

Disfunções Fisiológicas em Casos de Depressão Infantil: Uma Análise Segundo Critérios de Weinberg

*Fabiana Aparecida Lazzarin, Ivo Erik Bezerra Brito, Thays Neri Andrade, Tiago da Silva Boaventura**

RESUMO

OBJETIVOS: Este estudo buscou apresentar uma revisão sobre o quadro clínico, manifestação e percepção de quadro dos dez critérios estabelecidos por Weinberg para diagnóstico de transtorno de depressão infantil, com o objetivo de contribuir com os profissionais de saúde no que se refere às manifestações sintomáticas originadas de um processo depressivo, ainda pouco esclarecidas quando se refere a etiologia psíquica.

FONTES DOS DADOS: Foi realizada uma revisão da literatura sobre depressão infantil, sendo utilizado, principalmente, como maiores referências Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock, Jeffrey A. Miller e Weinberg.

SÍNTESE DOS DADOS: A depressão Infantil está associada a manifestações somáticas de difícil critério diagnóstico por se tratar, em inúmeras vezes, de características subjetivas do paciente, uma vez que, em muitos casos, não se encontre explicações físico-biológicas para tais manifestações, sendo elas de origem de distúrbios psíquicos.

CONCLUSÕES: As manifestações somáticas são importantes, em se tratando de depressão na infância, uma vez que em todas as faixas etárias da criança elas estão presentes. Ainda muitas vezes de difícil diagnóstico, uma vez reconhecidos irão possibilitar um tratamento mais precoce, com avaliação e definição do tipo de abordagem a ser tomada.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão infantil, manifestações somáticas, causas fisiológicas.

ABSTRACT

OBJECTIVES: This study aimed to present a review on the clinical, perception and manifestation of a table of ten criteria established by Weinberg to diagnose disorders of childhood depression, with the objective of helping with health professionals in relation to events arising symptomatic a process of depressing, yet somewhat clarified when referring to psychological etiology.

SOURCES: We performed a literature review on childhood depression and is used mainly, as more references Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock, Jeffrey A. Miller and Weinberg.

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

SUMMARY OF THE FINDINGS: The Children's depression is associated with somatic manifestations of difficult diagnostic criteria for being on numerous occasions, subjective characteristics of the patient, since in many cases is not physical-biological explanations for such events, and They origin of mental disorders.

CONCLUSIONS: The somatic events are important in the context of depression in children, since in all ages of children they are present. Although often a difficult diagnosis, once recognized will enable an early treatment, with evaluation and defining the kind of approach to be taken.

KEY WORDS: Child depression, somatic manifestations; physiological causes.

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), [...] 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 de humor pode apresentar-se normal, elevado ou deprimido. Os indivíduos normais experimentam uma ampla faixa de estados de humor 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, a sensação de controle é perdida, e há uma experiência subjetiva de grande sofrimento².

No que se refere às freqüências dos transtornos depressivos, estes se constituem um grupo de patologias com alta e crescente prevalência na população geral. As patologias caracterizadas como complicações mentais estão ganhando importância dentro da comunidade científica. 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 em 1990, será a segunda causa no ano 2020, só perdendo para as doenças cardíacas^{4,5}.

A depressão vem ganhando importância devido ao aumento no número de casos diagnosticados. Atualmente é muito grande o número de pesquisas e publicações destinadas a tratar do assunto, assim como 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, ao realizar uma pesquisa, Hangnell (1982) mostrou que em Lundby (Suécia) houve uma incidência anual de depressão de 0,43% em homens e 0,76% em mulheres. Até a idade de 70 anos, a probabilidade acumulativa de um primeiro episódio de depressão foi de 27% para homens e 45% para mulheres, taxas que colocam a depressão como um dos mais importantes problemas de saúde pública.

Os transtornos de humor são melhor considerados como síndromes (em vez de doenças

distintas), consistindo de 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. O estado de humor pode apresentar-se normal, elevado ou deprimido. Os indivíduos normais experimentam uma ampla fixa de estados de humor 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, a sensação de controle é perdida, e há uma experiência subjetiva de grande sofrimento².

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 deprimidas⁶.

Com os avanços dos estudos na área, pesquisadores passaram 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 criança⁷.

Devido às divergências entre os estudiosos no que se refere ao estabelecimento de critérios para diagnosticar a depressão infantil, serão estudados, nesta revisão bibliográfica, mais especificamente alguns dos critérios diagnósticos estabelecidos por Weinberg para Transtorno de Depressão Infantil⁸. Sendo os sintomas apresentados a seguir:

1. Humor disfórico (tristeza, falta de esperança, irritabilidade e perda de interesse por todas as atividades).
2. Idéias autodepreciativas;
3. Transtornos do sono;
4. Dificuldade de aprendizagem;
5. Sociabilidade diminuída;
6. Queixas somáticas;
7. Perda de energia habitual;
8. Desadaptação escolar (problemas de conduta);
9. Comportamento agressivo;
10. Mudanças de apetite ou de peso;

Dos sintomas acima, 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, buscando-se explicações psicopatológicas para tais apresentações sintomáticas.

O artigo trata-se de uma revisão bibliográfica, sendo utilizados como maiores referências Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock e Jeffrey A. Miller, com intuito de detalhar os sintomas diagnósticos relacionados às manifestações somáticas, sendo estas agrupadas por serem mais facilmente confundidas com outros quadros sintomatológicos de patologias que possuem explicações apenas fisiopatológicas, não abrangendo o fator psicológico.

Discussão dos sintomas fisiológicos apresentados por crianças com evidências de depressão

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 depressivos⁹. As alterações no sono podem variar desde insônia (hiposônia) até a hipersonia. Para entender melhor as alterações ocorridas durante o sono faz-se necessário uma breve explanação 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 diz que no sono restauramos as energias gastas durante o dia, já que enquanto dormimos nossos sistemas em geral estão com diminuição metabólica e conse-

quentemente menor consumo de energia. Outra teoria 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 imunossupressão¹⁰.

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 prosencéfalo 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 frequência (apostila). 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 tranqüilamente¹¹.

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 sonhos e pela dificuldade que o paciente tem para acordar¹².

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^{13,14,15}.

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 manhã¹⁶. 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, 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 depressão¹⁷.

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^{18,19}.

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 pacientes¹⁷.

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 intestino²⁰. 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.

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.

Uma das teorias defendidas pelos médicos para a necessidade do sono é a da reposição de energia, como elucidado anteriormente. Sendo assim, noites mal dormidas poderiam provocar uma redução das capacidades energéticas de um indivíduo com depressão. Outro fator que também julgamos importante é a disfunção do trato gastrointestinal 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.

Queixas somáticas

A causa de depressão infantil não traz como específico marcadores biológicos, contudo associadas a outras manifestações sintomáticas depressivas, podem servir de critério para o diagnóstico de Transtorno de Depressão Infantil - TDI; queixas somáticas como dor de cabeça, dores no estômago e enurese noturna, podem fazer parte dos sintomas de crianças depressivas^{21,22}. Há autores que sugerem uma diferenciação nos sintomas depressivos quanto ao gênero, sendo tristeza e choro os sintomas mais freqüentes em meninas, irritabilidade entre outros mais nos meninos²³, contudo queixas somáticas como dor abdominal, cefaléia e náuseas, ocorrem com freqüência nos dois sexos.

Em muitos casos, os exames físicos e laboratoriais não encontram dados significativos, embasando as queixas do paciente. 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 que²⁴ a maioria dos médicos não recebem 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 outros²⁵.

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 pacientes medicamente doentes, caso este reservado para estudos posteriores.

Conclusão:

As manifestações sintomáticas originadas de um processo depressivo são consideradas como critério diagnóstico dessa patologia, apesar das dificuldades muitas vezes enfrentadas pelo profissional de saúde em perceber características tão subjetivas do paciente, uma vez que, em muitos casos, não se encontram explicações físico-biológicas para tais manifestações, sendo elas de origem de distúrbios psíquicos. Fica evidente que a sintomatologia apresentada por um paciente depressivo é caracterizada por patologias de amplo espectro diagnóstico sendo de difícil interpretação mesmo quando sendo de etiologia não psíquica.

Em se tratando da depressão na infância, essa dificuldade de percepção dos critérios de diagnóstico é ainda mais exacerbada, uma vez que a criança apresenta maior dificuldade de comunicação, não tendo ainda desenvolvido completamente uma capacidade perceptiva de seus próprios conflitos internos. A compreensão dos profissionais de saúde no que se refere a causas fisiológicas para sintomas tais como queixas somáticas, alterações de massa corpórea, transtornos do sono, perda de energia devem ser complementadas por uma análise de causas psíquicas para indícios de T.D.I.

Chamamos à atenção quanto ao delineamento traçado acerca dos critérios sintomatológicos da depressão infantil, focando essencialmente tais critérios em suas dimensões psicopatológicas, enfatizando principalmente a importância de se

considerar a parte fisiológica nas manifestações sintomáticas depressivas de acordo com os critérios de Weinberg. Tal enfoque e importância se fazem necessários para alertar profissionais da área de saúde acerca de sintomas sem patologia e bases orgânicas evidentes, sugerindo, portanto, uma avaliação psicológica associada à percepção de dor, concluindo que não se trata de um papel exclusivamente de ação clínica, mas sim de processos comportamentais do doente.

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. Miller, J.A.. O livro de referência para a depressão infantil. São Paulo: M. Books, 2003. p. 4.
7. 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
8. Brumback, R. A., Jackoway, M. K., & Weinberg, W. A, (1980). Relation of Intelligence to childhood depression in children

- referred to na Educationsl Diagnostic Center. Perceptual and Motor Skills, 50, 11-17.
9. Harvey, A.G. -Insomnia: symptom or diagnosis? Clin Psychol Rev 21(7): 1037-1059, 2001.
 10. Lent R. Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência. São Paulo: Ateneu, 2004. p. 548-549.
 11. Lent R. Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência. São Paulo: Ateneu, 2004. P. 534-535.
 12. Lent R. Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência. São Paulo: Ateneu, 2004. P. 535-536.
 13. 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.
 14. Riemann, D.; Berger, M.; Voderholzer, U. - Sleep and depression – results from psychobiological studies: An overview. Biol Psychology 57: 67-103, 2001.
 15. 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.
 16. 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.
 17. National Institutes of Health State of the Science State Conference (NIHSSC). Sleep 2005; 28: 1049-1057.
 18. Bittencourt, L.R.A; Silva, R.S.; Santos, R.F. - Sonolência excessiva. Rev Bras Psiquiatr 27(1): 16-21, 2005.
 19. Chellappa, S.L.; Araújo, J.F. - Excessive daytime sleepiness in patients with depressive disorder. Rev Bras Psiquiatr 28(2): 126-130, 2006.
 20. Harold I. Kaplan; Benjamin J. Sadock. Tratado de Psiquiatria Vol 2. Artmed. – Ed 6 – 1999. P.1594.
 21. Brumback, R. A., Jackoway, M. K., & Weinberg, W. A, (1980). Relation of Intelligence to childhood depression in children referred to na Educationsl Diagnostic Center. Perceptual and Motor Skills, 50, 11-17.
 22. Kashani, J. H., & Carlson, G. A. (1987). Seriously Depressed Preschoolers. American Journal Psychiatry, 143 (3), 348-350.
 23. 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.
 24. Oliveira, J. T. (2000). Aspectos Comportamentais das síndromes de dor crônica. Arq. Neuro-Psiquiatr. Vol.58 n.2A
 25. Balhs S-C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. Jornal de Pediatria – Vol 78, nº 5, 2002. p. 359-366