Silva, R.S.; Santos, R.F. - Sonolência excessiva. *Rev Bras Psiquiatr* 27(1): 16-21, 2005.
25. Chellappa, S.L.; Araújo, J.F. - Excessive daytime sleepiness in patients with depressive disorder. *Rev Bras Psiquiatr* 28(2): 126-130, 2006.
26. Harold I. Kaplan; Benjamin J. Sadock. *Tratado de Psiquiatria Vol 2. Artmed. – Ed 6 – 1999. P.1594.*
27. Miller, J.A.. *O livro de referência para a depressão infantil. São Paulo: M. Books, 2003. p. 20.*