



# DEPRESSÃO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ALTERAÇÕES NEUROPSICOLÓGICAS E POSSIBILIDADES DE TRATAMENTO DO TRANSTORNO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

GEÓRGIA MARIA MELO FEIJÃO<sup>1</sup>  
GILSIANE MARIA VASCONCELOS MARQUES<sup>2</sup>  
ANNE GRAÇA DE SOUSA ANDRADE<sup>3</sup>

**RESUMO:** O presente artigo tem por objetivo descrever as principais características clínicas, sintomatologia, fatores de risco; bem como as alterações neuropsicológicas encontradas na depressão em adolescentes fazendo com que os profissionais da área de neuropsicologia identifiquem precocemente alterações no desenvolvimento cognitivo e comportamental que este transtorno pode acarretar, possibilitando assim intervenções terapêuticas precoces e precisas. Objetiva-se, também, abordar as co-morbidades associadas, além de ressaltar a importância de um tratamento adequado para este transtorno de humor específico para esta fase do desenvolvimento, seja ele farmacológico ou psicoterápico.

**Palavras-chave:** *Depressão. Adolescência. Neuropsicologia.*

## INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como objeto de estudo as características clínicas, sintomatologia, fatores de risco, possíveis alterações neuropsicológicas provocadas pela depressão crianças e adolescentes, além de abordar algumas possibilidades de tratamentos para esta fase do desenvolvimento, como a medicação antidepressiva e a psicoterapia.

Pesquisa que se justifica por ser uma problemática que faz parte da atuação profissional enquanto psicólogo clínico.

---

<sup>1</sup>Georgina Maria Melo Feijão é Psicóloga. Especialista em Psico-oncologia e em Neuropsicologia (*Unichristus*). Mestranda em Psicologia (*UNIFOR*). Professora do Curso de Psicologia da *Faculdade Luciano Feijão*. Integrante do LESPLEXOS (Laboratório de Estudos dos Sistemas Complexos - Casais, Família e Comunidade). E-mail: georgiafeijao@hotmail.com

<sup>2</sup>Graduanda em Psicologia pela *Faculdade Luciano Feijão*. E-mail: gilsianemarques@gmail.com

<sup>3</sup>Anne Graça de Sousa Andrade é Psicóloga. Mestre em Psicologia (*UNIFOR*). Especialista em Saúde Mental. Professora da *Universidade Estadual do Ceará (UECE)* e da *Faculdade Luciano Feijão*. Integrante do LESPLEXOS (Laboratório de Estudos dos Sistemas Complexos - Casais, Família e Comunidade). E-mail: annegsa@hotmail.com.



O objetivo desta investigação é auxiliar os profissionais, principalmente os especialistas em neuropsicologia, fazendo com que estes identifiquem precocemente alterações no desenvolvimento cognitivo e comportamental que este transtorno pode acarretar, utilizando instrumentos para esta finalidade como testes neuropsicológicos e escalas para a avaliação do desenvolvimento, possibilitando assim intervenções terapêuticas precoces e precisas, trazendo-lhes melhores resultados.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica tendo sido abordado estudos realizados por Bahls, Rezenthal, Borges, Caballo, entre outros estudiosos. Pretende-se descrever sobre as principais características clínicas, as alterações neuropsicológicas apresentadas pelos adolescentes que desenvolvem um quadro depressivo e as formas de tratamento.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

### *Origem e conceitos da depressão*

Durante muitos anos a depressão na infância e na adolescência foi polêmica, pois alguns estudiosos questionavam sua existência. Caballo (2005) afirma que autores psicanalistas reforçaram essa idéia, uma vez que na infância ainda não está formado o ego nem interiorizado o superego, e portanto, não há perda de auto-estima nem sentimentos de culpa. Posteriormente, foi exposto que sintomas característicos da depressão como choro ou falta de apetite são comuns durante o desenvolvimento e espontaneamente regridem com o passar do tempo.

Ainda nos estudos de Caballo (2005), foi exposto que alguns autores consideravam que a depressão era um transtorno latente que se manifestava de diferentes formas. Apenas em 1975, o *National Institute of Mental Health* (NIMH), defendeu a existência da depressão infantil, sendo reconhecida formalmente pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) em 1980.

Atualmente sabe-se que é uma patologia comum nesta fase, e que está acontecendo cada vez mais cedo, causando danos em diversos aspectos da vida do adolescente deprimido. Alguns autores afirmam que a depressão na adolescência chega a



ser mais grave que em adultos, e a prevalência de meninas sobre meninos é clara.

### ***Sintomatologia***

A sintomatologia é semelhante em adolescentes e adultos, porém se tem que levar em consideração os sinais nas diferentes fases do desenvolvimento.

Segundo Bahls (2002), em adolescentes existem características que são típicas do transtorno depressivo nesta fase da vida. Adolescentes com depressão apresentam-se principalmente irritáveis e instáveis, ao invés de demonstrarem ou queixarem-se de tristezas, podendo ocorrer crises freqüentes de explosão e raiva; além de perda de energia, apatia e desinteresse importante, retardo psicomotor, sentimentos de desesperança e culpa, perturbações do sono, principalmente hipersonia, alterações de apetite e peso, isolamento e dificuldade de concentração. Outras características próprias desta fase são: prejuízo no desempenho escolar, baixa auto-estima, queixas físicas (dor abdominal, fadiga e cefaléias), idéias e tentativas de suicídio e graves problemas de comportamento, especialmente o uso abusivo de álcool e drogas.

Menciona Bahls (2002) que alguns autores descrevem a diferença de manifestação da depressão em adolescentes do sexo feminino e masculino. As garotas relatam mais sintomas subjetivos como sentimentos de tristeza, vazio, tédio e ansiedade; e costumam ter, também, mais preocupação com popularidade, menos satisfação com a aparência, mais conscienciosidade e menos autoestima. Enquanto os rapazes relatam mais sentimentos de desprezo, desafio e desdém, e demonstram problemas de conduta como: falta às aulas, fugas de casa, violência física, roubos e abuso de substâncias.

Conforme Caballo (2005), internacionalmente, para a depressão na infância e na adolescência prevalecem os *critérios DSM*, para ser confirmado o diagnóstico esses sintomas devem se apresentar praticamente todos os dias, pelo menos durante catorze dias consecutivos, exceto os déficits cognitivos e os comportamentos suicidas.



**Tabela 1.** Sintomas de um episódio depressivo maior segundo o *DSM-IV-TR*.  
(Fonte: CABALLO, 2005, p. 142-143)

<b>Sintomas Principais</b>	<p><b>Estado de ânimo irritado ou deprimido (disforia)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado de ânimo irritado ou instável: raiva persistente, tendência a responder aos acontecimentos com explosões de raiva ou insultando os demais, sentimento exagerado de frustração por coisas sem importância.</li> <li>- Estado de ânimo triste, desesperançado, desanimado, “como em um poço”.</li> <li>- Estado de ânimo indiferente, insensível ou ansioso.</li> <li>- Queixas de incômodos e dores físicas.</li> </ul>
	<p><b>Diminuição do interesse ou do prazer nas atividades.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuição do interesse pelos gostos, perda de interesse geral.</li> <li>- Diminuição ou perda da capacidade de desfrutar de atividades anteriormente prazerosas.</li> <li>- Isolamento social</li> <li>- Abandono dos hobbies e entretenimentos; por exemplo, um menino que gostava de futebol arranja pretextos para não praticá-lo.</li> </ul>
<b>Sintomas Secundários</b>	<p><b>Perda de apetite e fracasso em conseguir o aumento de peso esperado.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuição do apetite, esforços para comer</li> <li>- Fracasso em conseguir o peso apropriado ou perda de peso.</li> <li>- Ou, com menos frequência aumento de apetite, preferências alimentares.</li> <li>- Ou, com menos frequência, aumento de peso.</li> </ul>
	<p><b>Alterações do sono</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insônia média</li> <li>- Insônia tardia</li> <li>- Insônia inicial</li> <li>- Ou, com menos frequência hipersonia</li> </ul>
	<p><b>Alterações Psicomotoras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agitação motora observável, como, por exemplo, incapacidade para permanecer sentado, passeios, esfregar as mãos e beliscar ou enrugar a pele, a roupa ou algum objeto.</li> <li>- Lentidão motora observável, como, por exemplo, fala discurso e movimentos corporais lentos; aumento da latência de resposta, baixo volume de voz, menos inflexões e quantidade ou variedade de conteúdo, ou mutismo.</li> </ul>
	<p><b>Perda de energia, cansaço e fadiga</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fadiga persistente sem fazer exercícios físicos</li> <li>- Necessidade de grandes esforços para realizar pequenos trabalhos.</li> <li>- Eficácia reduzida para realização de tarefas; por exemplo, a criança queixa-se de que se lavar e se vestir pela manhã é exaustivo e que demora o dobro do normal.</li> </ul>
	<p><b>Sentimentos de inutilidade ou de culpa excessivos ou impróprios.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação negativa não realista do próprio valor, interpretação de acontecimentos cotidianos neutros ou triviais como prova de defeitos pessoais.</li> <li>- Preocupações ou rumações de culpa referentes a pequenos erros do passado, sentimento exagerado de responsabilidade com relação às adversidades.</li> <li>- Os sentimentos de inutilidade ou de culpa podem ter proporções delirantes.</li> </ul>
	<p><b>Diminuição da capacidade de pensar, concentrar-se ou tomar decisões.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilidade para se distrair, falta de concentração e de memória</li> <li>- Dificuldade de pensar e funcionar intelectualmente como antes</li> <li>- Diminuição do rendimento escolar</li> <li>- Indecisão</li> </ul>



**Pensamentos de morte, idéias suicidas ou tentativas de suicídio.**

- Crença consistente de que os demais estariam melhor se ele morresse
- Pensamentos transitórios (1 ou 2 minutos), mas recorrentes (uma ou duas vezes por semana) sobre o fato de se suicidar.
- Planos específicos para cometer suicídio (por exemplo, comprar uma pistola, determinar o lugar e o momento em que sabe que estará sozinho)
- Tentativas de suicídio

***Fatores de risco***

Na adolescência existem fatores de risco para depressão próprios para esta faixa etária, de acordo com Bahls (2002), são eles: a presença de depressão em um dos pais; estressores ambientais como abuso físico e sexual e a perda de um dos pais, irmão ou amigo íntimo; além da presença de conflito familiar, dúvida quanto à orientação sexual, presença de comorbidades, especialmente doenças crônicas, sexo feminino, imagem corporal ruim, baixa condição sócio-econômica, identificação com grupos minoritários, falta de suporte familiar e poucas habilidades sociais. Deve-se suspeitar de depressão em adolescentes que apresentam problemas escolares (afastamento da escola ou queda importante no rendimento escolar), familiares e legais, alterações significativas de peso corporal, abuso de substâncias (álcool e drogas), comportamento sexual de risco e problemas de conduta (explosões de raiva, brigas frequentes, vandalismo e roubos). E ainda, estados de humor irritável ou depressivo duradouro e/ou excessivos, períodos prolongados de isolamento ou hostilidade com família e amigos, afastamento de atividades grupais, fugas de casa e presença de queixa física imprecisa, persistente e sem esclarecimento etiológico.

***Comorbidades***

Para Bahls (2002) em adolescentes deprimidos é mais comum a presença de outros transtornos psiquiátricos do que em adultos, os mais frequentes são: transtorno de ansiedade, transtorno de conduta, transtorno desafiador opositivo, transtorno de déficit de atenção, e ainda os transtornos relacionados ao abuso de substâncias e transtornos alimentares. E quanto mais grave o quadro depressivo, maior a probabilidade de o adolescente apresentar transtornos comórbidos.

O aspecto mais relevante do quadro clínico da depressão



em adolescentes é o suicídio, fato também que vem se tronando cada vez mais notório nas últimas décadas. Ressalta Bahls (2002) que existem alguns fatores de risco relacionados ao comportamento suicida na adolescência, são eles, idade, sexo masculino, presença de tentativas anteriores, história familiar de transtornos psiquiátricos (especialmente com tentativa de suicídio e/ou suicídio), ausência de apoio familiar, presença de arma de fogo em casa, orientação sexual minoritária, doença física grave e/ou crônica, presença de depressão e comorbidade com transtorno de conduta e abuso de substâncias.

Existem ainda fatores que precipitam o comportamento suicida, como por exemplo, perdas, crises interpessoais com família e amigos, estressores psicossociais, abuso físico e sexual, problemas legais ou disciplinares e a exposição ao suicídio de amigos, familiares ou através da mídia. Daí a necessidade do paciente deprimido ter sempre um acompanhamento especializado.

## ALTERAÇÕES NEUROPSICOLÓGICAS

A Neuropsicologia segundo Luria (1981) é "a ciência da organização cerebral dos processos mentais humanos", que tem "como objetivo específico e peculiar investigar o papel dos sistemas cerebrais individuais nas formas complexas de atividades mentais". Em outras palavras, esse ramo busca estabelecer relações entre emoções, comportamento e funcionamento cerebral.

No Brasil esta área vem se desenvolvendo recentemente, embora sua trajetória seja longa e sua fundamentação científica seja resultante de várias décadas de investigação; seu objetivo é estudar as relações entre o funcionamento do cérebro e o comportamento humano através de uma variedade de testes específicos para a avaliação de cada função cognitiva, além da anamnese e avaliação clínica.

Em relação à depressão, mais especificamente na adolescência, a Neuropsicologia, aliada à Medicina, auxilia no diagnóstico do paciente deprimido, identificando precocemente alterações no desenvolvimento cognitivo e comportamental que este transtorno pode acarretar, utilizando instrumentos para esta finalidade como testes neuropsicológicos e escalas para a avaliação do desenvolvimento, além de dados da anamnese, possibilitando assim intervenções



terapêuticas precoces e precisas.

### *Déficits Neuropsicológicos*

Porto, Hermolin e Ventura (2002) citam que alguns estudos sugerem a presença de déficits neuropsicológicos acompanhando o episódio depressivo. Observa-se que esses déficits apresentam-se de forma ampla e tendem a incluir anormalidades envolvendo a sustentação da atenção, função executiva, velocidade psicomotora, raciocínio não-verbal e novas aprendizagens.

Porto, Hermolin e Ventura (2002) citam ainda que, não necessariamente todos os pacientes depressivos apresentam os mesmos déficits, diferenças individuais também são levadas em consideração, como por exemplo, o fato de indivíduos com depressão com episódios recorrentes apresentam maior probabilidade de ter déficits cognitivos do que aqueles que apresentam episódio único.

Poucos são os estudos e pesquisas relacionados especificamente às alterações neuropsicológicas em jovens depressivos, porém Laks et al (1999) consideram que as principais enfocam a atenção, a lentidão e alterações na flexibilidade mental. Há dúvidas, no entanto, se essas alterações seriam características da depressão ou se acontecem pela desmotivação.

Em um estudo de revisão realizado por Borges et al (2008) foram avaliadas as diferenças no desempenho cognitivo entre crianças deprimidas e crianças ansiosas. Nesse sentido, crianças e adolescentes com depressão (grupo depressão) e ansiedade (grupo ansiedade) foram avaliadas mediante tarefas de atenção e de memória e comparadas ao grupo controle. O resultado desse estudo apontou uma dissociação entre os grupos depressão e ansiedade, tendo sido encontrados prejuízos na memória verbal apenas em crianças deprimidas. Não foram observadas diferenças no desempenho de atenção entre esses dois grupos. Em outro estudo analisado pelo autor, meninos ansiosos e deprimidos apresentaram déficits na seqüência, na alternância e na resolução de problemas, evidenciando prejuízo no funcionamento do lobo frontal.

Relatam Rozenthal, Laks e Engelhardt (2004) que várias são as queixas



neurocognitivas presentes durante o estado depressivo, incluindo redução das habilidades atenta e mnêmica e lentidão do processamento.

Pode-se citar algumas funções afetadas na depressão, são elas:

- **Atenção:** Rozenthal, Laks e Engelhardt (2004) afirmam que pacientes bipolares sintomáticos teriam alterações da atenção sustentada, do controle inibitório e da capacidade de alternância do foco atetivo sendo que essas alterações parecem não remeter com os sintomas, já os pacientes unipolares apresentariam alterações na capacidade de seqüenciação visuo-espacial, memória imediata e atenção quando comparados com indivíduos normais. Descrevem ainda que em pacientes deprimidos unipolares, comprometimento da capacidade de sustentar a atividade cognitiva e motora, de alternar o foco de atenção, além de lentificação motora e cognitiva, esses déficits teriam relação com a gravidade do quadro, sendo mais intensos em pacientes em pacientes que necessitam de internação hospitalar.

- **Memória:** a alteração desta função estaria relacionada a uma desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, levando a efeitos adversos de hormônios do estresse sobre o hipocampo.

Os autores relatam ainda que estudos comprovam a não alteração de memória de curto prazo em pacientes deprimidos, mesmo alguns deles queixando-se de baixa concentração e dificuldade de memorizar; já relacionado à memória de longo prazo, grande parte dos estudos comprovam comprometimento da evocação.

- **Velocidade de processamento:** mesmo em pacientes jovens é detectado lentidão do processamento cognitivo.

- **Função Executiva:** em vários estudos a flexibilidade mental mostra-se comprometida em depressivos, seja unipolares ou bipolares; também se observa alteração na estruturação de estratégias de planejamento, e por fim, deprimidos aparentam ter alteração executiva relacionada à iniciação da tarefa.

No que diz respeito à tomada de decisões pacientes deprimidos são mais lentos no processo de deliberação e, quando solicitados a “apostar” em suas decisões (para avaliar o quanto estão seguros das mesmas), usam estratégias alteradas (mais conservadoras), com menos confiança.





## POSSIBILIDADES DE TRATAMENTO

Conforme Caballo (2005) os resultados do tratamento psicológico com crianças e adolescentes são muito semelhantes aos obtidos com adultos, porém os psicofármacos são menos eficazes e produzem mais efeitos secundários.

Para Souza (1999), o tratamento antidepressivo deve ser entendido de uma forma globalizada levando em consideração o ser humano como um todo incluindo dimensões biológicas, psicológicas e sociais.

Baptista et al (2007) relatam que a diminuição ou remissão dos sintomas depressivos devem-se a práticas como psicoterapias, tratamentos farmacoterápicos e tratamentos combinados.

No caso dos adolescentes deve-se levar em consideração sua fase de desenvolvimento, porque a forma com a depressão apresenta-se acaba disfarçando a real manifestação clínica, exigindo uma avaliação minuciosa.

### *Intervenção Medicamentosa*

De acordo com Caballo (2005), os fármacos tricíclicos foram, tradicionalmente os mais prescritos para tratar a depressão unipolar de crianças e adolescentes, são eles a imipramina, desipramina, amitriptilina e nortriptilina; alguns psiquiatras afirmam como sendo a imipramina o melhor tratamento médico disponível para depressão infantil, uma vez que melhora seu estado de humor, tornando-a menos triste, e tendo menos idéias de suicídio, por outro lado ela produz efeitos secundários importantes como reações cutâneas de tipo alérgico, alucinações e outros efeitos neurotóxicos. Além de efeitos mais sérios que afetam o sistema cardiovascular, daí a sua não recomendação para crianças e adolescentes que sofram de transtornos cardiovasculares. Existem ainda efeitos secundários menores devido ao efeito anti-colinérgico da imipramina, são eles, secura na boca, visão turva, elevação da tensão ocular, redução e retenção da urina. O autor ressalta também efeitos observados a nível psicológicos que são agressividade, oposicionismo e irritabilidade.

Posteriormente, surgiram os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS): sertralina, paroxetina, fluvoxamina e fluoxetina, que por seus



menores efeitos secundários são prescritos mais freqüentemente, embora não superem o teto de eficácia de fármacos como a imipramina que são mais antigos e clássicos.

Ainda segundo Caballo (2005) em adolescentes cuja depressão é acompanhada de ansiedade foram usados os Inibidores da Monamina Oxidase (IMAO) o mais utilizado em crianças e adolescentes é a fenelzina, seus efeitos secundários não são significativos: secura na boca e tontura; e o carbonato de lítio para tratar transtornos bipolares.

### ***Psicoterapia***

Caballo (2005) cita que apesar da carência de pesquisas, acredita-se que a perspectiva comportamental ou cognitivo-comportamental está tendo um papel central na formulação, avaliação e tratamento da depressão infantil. E que a tendência atual é aplicar programas de amplo espectro que incluam componentes comportamentais (atividades agradáveis, habilidades sociais, relaxamento), cognitivos (reestruturação cognitiva, reatribuição, solução de problemas) e de autocontrole.

Méndez (1998 apud Caballo, 2005) elaborou um tratamento integrado para a depressão infantil e adolescente conhecido como PEAC – Programa emoção – atividade – cognição; este programa se desenvolve em três fases:

- Fase educativa: cujo objetivo é ensinar a criança ou adolescente a avaliar as emoções e as relacioná-las com seus antecedentes.
- Fase de aplicação: objetiva-se modificar os repertórios básicos da criança e modificar o ambiente da criança (aumentando a estimulação prazerosa e diminuindo a estimulação aversiva).
- Fase de consolidação: promover a generalização e manutenção.

De acordo com Caballo (2005) a mudança terapêutica do PEAC compreende três elementos básicos: educação emocional, atividades agradáveis, reestruturação cognitivas; além de outros elementos complementares como habilidades sociais, relaxamento, higiene de sono, reatribuição. Inclui ainda elementos dirigidos à generalização e manutenção das conquistas terapêuticas, são eles, tarefas de casa, solução de problemas, treinamento em autocontrole. Sua duração depende de alguns fatores como idade da criança, gravidade do



transtorno, outros problemas associados, funcionamento social e rendimento escolar, porém sugere-se que o PEAC se desenvolva em seis meses em sessões de 50-60 minutos.

No que diz respeito à psicoterapia, tanto o jovem como os pais devem ser acompanhados.

A colaboração dos pais é de fundamental importância, para Caballo (2005) estes podem assumir o papel de co-terapeuta ou de próprio sujeito da terapia, já que algumas vezes o comportamento inadequado dos pais contribui para manter o problema do filho.

Os pais devem ainda monitorar se o filho comparece a todas as consultas agendadas pelo terapeuta, estimular pouco a pouco que o jovem realize atividades que fazia anteriormente, certificar-se de que o adolescente toma a medicação de acordo com a prescrição, e sempre lembrar que seu filho necessita de compreensão, paciência e incentivo.

## CONCLUSÃO

O conhecimento do transtorno depressivo na adolescência mostra que tem que se levar em consideração os sinais específicos dessa fase do desenvolvimento, uma vez que existem características típicas como irritabilidade e freqüentes explosões de raiva que diferenciam do quadro sintomatológico do adulto. Foram apresentados ainda fatores de risco próprios desta faixa etária, entre eles a falta de suporte familiar e dúvida quanto à orientação sexual.

Os estudos dos aspectos neuropsicológicos da depressão permitem que vários aspectos do quadro sejam mais bem entendidos, permitindo técnicas mais eficazes de diagnóstico.

No que diz respeito às possibilidades de tratamento foi visto que tanto a medicação como a psicoterapia são importantes ferramentas no manejo da depressão, já que o tratamento antidepressivo deve ser entendido de uma forma globalizada levando em consideração o ser humano como um todo incluindo dimensões biológicas, psicológicas e sociais.

## DEPRESSION: CLINICAL CHARACTERISTICS, NEUROPSYCHOLOGICAL VARIABLES AND POSSIBILITIES IN TREATMENT OF DISORDER IN CHILDHOOD AND



## ADOLESCENCE

**ABSTRACT:** This article aims to describe the main clinical features, symptoms, risk factors, as well as neuropsychological changes found in depression in adolescents so that professionals in the area of neuropsychology identify early changes in cognitive and behavioral disorder that can cause, thereby allowing therapeutic interventions early and accurate. The aim is also to address the co-morbidities associated, besides emphasizing the importance of an appropriate treatment for this disorder of mood for this particular stage of development, be it drug or psychotherapy.

**Keywords:** *Depression. Adolescence. Neuropsychology.*

### BIBLIOGRAFIA

BAHLS, Saint – Clair. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 5, p. 359-366, 2002.

BAHLS, Saint – Clair; BAHLS, Flávia Rocha Campos. Depressão na adolescência: características clínicas. **Interação em Psicologia**, Paraná, v. 6, n.1, p. 49-57, 2002.

BAPTISTA, Makilim Nunes et al. Eficácia de intervenções psicoterápicas no tratamento de depressão. **PSIC: revista de Psicologia da Vetor Editora**, São Paulo, v. 8, n. 1, jan./jun. p. 77-88, 2007. Bimestral.

BECK, Aaron T. **Terapia Cognitiva da Depressão**. Porto Alegre: Artemd, 1987.

BORGES, Jeane et al. Avaliação Neuropsicológica dos Transtornos Psicológicos na Infância: Um Estudo de Revisão. **Psico-USF**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 125-133, 2008.

CABALLO, Vicente E.; SIMÓN, Miguel. **Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente: Transtornos Gerais**. São Paulo: Santos, 2005.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida et AL. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 114-122, 2003.

LAKS, Jerson et al. Neuropsicologia da Depressão. **Revista Brasileira de Neurologia**, [s.l], jul./ago. 1999. Bimestral.

LURIA, AR. **Fundamentos de Neuropsicologia**. São Paulo: EDUSP; 1981.

MONTEIRO, Kátia Cristine Cavalcante; LAGE, Ana Maria Vieira. A depressão na adolescência. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 257-265, maio./ago. 2007. Quadrimestral.

PORTO, Patrícia; HERMOLIN, Márcia; VENTURA, Paula. Alterações Neuropsicológicas Associadas à Depressão. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 4, n 1, 2002.

ROZENTHAL, Márcia; LAKS, Jerson; ENGELHARDT, Elias. Aspectos Neuropsicológicos da Depressão. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 26, n 2, 2004.

SOUZA, Fábio Gomes de Matos. Tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 21, maio, p. 18-23, 1999. Mensal.



VALENTINI, Willians et al. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 522-528, 2004.