

DEPRESSÃO INFANTIL: ESTUDO COM PSICÓLOGOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL

CHILD DEPRESSION: EXPLORATORY STUDY WITH PSYCHOLOGISTS FROM A CLINICAL CENTER FOR CHILDREN AND YOUNG ADULTS

Alexandre Carbonara¹

Aline Fagundes Silva¹

Carla Regina Maximiano¹

Daiane Gonçalves Da Silva¹

Josiane da Silva Delvan²

RESUMO: A depressão é uma das doenças que mais acometem os seres humanos. Nas crianças o retraimento social, a falta de interesse em atividades cotidianas, a baixa autoestima, a irritabilidade, entre outros, são exemplos de sintomas que elas podem apresentar quando estão com depressão. Este artigo apresenta um estudo realizado em um Centro de Atendimento Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), para investigar a depressão na infância a partir da percepção do psicólogo que lá atua quanto ao diagnóstico e tratamento desse transtorno. Para tanto, buscou-se identificar os recursos metodológicos utilizados para o diagnóstico, analisar as dificuldades encontradas na atuação do psicólogo, investigar quais as competências necessárias para trabalhar diante deste transtorno e descrever as competências necessárias desse profissional neste contexto. A coleta de dados foi realizada mediante de entrevista semiestruturada com psicólogos do CAPSi de uma cidade do litoral de Santa Catarina. Os resultados apontam para a importância da família e da escola no diagnóstico e tratamento da

¹ Acadêmicos do curso de Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, Itajaí-SC

² Doutora, Psicóloga, Docente do curso de Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, Itajaí-SC. E-mail: josidelvan@univali.br

depressão, bem como a importância da capacitação profissional e habilidades para trabalhar em equipe. **Palavras-chave:** Família. Depressão. Diagnóstico. Tratamento. Criança.

ABSTRACT: Depression is one of the human beings diseases. In children, social isolation, lack of interest in daily activities, low self-esteem, irritability etc., are examples of symptoms that may be present when they are depressive. This research was carried out in a Clinical center for children and young adults (Centro de Atendimento Psicossocial Infanto-juvenil - CAPSi), in order to study depression on childhood from the view of the psychologists who work with the diagnostic and treatment of this disturbance. Therefore, we identified, methodological resources, analyzed difficulties found on the psychologists work and described the competences necessary to work with this disturbance and the competences of such professional necessary for this context. The data was assessed by semi structured interview with psychologists from CAPSi in a coast city in Santa Catarina, Brazil. The results indicate the importance of family and school participation for the diagnostic and treatment of depression, as well as the importance of specific professional formation and team work skills.

Key words: Family. Depression. Diagnostic. Treatment. Child.

1. Introdução

Os transtornos mentais se apresentam como um dos maiores empecilhos para o desenvolvimento saudável de crianças e, entre estes, a depressão se apresenta como uma das que mais prejuízos causam, sendo considerada um grave problema de saúde pública, que já ocupa a quarta colocação na escala de doenças que mais acometem as pessoas. Prognósticos de países em desenvolvimento sinalizam que esse transtorno assumirá, em 2020 a primeira colocação entre as demais doenças, dados que tornam estudos sobre esse assunto de fundamental importância no desenvolvimento de estratégias de

prevenção, bem como para tornar o tratamento mais eficaz (OLIVEIRA, RIBEIRO, ARAÚJO, COUTINHO, 2006). Era uma patologia “exclusiva” de adultos, até quando, a partir dos anos de 1970, as pesquisas sobre crianças e adolescentes se intensificaram, constatando-se a presença significativa da depressão nessa população (NAKAMURA; SANTOS, 2007).

A Depressão infantil atinge de 1 a 2% dessa população (CRUJO: MARQUÊS, 2009; CURATALO; BRASIL, 2005) e pode ser definida como

[...] um problema psicológico complexo, cujas características principais são, por um lado, um estado de ânimo irritável e/ou disfórico e, por outro, falta de motivação e diminuição do comportamento instrumental adaptativo. (MÉNDEZ; OLIVARES; ROS; 2005, p. 143)

Segundo os mesmos autores, a etiologia da depressão está associada a uma interação de fatores ambientais, físicos e sociais, em conexão com fatores pessoais (tanto biológicos como psicológicos).

Para Huttel, Kisxiner, Bonetti e Rosa (2010), alguns comportamentos estão presentes em uma criança com depressão, tais como:

[...] sintomas físicos (dores de cabeça e abdominais, fadiga e tontura), seguidos por ansiedade, fobias, agitação psicomotora ou hiperatividade, irritabilidade, diminuição do apetite, alteração do peso e com menor frequência a ocorrência de enurese e encoprese, fisionomia triste, comunicação deficiente, choro frequente, movimentos repetitivos e auto e heteroagressividade na forma de comportamento agressivo e destrutivo, autodepreciação, distúrbio do sono, diminuição da socialização, modificação de atitudes em relação à escola, perda de energia habitual, tristeza, humor disfórico, retardo psicomotor, pesadelos, terror noturno, ansiedade de separação, diminuição da capacidade cognitiva e perda de interesse pelas atividades prazerosas dessa etapa da vida (p.14).

O *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM IV TR, 2002) expõe que, para o sujeito ser diagnosticado com o Episódio Depressivo Maior, ele deve apresentar (A) no míni-

mo cinco dos sintomas descritos abaixo, durante o mesmo período de duas semanas, e esses sintomas devem representar alteração a partir do funcionamento anterior, sendo que, ao menos um dos sintomas, é humor deprimido (1) ou (2) perda de interesse ou prazer.

(1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por terceiros (p. ex., chora muito).

Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.

(2) acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros).

(3) perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (p. ex., mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.

Nota: Em crianças, considerar incapacidade de apresentar os ganhos de peso esperado.

(4) insônia ou hipersonia quase todos os dias.

(5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).

(6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias.

(7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente autorecriminação ou culpa por estar doente).

(8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros).

(9) pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio. (APA, 2002, p. 354-355)

Cruvinel e Boruchovitch (2011) ressaltam que os sintomas básicos de um episódio Depressivo Maior no adulto são os mesmos para crianças e adolescentes; dessa maneira, a população infanto-juvenil pode ser diagnosticada pelos mesmos sintomas no adulto. Entretanto, como exposto acima, o DSM IV TR salienta algumas diferenciações, como a alteração do humor, do apetite e dificuldade

de concentração. Sendo assim, a criança pode apresentar irritabilidade ao invés de tristeza, pode ter dificuldades em ter e manter o peso esperado para a sua idade e, por fim, apresentar baixa no rendimento escolar devido à dificuldade de concentração e atenção.

Aconselha-se prestar atenção nos sintomas que se apresentam como formas de comunicação pré-verbal, tais como expressão facial, produções gráficas, súbitas mudanças de comportamento e postura corporal, entre outras (MILLER, 2003).

O tratamento da depressão infantil pode ser medicamentoso e/ou psicoterápico. Em relação aos medicamentos é importante frisar que os resultados obtidos deixam a desejar (ASSUMPCÃO JUNIOR; KUCZYNSKI, 2003). Em comparação com adultos, os psicofármacos são considerados menos eficientes e os efeitos colaterais são maiores, mas a medicação antidepressiva é o tratamento biológico mais utilizado nos casos de depressão infantil (MÉNDEZ, OLIVARES; ROS, 2005).

No atendimento em psicoterapia, o relacionamento interpessoal entre o terapeuta e a criança é fundamental para o sucesso do tratamento, independente de qual seja a abordagem utilizada, pois a competência profissional, o interesse e a empatia são aspectos essenciais para se obterem bons resultados (GOODMAN; SCOTT, 2004). Para Assumpção Junior e Kuczynski (2003), as intervenções psicoterápicas são de extrema importância para que a criança consiga se readaptar ao seu meio, e isso somente é possível inserindo o contexto familiar e social nesse processo.

Locais para o atendimento de crianças com depressão são os CAPSi(s), que oferecem serviço especializado em saúde mental para essa população. Os CAPSi(s), segundo a Portaria nº 336/GM, em seu Art. 1º, parágrafo 1º, são unidades que têm como prioridade “o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo” (BRASIL, 2002). Em junho de 2010 funcionavam 122 CAPSi(s) no Brasil, sendo três na região norte, 34 no nordeste, cinco na região centro-oeste, 53 na região sudeste e 27 na região sul (BRASIL, 2010).

Os princípios e diretrizes dos serviços prestados pelo CAPSi, nos dias atuais, são resultados da Reforma Psiquiátrica realizada no Brasil a partir dos anos de 1980, em que houve uma reformulação no sistema de saúde, questionando os saberes e práticas médicas nos hospitais psiquiátricos, que eram a única opção de tratamento para sujeitos com transtornos psíquicos (SCANDOLARA, 2009). Ronchi e Avellar (2010) afirmam que o CAPSi também deve ter como função promover a saúde, inserir as crianças e adolescentes no meio social e reabilitá-los, rompendo com o estigma da loucura.

Estes serviços devem estar capacitados tecnicamente para desenvolver a função de porta de entrada da rede assistencial do seu território, de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2002). Cabe também aos CAPSi(s), supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica que atuam nestas unidades, bem como gerenciar o cadastramento dos pacientes que fazem uso de medicamentos essenciais para a área de saúde mental, de acordo com a Portaria/GM/MS nº 1077/99, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341/01 (BRASIL, 2002).

A Portaria 336/02 (BRASIL, 2002) determina que o atendimento aos pacientes deva ser constituído pelas seguintes atividades: atendimento individual – medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros; atendimento em grupos – psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros; atendimento em oficinas terapêuticas realizadas por profissionais de nível médio ou superior; visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias que envolvam a integração da criança e do adolescente na família, na escola e na comunidade; realização de ações que fomentem a intersetorialidade com as áreas de assistência social, educação e justiça.

A equipe técnica mínima para atuar em um CAPSi deve ser assim composta: um médico psiquiatra e/ou neurologista e/ou pediatra, com formação em saúde mental; um enfermeiro; quatro profissionais de nível superior dentre opções como psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo

go, ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; cinco profissionais de nível médio como técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Neste sentido, o objetivo deste estudo foi investigar, através do olhar do Psicólogo, quais as competências necessárias para este profissional atuar diante da depressão infantil, quais são os recursos metodológicos utilizados e quais as dificuldades que ele encontra para diagnosticar esse transtorno.

Método

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade do Vale do Itajaí e foi aprovada pelo parecer nº 203/2010. A pesquisa somente teve seu início após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte das participantes. A Pesquisa buscou o respeito devido aos participantes e, para tanto, foi elaborada com base na resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), como também na Resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (CONSELHO, 2000), quanto aos cuidados éticos que devem ser tomados em investigações com seres humanos.

Sujeitos de pesquisa

O estudo contou com a participação de quatro Psicólogos que atuam no CAPSi de uma cidade do litoral de Santa Catarina. Esses profissionais serão citados neste artigo como:

P1: Formado em Psicologia no ano de 2006, com especialização na abordagem sistêmica. Atua no CAPSi desde janeiro de 2010.

P2: Formado em Psicologia no ano de 2007, tem formação em Psicoterapia Corporal Reichiana. Trabalha no CAPSi desde 2009.

P3: Formado em Psicologia desde 2006, com formação na abordagem cognitiva. Atua no CAPSi desde novembro de 2009

P4: Formado em 1992 em Psicologia, possui pós-graduação em gestalt terapia. Atua desde 2008 no CAPSi.

Instrumento e coleta dos dados

O instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada que, segundo Turato (2003), se caracteriza como instrumento auxiliar na pesquisa científica e permite que ambos os integrantes da relação tenham momentos de autonomia, o que representa um ganho no levantamento dos dados. Foi realizada uma entrevista piloto com intuito de aperfeiçoar o instrumento e mudá-lo se necessário.

Análise dos dados

Para a organização e interpretação dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, que é uma ferramenta que auxilia na (re)interpretação das mensagens emitidas pelos participantes para atingir a compreensão de seus significados (MORAES, 1999). Os dados coletados foram analisados a partir de três etapas; a saber:

- 1) separação das unidades de sentido identificadas nos dados das entrevistas;
- 2) criação de categorias e subcategorias das unidades;
- 3) criação do texto por meio da interpretação realizada sobre as unidades de sentido e as categorias e subcategorias. Essas etapas resultaram na discussão dos resultados.

A primeira categoria de análise intitula-se *diagnóstico da depressão infantil*, sendo subdividida em:

- a) contribuição da família e da escola;
- b) instrumentos utilizados;
- c) dificuldades encontradas para se diagnosticar essa patologia.

A segunda categoria refere-se ao *tratamento da depressão infantil*, e as subcategorias são:

- a) o papel da família;

- b) as psicoterapias utilizadas no CAPSi;
- c) as dificuldades encontradas para o tratamento.

A terceira categoria refere-se às *competências profissionais necessárias para o psicólogo atuar diante da depressão infantil*, e as subcategorias foram:

- a) a formação acadêmica para o trabalho em equipes multidisciplinares;
- b) a capacitação profissional. As falas dos participantes estarão dispostas no texto em *destaque*.

Apresentação e discussão dos resultados

Os resultados encontrados estão apresentados em seguida, de acordo com as categorias temáticas, conforme descritas e denominadas anteriormente.

Diagnóstico da depressão infantil

A contribuição da família e da escola

Três dos quatro psicólogos entrevistados fizeram alusão que a entrevista clínica realizada com a família da criança é um importante recurso para o diagnóstico, como fica claro nas falas:

[...] a gente vai descobrindo, você vai conversando muito com a família, a família para diagnóstico com criança é um dos principais instrumentos [...]. (P3)

Por que normalmente ele não envolve somente a criança, a parte normalmente mais complicada é mudar comportamentos dos familiares, primeiro por que muitas vezes eles só, eles vêem a criança como um problema, e não muitas vezes a criança como sendo a vítima, de um problema que a família já vem expressado, e aí você mexer num contexto, mexer em pessoas extremamente resistentes, mexer em pessoas que nem querem muitas vezes se submeter a abordagem de uma equipe, normalmente alguém vem, nem sempre aquele que vai vir, é a figura

chave, ou é o agressor, ou é aquele que tem as vezes uma ação muito autoritária sobre a criança, sobre o próprio grupo, e este normalmente é mais difícil chegar até a equipe. (P4)

Constata-se, a partir desses relatos, que a entrevista com a família é indispensável, o que é compreensível, uma vez que por meio dela se pode fazer uma avaliação familiar, bem como levantar comportamentos da criança nesse ambiente.

Para Rivière (1982, apud SPROVEIRI, 2003), essa avaliação é considerada o passo inicial do tratamento para se perceber a dinâmica familiar, na medida em que se identificam quais são os seus conflitos, os mecanismos e procedimentos habituais, se existem falhas de comunicação e dificuldades nos diálogos e se existe histórico de problemas psiquiátricos. Ocampo e Arzeno (2009) afirmam que a presença dos pais (cuidadores) pode munir o psicólogo de informações sobre como é o relacionamento entre eles, entre esses e o filho e do filho para com eles, sendo estas informações ricas em termos de significado para se compreenderem os comportamentos da criança, e, assim, ter melhores condições de se chegar a um diagnóstico fidedigno.

A escola também é citada como importante fonte de informação para se realizar o diagnóstico da depressão infantil. No Inventário da Depressão infantil (CDI), que é uma escala de autoavaliação destinada a identificar os sintomas de depressão em pessoas de sete a dezessete anos (CRUNIVEL, BORUCHOVITCH, 2003), entre os vinte e sete itens, nove deles giram, direta ou indiretamente, em torno do comportamento da criança na escola (BARBOSA, LUCENA, 1995). Portanto, é evidente a importância do diálogo com profissionais da educação, como exposto:

[...] conversar com os professores, é algo que a gente precisa ter esses aliados, porque se a gente não têm eles como aliados, acaba que fica complicado. (P3)

Os participantes ressaltaram que a escola geralmente está disposta a auxiliar o psicólogo no diagnóstico, e que as pessoas podem

fazer a diferença. Esta informação deve servir de alerta para que todas as instituições escolares, bem como todos os profissionais dos CAPSi(s) estejam abertos ao diálogo. Conforme a portaria 336/02, os profissionais do CAPSi devem realizar ações visando à intersectorialidade com as áreas de assistência social, educação e justiça.

É essencial que a escola seja reconhecida como importante para o diagnóstico da depressão infantil, pois alguns sintomas podem ser observados nesse contexto, entre eles a diminuição do rendimento acadêmico e problemas relacionados com a socialização (CRUNIVEL; BORUCHOVITCH, 2003). Além de ser um ambiente em que a criança pode apresentar sintomas, a escola pode desencadear alterações psicopatológicas tendo em vista que é um local onde a criança passar a ser mais exigida e também ondem ocorrem situações competitivas. Barbosa e Lucena (1995) enfatizam que uma criança que fracassa no âmbito escolar pode sentir-se responsável por problemas familiares, construindo uma autoimagem negativa que afeta sua autoestima.

A utilização de instrumentos para a avaliação psicológica

É consenso entre os participantes desta pesquisa a relevância da utilização do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) como sistemas classificatórios na prática profissional, tanto no auxílio do diagnóstico como em questões de ordem administrativa, conforme está claro no discurso de P2:

Sim, sim, sim, a gente usa também, até porque a gente as APAC, que são os Protocolos de Alta Complexidade que a gente preenche depois para gerar a renda que vai vim para o serviço, então nas APAC's, a gente tem que determinar o que que é a patologia". [...] usamos, usamos, a gente usa os critérios diagnósticos do DSM e do CID [...]. (P3)

[...] A gente usa o CID-10 [...]. (P1)

Percebe-se que os profissionais utilizam esses recursos. No que se refere ao DSM IV, Gomes de Matos et al. (2005) ressaltam que é um instrumento que não deve ser a única fonte para se diagnosticar qualquer transtorno, mas um instrumento para auxiliar o profissional nesse complexo processo, e que a intuição, a percepção e o *feeling* consequentes da relação única do paciente com o profissional, são o mais importantes.

Outro instrumento que os participantes relataram que utilizam é a técnica da Ludoterapia, mais precisamente, a hora do jogo diagnóstica. Esse recurso oferece à criança a possibilidade de se expressar por meio do brincar, em um ambiente adequado e estruturado (EFRON et al., 2009). Sei (2008) assinala que as crianças são seres humanos que se encontram em desenvolvimento não apenas em seu físico, mas no campo emocional também e, sendo assim, precisam de cuidados e atenções especiais, com o intuito de atender às necessidades dessa etapa especial da vida. Dessa maneira, os brinquedos e brincadeiras são considerados não apenas um divertimento, mas também como um suporte para que a criança atinja o seu desenvolvimento sócioemocional e cognitivo, propiciando a interação dos conteúdos nas diferentes formas de pensar e facilitando, assim, a assimilação e o entendimento de muitos conceitos (BARROS; LUSTOSA, 2009).

Os mesmos autores ainda ressaltam que, quando a criança executa a ação do brincar, ela recria o mundo ao seu redor, refazendo as situações de modo a adequá-las à sua capacidade de assimilação. “Enquanto brinca, seu conhecimento do mundo se amplia, porque ela pode expressar tudo que sente e vê durante essa interação” (BARROS; LUSTOSA, 2009, p. 115).

Para Barros e Lustosa (2009), a brincadeira estabelece o vínculo entre o real e o imaginário, e através do faz-de-conta a criança pode trabalhar com a imaginação, organizando o seu pensamento por meio das vivências simbólicas elaborando o seu real. O brincar pode se constituir em um momento de aprendizagem em que a

criança pode viver diferentes papéis, elaborar conceitos e exteriorizar o que pensa da realidade que vivencia.

As dificuldades para diagnosticar a depressão infantil

Nessa categoria, os participantes apontam que gostariam de ter a sua disposição instrumentos padronizados de avaliação psicológica, que seriam importantes aliados no diagnóstico. No entanto, os entrevistados revelam que não os têm disponíveis para o uso, conforme P2 que afirma:

[...] a gente não usa testes, a gente até uma época cogitou isso, mas tem custo, a gente é órgão público então tem todo um protocolo que a gente precisa ser preenchido para gente conseguir [...] não temos nenhum teste aqui no CAPSi, não utilizamos nenhum teste porque a prefeitura não disponibiliza [...]. (P1)

[...] a gente não trabalha com testes de depressão, alias teste nenhum na prefeitura a gente ta agora ate indo atrás para conseguir, porque é um dos instrumentos muito bons para juntar com avaliação psicológica [...]. (P3)

Esses instrumentos são ferramentas auxiliares e podem ser utilizados para complementar a avaliação diagnóstica, mas jamais para substituí-la (STUBBE, 2008). Ocampo e Arzeno (2009) defendem que os testes possuem certas vantagens em relação à entrevista e, que desta forma, são imprescindíveis e insubstituíveis para o diagnóstico, o que justifica o desejo dos participantes de contarem com esse recurso.

Outra dificuldade apontada pelos participantes é que, muitas vezes, a criança está passando por um momento de dificuldade e não por um episódio ou transtorno depressivo, e que diferenciar um do outro não é tarefa simples. Para evitar erros, os profissionais ressaltam a importância do diálogo com outros profissionais, englobando outros olhares para o que se apresenta, possibilitando uma investigação criteriosa e cautelosa. Stubbe (2008) afirma que o psicólogo deve agir como Sherlock Holmes e ser, literalmente, um

investigador, indo além da entrevista diagnóstica e de uma lista de sintomas que a criança possa ter e que conste no DSM.

Três participantes ressaltam que uma das dificuldades está em diferenciar se a criança tem depressão ou alguma outra patologia, como pode ser observado na fala.

[...] muitas vezes a depressão é confundida com TDAH, hiperatividade né, nem tanto, por que eles são muito agitados, e também tem a questão do bipolar, porque a bipolaridade também tem agressividade, agitação, tem momentos de tristeza, então tem muito... são as maiores dificuldades, de você, de verificar realmente é uma depressão e não uma hiperatividade [...]. (P1)

[...] você conseguir diferenciar o que que é simplesmente uma característica mais reservada do que de fato uma apatia da depressão, ou o que é uma agressividade causada pelo próprio meio muitas vezes, reativas ao próprio meio do que de fato um sintoma de depressão, eu acho que é esta sutileza, porque acaba dificultando um pouco a gente conseguir, não, é depressão mesmo ou então não, ele tá reagindo porque o pai bate, ou porque a mãe bate, ou porque vivencia situações de alcoolismo, de dependência de outras drogas em casa. Então é muito subjetivo neste sentido, para mim, minha maior dificuldade é essa, tu conseguir separar uma coisa da outra e caracterizar como um sintoma mesmo de uma depressão. (P2)

[...] você fica muito em dúvida, será que é depressão? Será que é ansiedade? será que é hiperatividade? (P3)

Curatalo e Brasil (2005) fizeram menção da dificuldade de diagnosticar a depressão na infância, pois muitos sintomas dessa patologia podem se apresentar de maneira distinta nas crianças. Alguns profissionais disseram que os testes poderiam auxiliar nessa diferenciação.

O tratamento da depressão infantil

O papel da família

Como já visto, a família aparece como elemento fundamental na elaboração do diagnóstico da depressão em crianças. Pode-se perceber, por meio das entrevistas, que no tratamento ela também aparece como fator essencial, podendo fazer a diferença para que o processo seja bem-sucedido ou não.

Para Sproviere (2003), a criança é o ponto de entrada no tratamento, mas ressalta que ela não é o problema, mas sim um sinal de alerta do funcionamento familiar e que cada elemento possui uma enfermidade de ordem profunda. Partindo disto, levanta a hipótese de que as tensões familiares recaem sobre a criança tida como “problemática”, podendo esconder um casamento infeliz, uma insatisfação profissional ou um problema de identidade. A fala de um dos participantes aponta para esta questão:

[...] tem muitas famílias que têm dificuldades, elas acham que o problema é a criança, né, ela não consegue visualizar que é uma dinâmica familiar né, que é o sintoma, mas que está presente na família [...]. (P1)

[...] desde a primeira avaliação a gente já fala da importância da família, deste conjunto que na verdade [...] não é a criança que está doente, é a família toda que está adoecida por algum motivo, que não tem como trabalhar separado, a criança em si é que vai apresentar alguma coisa, mas se em casa ela não for trabalhada, se o contexto da casa não for trabalhado, não vai resolver nada (P2)

[...] as vezes a família já tem a sua doença ali no ambiente familiar, e a criança ela vai como bode expiatório, e ai quando eles começam a notar que vai ser mexido isso, que eles no final a família que vai ter que ser mais acompanhada do que a própria criança, eles não querem, então as vezes a forma de colocar, resolver os conflitos familiares é ter ali a criança doente, então é mais fácil para eles manterem essa doença. (P3)

A família pode e deve ajudar no tratamento, pois está em contato direto com a criança. Miller (2003) afirma que, “em muitos aspectos, os pais são uma extensão do terapeuta” (p. 219), à medida que o psicólogo passa uma ou duas horas por semana com a criança

e os pais passam a maior parte do tempo com seus filhos; sendo assim, eles são os que melhor podem observar a evolução do tratamento no ambiente próprio da criança, sem os limites do consultório do terapeuta.

As dificuldades para o tratamento da depressão, segundo os participantes, também estão relacionadas à família. A maioria dos pais não conduz seriamente o tratamento e, conseqüentemente, não levam mais seus filhos às atividades.

[...] para mim a maior dificuldade esta no engajamento da família, eu acredito que ai esta a maior dificuldade. (P1)

[...] os grupos de família são super recomendados para a família, mas a nossa adesão é muita pouca. Em termos de 130 crianças, a gente atende que são ativos no serviço, nos grupos de família em média a gente vê 20 pais, 25 quando tem muito sabe, então a adesão das famílias ainda é muito pouca. (P2)

[...] no acesso a família propriamente dita. Porque as vezes, aqui já é difícil acessar a criança, e se não tem a parceria da família, fica mais complicado ainda, porque a gente fica sem feedback deles né. Tem este respaldo que as vezes é tão mais importante do que o nosso próprio trabalha aqui, porque da continuidade né, um da continuidade para o outro, então eu acho que é esta é a maior dificuldade. (P2)

[...] É, a família é uma né, como eu falei para vocês, os quadros de depressão, tem bastante a ver com a questão familiar [...] você não consegue trabalhar a criança, sem trabalhar as áreas onde ela convive [...]. (P3)

Essa situação também foi encontrada na pesquisa de Cruvinel e Boruchovitch (2009) que ao realizarem uma pesquisa sobre depressão infantil e ambiente familiar, convidaram 57 casais para participarem e somente 6 aceitaram. A partir desse número, os autores concluem que se os responsáveis pelas crianças são a mola mestra para uma remissão da depressão, mas não participam, muitas crianças vão continuar doentes e as conseqüências disto são inúmeras e potencialmente destrutivas.

Os entrevistados mostraram que, se não for tratada, a depressão infantil pode trazer muitos prejuízos para o sujeito. Um dos entrevistados comenta a respeito da criança não que recebe tratamento para depressão

[...] Porque o que acontece, essas crianças geralmente são vistas como problemas na escola, né, então ela acaba sendo rotulada, acaba... abaixa a autoestima, acho que a falta de motivação, para várias coisas, para estudo, ela é vista como uma criança problema dentro de casa, então acho que a maior dificuldade, maior prejuízo seria, ela se constituir pensando ser um problema, ser doente e com baixa autoestima. (P1)

[...] vai ficar marcada por esta dificuldade de viver, de expressar, de ser feliz. É uma pessoa que vai ter um padrão doentio ao longo do tempo. Na idade adolescente ela poderá buscar algumas fugas, algumas ações que às vezes vão complicar muito, principalmente a família ou entorno de onde ela tá. Algumas reações poderão ocorrer: uso da droga, de repente ela entrar em alguns quadros psicóticos [...] P4)

[...] as principais decorrências vai ser que ela vai provavelmente, uma grande chance de ser uma...um adulto deprimido, e as decorrências disto são graves né, ela vai ter uma dificuldade no emprego, porque ela vai entrar e daqui a pouco ela não vai aguentar mais e vai sair, dificuldades de interações com outras pessoas, então a questão da socialização, as pessoas tem dificuldades com o deprimido, porque o deprimido, os assuntos que ele vai te trazer, são assuntos realmente melancólicos, são deprimidos, são sempre envolvidos num problemas, sempre envolvido numa coisa que não melhora, então acaba que, essas são as ocorrências mais tarde, então ela vai ter dificuldades sociais, dificuldades de interação, se tu não tiver este acompanhamento, até a questão da vontade mesmo de montar um projeto de vida [...]. (P3)

Dentre as consequências, o suicídio e o parassuicídio podem ser considerados os mais graves. Kuczynski (2003) afirma que o suicídio e o parassuicídio tendem a se manifestar na adolescência se a depressão for negligenciada e não tratada na infância.

Partindo dessas informações, fica evidente que a família é de suma importância no tratamento e pode criar um ambiente favorável para que o processo seja bem-sucedido, mas, para isso, em muitos casos, ela necessita de profundas mudanças em seu funcionamento e, não raramente, também necessita de tratamento. Conscientizar os responsáveis é de extrema importância para a qualidade de vida das crianças com depressão, pois o tratamento pode evitar graves consequências não só para a infância, mas para todo o ciclo vital deste sujeito.

O uso de medicamentos

Quando questionados sobre a utilização de medicamentos no tratamento da depressão infantil, três dos quatro participantes reconheceram sua utilização:

[...]infelizmente como a gente trabalha com casos graves e severos, a maioria são medicados, estou sendo bem sincera. (P1)

[...] depende de cada caso né, mas tem alguns de fato que, os que são muito gritantes, ou casos de muita agressividade, casos de suspeita de transtorno de humor por exemplo, transtornos de conduta, TOD, oposição desafio, que estão de fato trazendo muito prejuízo para a criança a gente medica, o psiquiatra faz uso da medicação.(P2)

Quanto ao fato de a maioria dos pacientes receber medicação, Ronchi e Avelar (2010), em uma pesquisa realizada em um CAPSi, identificaram que, dos 51 pacientes que estavam sendo atendidos na época, 48 estavam fazendo uso de medicamentos, consolidando, segundo estes autores, uma cultura medicamentosa. Essa cultura não atinge somente quem receita, chega também aos pais, pois os participantes relataram casos em que o psiquiatra sinalizou que iria suspender os medicamentos e os pais se opuseram, inclusive com ameaças de reclamar na Secretaria da Saúde caso não continuassem com a prática em questão.

Quando questionados se concordam com essa estratégia, P1 diz:

[...] antes eu era contra, antes de entrar no CAPSI eu sempre fui contra a medicação, mas hoje eu vejo que é necessário, mas não só a medicação, a gente tem que utilizar em contrapartida a psicologia [...] concordo, aqui no CAPSI por ser, vocês devem saber a gente trabalha com casos psiquiátricos graves, então em sua maioria vai precisar do psiquiátrico, algumas vezes não, [...] então se usa em doses apropriadas para a criança ate porque a gente não tem um remédio específico pra criança, então o psiquiatra tem que ver o que vai ser melhor aquele caso, e ao poucos na depressão a gente tem umas melhoras, assim que são bem interessantes [...]. (P1)

Apesar de os participantes reiterarem que, na maioria dos casos, se utilizam medicamentos no CAPSi, em crianças essa prática traz muitas discussões e controvérsias, em relação à segurança em longo prazo, eficácia e adequação das drogas para determinada faixa etária (MICHELATO; CLÁUDIO; GARCIA; SUSSAI; MAI-NARDES, 2007).

Wannmacher afirma que, “É escassa a evidência do benefício de tratamento em crianças, os ensaios clínicos controlados são esparsos, metodologicamente mal conduzidos e não evidenciam eficácia do tratamento medicamentoso” (2004, p. 4).

Segundo a autora, no Reino Unido e nos Estados Unidos, somente a fluoxetina teve um perfil mais favorável em pesquisas, sendo esse medicamento o único permitido para o tratamento de depressão infantil nos EUA.

Curatalo e Brasil (2005) afirmam que os Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRSs) são bem tolerados e os efeitos colaterais são geralmente de queixas físicas, como cefaleia, náusea e dor abdominal, e alertam que podem ocorrer a virada maníaca ou o início de um transtorno bipolar, irritabilidade, impulsividade, agitação, ansiedade, acatisia, hostilidade e, raramente, eventos ligados a suicídio.

A respeito da prática medicamentosa, fica claro que para os participantes ela é necessária, principalmente no início do tratamento. É notório que os psicólogos são fundamentais para essa prática, pois eles acompanham mais de perto as crianças, podendo manter o psiquiatra informado sobre os efeitos que os medicamentos estão causando, visto que podem ocorrer sérias complicações. Quanto à utilização de medicamentos para essa população, torna-se necessária a realização de mais pesquisas voltadas para a efetividade e para as consequências da sua utilização.

As psicoterapias

O CAPSi em que os participantes da pesquisa atuam oferece algumas psicoterapias como forma de tratamento, como a psicoterapia individual - citada por todos os psicólogos entrevistados – que é utilizada em casos mais graves. Como expressa P1:

[...] se tem ideação suicida a gente faz atendimento psicológico individual, na psicoterapia [...].

Na psicoterapia individual, o terapeuta estabelece um vínculo com o seu paciente por meio de manifestações verbais e não verbais, buscando alívio para o sofrimento psíquico, como também modificação do comportamento desajustado e encoraja o desenvolvimento e amadurecimento da personalidade (BECHELLI; SANTOS, 2004).

Outra forma de abordagem terapêutica é a psicoterapia de grupo, em que o processo é desenvolvido pela interação entre terapeuta e os pacientes, e pacientes entre si. Nas intervenções realizadas pelo psicoterapeuta, o grupo e seu funcionamento são instrumentos empregados para a obtenção de mudança (BECHELLI; SANTOS, 2004), que vêm ao encontro com o relato de P2.

[...] a gente coloca nos grupos, [...] nestes contextos também vai observando o que vai acontecendo, o que vai te apresentando

né, e a partir disso a gente vai trabalhando, pontuando algumas coisas para reverter os quadros [...].

O psicoterapeuta age como um facilitador para a participação e interação dos participantes, para que estes possam verbalizar de forma livre seus pensamentos e emoções. Durante esse processo busca-se manter o foco da conversa, apoiar os participantes que se sentem confusos, mediar conflitos e cumprir as regras estabelecidas (CORSINI, 1984 *apud* BECHELLI; SANTOS, 2004).

Segundo Rank (1978 *apud* BECHELLI; SANTOS, 2004), cada grupo desenvolve sua cultura de acordo com seus participantes. No entanto, é o psicoterapeuta quem estabelece os objetivos e os meios para alcançá-los. Na psicoterapia de grupo busca-se o fortalecimento da experiência emocional imediata do paciente no relacionamento com o grupo. O aqui e agora são priorizados como elementos primordiais na psicoterapia.

Os grupos com participantes que sofrem da mesma condição tendem a facilitar a identificação de particularidades e intimidades entre os envolvidos e, com isso, tornam-se capazes de oferecer apoio ao semelhante, resolver dificuldades e conflitos que se assemelham e, assim reduzir o isolamento social e o estigma associado, sendo importante salientar que esses grupos se desenvolvem e se norteiam a partir de objetivos comuns (BECHELLI; SANTOS, 2004). Nesse sentido P3 afirma:

[...] a gente tem grupos, geralmente a gente monta os grupos como, por afinidade de sintomas né, então a gente vai conseguir um trabalho em grupo em que um vai ajudando o outro, vai colocando como que consegue fazer para melhorar [...].

As oficinas terapêuticas também foram citadas como forma de tratamento realizadas no CAPSi, como ressalta P1:

[...] participa das oficinas também, das oficinas de arte, desenho, música [...].

Segundo o Ministério da Saúde, Portaria nº 189/91, as oficinas terapêuticas se caracterizam como atividades grupais de socialização, expressão e inserção social. As oficinas terapêuticas são atividades em que acontece o encontro de vidas entre pessoas com sofrimento psíquico, buscando promover o exercício da cidadania, a expressão de liberdade, bem como a convivência de pessoas diferentes, com suas histórias e singularidades diferentes por meio da inclusão pela arte (VALLADARES; LAPPANN-BOTTI; MELLO; KANTORSKI; SCATENA, 2003).

As competências necessárias para se trabalhar diante da depressão infantil

Equipes multidisciplinares

Em todas as entrevistas, os participantes frequentemente destacaram a importância de trabalhar em caráter multidisciplinar. Essa característica é citada na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que propõe que os cursos de psicologia desenvolvam certas competências nos graduandos, entre elas: “Atuar inter e multiprofissionalmente, sempre que a compreensão dos processos e fenômenos envolvidos assim o recomendar” (YAMAMOTO, 2000, s/p).

Pinho (2006) defende que o trabalho em equipe é uma estratégia para reescrever o trabalho com a visão hospitalocêntrica amplamente utilizado recentemente, e também como forma de garantir melhor qualidade dos serviços, pois o conhecimento de um pode complementar o do outro. Valorizar a horizontalidade e flexibilidade dos diversos poderes instalados nas instituições de saúde, possibilitando uma maior autonomia e criatividade dos profissionais envolvidos neste fazer, faz parte dos resultados esperados de um trabalho multiprofissional (ALMEIDA; MISHIMA, 2001). Neste sentido, três entrevistadas elogiam o diálogo que existe entre a equipe, e ressaltam, por exemplo, que o médico psiquiatra está sempre aberto para a troca de informações, o que gera um trabalho de melhor qualidade.

Apesar disso, o trabalho em equipe necessita ser intensificado, pois existe uma certa resistência no que se refere a este fazer, como um dos entrevistados explana:

Nós enquanto psicólogos não estamos conseguindo, pelo menos nos postos onde eu tenho trabalhado, trabalhar muito mais junto, porque alguns profissionais ainda têm dificuldades de trabalhar nesta força tarefa para resolução destes problemas. Então há um pouco de resistência de alguns profissionais, também, para este fim. (P4)

Essa dificuldade, segundo Pinho (2006), é uma decorrência da intensa divisão social e técnica na área da saúde, resultado da especialização e compartimentalização do saber na formação acadêmica. Outros fatores citados pela mesma autora é que ainda não está claro quais são os conhecimentos, habilidades e atitudes que devem nortear essa dinâmica, e ressalta, também, que as equipes enfrentam vários fatores situacionais e periféricos que impactam a sua estruturação, como, por exemplo, a falta de confiança interprofissional resultante de relações de poder entre as profissões.

A capacitação profissional

Os profissionais trouxeram a questão da busca de capacitação profissional como competência essencial para estarem aptos a trabalhar no CAPSi, como fica evidente no discurso de uma das participantes:

Eu penso que tem que estar o tempo inteiro se atualizando, congressos, matérias que possam estar se utilizando.(P2)

Essa capacitação, segundo Scandolara et al. (2009), deve levar em conta a realidade local e valorizar a participação de todos os envolvidos no processo, contando para isso com o intercâmbio entre os municípios, coordenadorias regionais, Estado e instituições formadoras.

Porém, nas entrevistas surge a existência de problemas relacionados à capacitação quando os psicólogos começam o trabalho no CAPSi, como pode ser percebida no discurso de P1:

Sinceramente, falta de capacitação. Eu me vi aqui, cheguei em março, me jogaram aqui, aí me tiraram e me colocaram lá no ambulatório, que atende saúde mental. Voltei para cá e nunca tinha trabalhado com saúde mental na vida, né, eu tinha feito lá, estágio na faculdade, no PSF, mas é bem diferente, é na área da saúde, tinha feito na saúde pública, mas eu não tinha nada de saúde mental né. A gente estuda um pouquinho, se forma mas é muito além da prática, e eu acho que a minha maior dificuldade foi isso.

Em relação a este contexto, Lima (2005) alerta que a formação realizada pelos cursos de graduação em muitas ocasiões é responsável pelo insucesso profissional. Scandolara et al. (2009) constataram que uma das reivindicações dos profissionais de um CAPSi foi justamente a falta de oportunidades de se capacitar.

Características pessoais foram muito citadas pelos psicólogos, no que tange a competências necessárias ao profissional de Psicologia para trabalhar com a depressão infantil, a saber: gostar de trabalhar com esse público, sutileza, delicadeza, paciência, tolerância à frustração, persistência, criatividade e saber ouvir. Tolerâncias à frustração e criatividade são descritos por P2 como as principais competências:

principalmente a tolerância mesmo e a criatividade, aí o resto você vai com o tempo conseguindo, porque gera muita frustração.

P4 valoriza a capacidade técnica do psicólogo, como se pode conferir em suas palavras:

A própria habilidade técnica do psicólogo coloca ele como o profissional muito mais capaz de lidar com a problemática da criança.

Essa habilidade provavelmente está relacionada à experiência do profissional no campo de atuação, pois P4 é o participante desse estudo que atua há mais tempo no CAPSi.

Por outro lado, a falta de experiência é uma dificuldade que alguns profissionais enfrentam ao começarem a trabalhar, como foi relatado por P1. Destaca-se que esse profissional, entre os entrevistados, é o que atua no CAPSi há menos tempo. Nesse sentido, ter uma comunicação eficiente entre os profissionais pode amenizar esse impacto, valorizando o trabalho inter e multidisciplinar e, conseqüentemente, melhorando os resultados obtidos.

Considerações finais

A depressão vem se consolidando como um dos transtornos mentais que mais aflige a população mundial, sendo uma patologia que atinge sujeitos de todas as classes sociais, todos os credos e todas as idades.

As crianças têm no CAPSi um serviço que acolhe e trata pessoas com transtornos mentais graves e severos. Portanto, investigar as competências necessárias dos psicólogos que atuam neste contexto e as estratégias que estão sendo utilizadas para o diagnóstico e tratamento da depressão torna-se imprescindível para que se possa compreender como as crianças que utilizam esse serviço são atendidas.

Neste sentido, os participantes desta pesquisa foram unânimes em considerar os pais como os principais responsáveis para que o processo terapêutico tenha sucesso, e ressaltaram que isso está longe de acontecer, fato apontado como a maior dificuldade de se trabalhar a depressão infantil. Isso remete à necessidade de reflexões apuradas e à busca de soluções para reverter essa realidade, visto que a depressão não tratada pode trazer sérias conseqüências à vida da criança.

É necessário que o profissional de psicologia se atualize quanto aos instrumentos de avaliação psicológica para a realização do psicodiagnóstico, não somente no que se refere à depressão infantil,

mas aos transtornos mentais de maneira geral. Seria importante o poder público investir cada vez mais na capacitação dos psicólogos, bem como na aquisição de instrumentos de avaliação psicológica, pois estes se constituem em importante ferramenta para auxiliar no diagnóstico e para orientar o tratamento dos usuários desse serviço.

Essencial também seria construir um espaço e valorizar o diálogo entre os profissionais de todas as áreas – escola, Unidade Básica de Saúde etc. – pois a atuação multiprofissional é imprescindível para a abordagem interdisciplinar dessa problemática.

Pesquisas com profissionais de saúde para levantar quais as dificuldades que enfrentam na prática podem se constituir em uma rica fonte de informação, para que os psicólogos possam compartilhar conhecimento e aprimorar sua prática profissional nos campos de atuação. Além disso, é possível conhecer os desafios que fazem parte dessa atuação e refletir sobre as estratégias que necessitam ser elaboradas para enfrentá-los.

Referências

ALMEIDA, M. C. P. de; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface**, Botucatu, v.5, n. 9, p.150-153, 2001.

ASSUMMPÇÃO JUNIOR, F. B.; KUCZYNSKI, E. Transtornos do Humor. In: ASSUMMPÇÃO JUNIOR, F. B. **Tratado de psiquiatria da Infância e Adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2003.

BARBOSA, G.A.; LUCENA, A. Depressão infantil. **Infanto: Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência**, v.3, n.2, p. 23-30, 1995.

BARROAS, D. M. de S.; LUSTOSA, M. A. A ludoterapia na doença crônica infantil. **Revista SBPH**, v. 12, n. 2, p.114-136, 2009.

BEHELLI, L. P. C.; SANTOS, M. A. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.2, n. 12, p. 242-249, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Normas de pesquisa envolvendo seres humanos**. Res. CNS 196/96. Bioética, 1996; 4 supl: p.15-25.

BRASIL. Portaria GM nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Ministério da Saúde. Brasília. 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em : 20 jan. 2011.

BRASIL. Saúde Mental em Dados – 7, ano V, n. 7. Ministério da Saúde. Informativo eletrônico. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2011.

CONSELHO Federal de Psicologia (CFP). **Resolução CFP nº 016/2000, de 20 de Dezembro de 2000**. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Brasília, DF, 2000.

CRUJO M.; MARQUES, C. As perturbações emocionais – ansiedade e depressão na criança e no adolescente. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, n. 25, p. 576-582, 2009.

CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E. Depressão infantil: uma contribuição para a prática educacional. **Psicologia escolar Educacional**, v. 7, n. 1, p. 77-84, 2003.

_____. Sintomas de depressão infantil e ambiente familiar. **Psicologia em Pesquisa**, v. 3, n. 1, p. 87-100, 2009.

_____. Regulação emocional em crianças com e sem sintomas de depressão. **Estudos de psicologia**, n. 3, v. 16, p. 219-226, 2011.

CURATOLO, E.; BRASIL, H. Depressão na infância: peculiaridades no diagnóstico e tratamento farmacológico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 54, n. 3, p. 170-176, 2005.

DSM-IV-TR. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4ed. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

EFRON, A.M.; FAINBERG, E.; KLEINER, Y.; SIGAL, A. M.; WOSCOBOINIK, P. A hora de jogo diagnóstica. *In*: OCAMPO, M. L.S.; ARZENO, M. E.; PICCOLO, E.G.(Cols.). **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. São Paulo: Martins Fontes, 2009. p. 163-201.

GOMES DE MATOS, E.; GOMES DE MATOS, T. M.; GOMES DE MATOS, G. M. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 27, n. 3, p. 312-318, 2005.

GOODMAN, R.; SCOOT, S. **Psiquiatria infantil**. São Paulo: Rocca, 2004.

HUTTEL, J.; KISXINER, K. A.; BONETTI, R. A.; ROSA, M. I. P. D. A depressão infantil e suas formas de manifestação. **Psicologia Argumento**, v. 29, n. 64, p. 11-22, 2010. (2011)

- KUCZYNSKI, E. Suicídio. In: ASSUMMPÇÃO JUNIOR, F.B.; KUCZYNSKI, E. **Tratado de psiquiatria da infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 569-577.
- LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n. 17, p. 369-79, 2005.
- MÉNDEZ, F. X.; OLIVARES, J.; ROS, M. C. Características clínicas e tratamento da depressão na infância e adolescência. In: CABALLO, V. E.; SIMÓN, M. A. (Org.) **Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: trans-tornos gerais**. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2005. p. 139-185.
- MICHELATO, R. C.; GONÇALVES, C. L., GARCIA, E. A.; SUSSAI, M. L.; MAINARDES, S. C. C. **Depressão infantil e as possibilidades de tratamento**. V EPCC Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar, 2007.
- MILLER, J. A. **O livro referência para a depressão Infantil**. São Paulo: M. Books, 2003.
- MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, v. 22, n. 37, p. 27-32, 1999.
- NAKAMURA, E.; SANTOS, J. Q. dos. Depressão infantil: abordagem antropológica. **Revista Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 53-60, 2007.
- OCAMPO, M. L. S. DE; ARZENO, M. E. G. A entrevista inicial. In: OCAMPO, M. L. S. DE; ARZENO, M. E. G.; PICCOLO, E. G. (Col.). **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009. p. 23-43.
- OLIVEIRA, J. S. C.; RIBEIRO, K. C. S.; ARAÚJO, L. F. DE; COUTINHO, M. P. L. Representações sociais da depressão elaboradas por crianças com sintomatologia depressiva. **Mudanças- Psicologia da Saúde**, v. 14, n. 2, p. 160-170, 2006.
- PINHO, M. C. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências & Cognição**, v. 8, n. 3, p. 68-88, 2006.
- RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES, **Psicologia: teoria e prática**, v. 12, n. 1, p. 71-84, 2010.
- SCANDOLARA, A. S.; ROCKENBACH, A.; SGARBOSSA, E. A.; LINKE, L. R.; TONINI, N. S. Avaliação do centro de atenção psicossocial infantil de Cascavel-PR. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 334- 342, 2009.
- SEI, M. B. Abrindo espaço para o ser: Winnicott e a ludoterapia no contexto da violência familiar. **Psyche (São Paulo)**, v. 12, n. 22, p.199-214, 2008.

SPROVIERI, M. H. S. Entrevista familiar. *In: ASSUMMPÇÃO JUNIOR, F. B.; KUCZYNSKI, E.(org.). Tratado de psiquiatria da infância e adolescência.* São Paulo: Atheneu, 2003. p. 115-120.

STUBBE, D. **Psiquiatria da infância e adolescência.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

VALLADARES, A. C. A.; LAPPANN-BOTTI, N. C.; MELLO, R.; KANTORSKI, L. P.; SCATENA, M. C. M. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 04-09, 2003.

WANNMACHER, L. Depressão maior: da descoberta à solução. **Uso racional de medicamentos**, v. 1, n. 5, p. 1-6, 2004.

YAMAMOTO, O. H. A LDB e a psicologia. **Psicologia. Ciência e Profissão**, v. 20, n. 4, p. 30-37, 2000.

