FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE FERNANDÓPOLIS
FACULDADES INTEGRADAS DE FERNANDÓPOLIS

ANTÔNIO CARLOS ELIAS DE PAIVA
BEATRIZ VASCONCELOS VIEIRA
NATALIA LOPES DA SILVA

PRINCIPAIS TRATAMENTOS PARA DEPRESSÃO INFANTIL

FERNANDÓPOLIS
2023

ANTÔNIO CARLOS ELIAS DE PAIVA
BEATRIZ VASCONCELOS VIEIRA
NATALIA LOPES DA SILVA

PRINCIPAIS TRATAMENTO PARA DEPRESSÃO INFANTIL

Artigo científico apresentado à Banca Examinadora do Curso de Graduação em Farmácia da Fundação Educacional de Fernandópolis como exigência parcial para obtenção do título de bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof. Ma Rosana Matsumi Kgesawa Motta

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE FERNANDÓPOLIS
FERNANDÓPOLIS – SP
2023

ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO PARA DEPRESSÃO INFANTIL

TREATMENT ALTERNATIVES FOR CHILDHOOD DEPRESSION

[1] PAIVA, Antônio Carlos Elias de; [1]VIEIRA, Beatriz Vasconcelos; [1]SILVA, Natalia Lopes da; [2]MOTTA, Rosana Matsumi Kgesawa.
E-mail: acep2510@gmail.com; bia.15102001@hotmail.com; natalialopes0505@hotmail.com; rosanamotta@fef.edu.br.

ABSTRACT: *Childhood depression is a disorder that can negatively influence and even disable several areas of child development. Therefore, this study aims to investigate the main causes of the disorder in this age group, the specific symptoms, the difficulty of diagnosis, the relationship of childhood depression with the family and school environment, losses caused and possibilities for interventions. In view of the bibliographical surveys, it was possible to verify that depression in childhood manifests itself in a very significant way, highlighting the need for people directly involved with children to be alert to the symptoms, which in most cases, present in a masked way. In the analysis of the studies, it was noticed that depression interferes with the child's development process, and the predisposing factors can be of genetic or biological origin, as well as environmental, arising from social and family problems. Children with depressed parents are at high risk of becoming depressed themselves. Among the environmental factors, problematic families can be highlighted, where the child does not feel loved and protected, as well as the various forms of abuse and losses that the child may suffer throughout their lives. As for treatment, there are few known effective treatments, but childhood depression should be a concern and needs to be treated, with the diagnosis being made as early as possible and the treatment being appropriate to the level of depression and the impairment it entails. If the depression suffered by the child is mild, it is possible to work on psychotherapy, through which the child can receive support so that they have relief and their mood improves, but if the depression is more acute, it is also necessary to use medication.*

Keywords: *Childhood depression. Diagnosis. Treatment.*

RESUMO: A depressão infantil, é um transtorno que pode influenciar negativamente e até incapacitar em várias áreas do desenvolvimento infantil, desta forma, este estudo objetiva investigar quais são as principais causas do distúrbio nessa faixa etária, os sintomas específicos, a dificuldade de diagnóstico, a relação da depressão infantil com o ambiente familiar e escolar, prejuízos acarretados e possibilidades de intervenções. Diante dos levantamentos bibliográficos foi possível verificar que a depressão na infância manifesta de forma bastante significativa, evidenciando a necessidade de que as pessoas envolvidas diretamente com as crianças estejam alertas para os sintomas, que na maioria das vezes, apresentam de forma mascarada. Na análise dos estudos percebeu-se que a depressão interfere no processo de desenvolvimento da criança, sendo que os fatores predisponentes

[1]Acadêmico(a) do curso de Farmácia das Faculdades Integradas de Fernandópolis - FIFE, Fernandópolis-SP.
[2]Mestre em Ciências Farmacêuticas, orientador e professor do curso de Farmácia das Faculdades Integradas de Fernandópolis - FIFE, Fernandópolis-SP.

podem ser tanto de origem genética ou biológica, como ambiental, provenientes de problemas sociais e familiares. Crianças com pais deprimidos têm risco alto de se tornaram deprimidas. Dentre os fatores ambientais, podem ser destacadas famílias problemáticas, onde a criança não se sinta amada e protegida, e também as diversas formas de abusos e as perdas que a criança pode vir a sofrer em durante a vida. Quanto ao tratamento, existem poucos tratamentos eficazes conhecidos, mas a depressão infantil deve ser alvo de preocupação e precisa ser tratada, devendo o diagnóstico ser feito o mais precoce possível e o tratamento, adequado ao nível de depressão e de comprometimento que ela acarreta. Se a depressão sofrida pela criança for leve é possível trabalhar em psicoterapia, através da qual a criança pode ter um suporte para que tenha alívio e seu humor melhore, mas, se a depressão for mais aguda, é necessário também o uso de medicamentos.

Palavras-chaves: Depressão infantil. Diagnóstico. Tratamento.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2017) a depressão é conhecida como “a doença do século XXI”, pois afeta 322 milhões de pessoas no mundo e tudo isso representa cerca de 4,4% da população mundial, a probabilidade de pessoas virem a sofrer em algum momento da vida de depressão aumentou 18,4% entre 2005 e 2015, e esse número deverá aumentar exponencialmente ao longo do tempo (World Health Organization, 2017).

Esta doença é um transtorno mental muito comum na população em geral, ocorre como uma comorbidade significativa e como tal deve ser considerada um problema de saúde pública (Silva, 2016).

De acordo com a Associação de Psiquiatria Norte-Americana, a depressão afeta 3% da população mundial e 7% da população dos Estados Unidos. Se também forem consideradas as formas mais brandas de depressão, esses indicadores podem subir para cerca de 25%, ou seja, um quarto da população americana teria uma alta probabilidade de sofrer de depressão em algum momento de suas vidas (Silva, 2016).

Entre os transtornos depressivos, a depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns, com cerca de 25% das mulheres e 12% dos homens sofrendo de pelo menos um episódio depressivo na vida. De acordo com os critérios diagnósticos recomendados pela American Psychiatric Association (2013), os transtornos depressivos podem ser distinguidos por sua gravidade ou duração, e também são caracterizados por alta comorbidade e aumento do estresse psicológico

na pessoa afetada. É claro que tem uma forte ligação com diversas doenças crônicas como vícios, doenças neurodegenerativas e doenças psiquiátricas. Isso leva ao fato de que a depressão é uma das causas mais importantes de incapacidade no mundo, cujos sintomas prejudicam significativamente a vida das pessoas e causam sérias consequências (Haller *et al.,* 2019).

Uma pessoa que sofre de depressão apresenta tristeza, irritabilidade, inutilidade, apatia, baixa autoestima, fadiga, melancolia durante grande parte do dia, o que causa distúrbios sociais, afetivos e laborais e diminuição ou aumento do apetite (Brunoni *et al.,* 2015).

Fonte: Basilio, 2014.

Mais de oito classes de antidepressivos com aproximadamente 22 agentes ativos estão disponíveis no mercado mundial para o tratamento farmacológico da depressão, mas apenas 30-35% dos pacientes deprimidos respondem ou continuam a terapia com drogas psicotrópicas (Barbanti, 2010).

A baixa adesão aos antidepressivos farmacológicos se deve aos muitos efeitos colaterais e ao alto custo desse tratamento. Muitas pessoas que sofrem de depressão nem querem fazer psicoterapia. Para eles, os psicólogos orientam ainda mais a praticar exercícios físicos regulares e aumentar o número de atividades diárias que possam lhes trazer prazer (Brunoni *et al.,* 2015).

Dietas, incluindo hábitos alimentares ou alimentos específicos, e abordagens nutricionais estão agora intimamente associadas ao tratamento da depressão, além de outras recomendações atuais, como estimulação transcraniana e programas

regulares de exercícios. Neste estudo, discutimos como essas estratégias não medicamentosas podem ajudar a tratar a depressão. A depressão pode ser diagnosticada já na infância, pois segundo Caspi e colaboradores (2010), as crianças também ficam ansiosas quando confrontadas com as dificuldades da vida e podem vivenciar o sofrimento existencial, mas estão menos preparadas que os adultos para suportar a pressão e a frustração dos pais. Colleen e colaboradores (2012) afirmam que as crianças podem enfrentar os mesmos problemas que os adultos e ter acesso às mesmas informações, ou seja, também podem vivenciar fortes conflitos em decorrência de perdas, separações, frustrações, que podem levar à depressão infantil.

É preciso muito cuidado para que a depressão não passe despercebida pelos profissionais que trabalham com crianças, pois quanto mais cedo for diagnosticada a depressão, melhores são: “Portanto, o diagnóstico precoce é necessário para que os comportamentos associados à depressão possam ser tratados com mais facilidade. Ou redigido" (Queixo *et al.,* 2015, p.754). É clara a importância de diferenciar a situação de uma criança com depressão, mas é igualmente importante observar que após o diagnóstico e tratamento e consequente melhoria do quadro depressivo da criança, ela precisa de acompanhamento e suporte, pois, muitos estudos, de acordo com Colleen e colaboradores (2012), mostram que esta criança pode apresentar autoestima mais pobre, que é um fator indicativo de recorrência de depressão no futuro.

Esse estudo tem por objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre as possíveis alternativas de tratamento para depressão em crianças e relatar os sintomas depressivos.

Este estudo justifica-se pela necessidade de um maior conhecimento sobre a depressão infantil, sendo ela um transtorno que pode influenciar negativamente e até incapacitar em várias áreas do desenvolvimento infantil, visa identificar na literatura informações sobre a etiologia desta patologia, além de investigar opções de tratamento para que a criança tenha o suporte mais adequado ao seu caso e tenha o menor prejuízo possível em decorrência deste transtorno. Para a realização deste estudo foi utilizada uma pesquisa bibliográfica, procurando extrair as contribuições mais significativas ao estudo do tema dentre o material teórico ao qual

tivemos acesso utilizando as seguintes palavras chaves: depressão infantil, diagnóstico e tratamento.

DESENVOLVIMENTO TEÓRICO

Os sintomas básicos dos transtornos depressivos em crianças e adolescentes são semelhantes aos dos adultos, mas estão relacionados a problemas típicos da infância, como trabalhos escolares, jogos, problemas familiares (criança presenciando brigas dos pais, por exemplo), financeiros (falta do básico como por exemplo alimentos ou até refeições), perca de familiar, sofrido algum abuso tanto sexual quanto psicológico, esses são alguns dos motivos que podem levar essas crianças e adolescentes desenvolverem em um quadro depressivo e essas crianças e adolescentes podem não ser capazes de explicar seus sentimentos íntimos. A depressão deve ser considerada quando o desempenho escolar adequado à idade é ruim, existe isolamento social, começam quebrar objetos ou em alguns casos cometem até crimes (Croarkin *et al.,* 2019).

Em algumas crianças com transtorno depressivo, o humor dominante é a irritabilidade em vez da tristeza (uma distinção importante entre traços infantis e adultos). A irritabilidade associada à depressão infantil pode se manifestar como comportamento hiperativo, agressivo e antissocial. Os transtornos do humor podem ocorrer em crianças com deficiência intelectual, mas podem se apresentar com sintomas somáticos e problemas comportamentais (Mello, 2013).

Abordagens nutricionais e depressão

Comer alimentos inflamatórios causa aumento do estresse no corpo, pois o corpo é incapaz de metabolizar o excesso de gorduras saturadas, frituras e açúcar. Frutas, vegetais, nozes e peixes tendem a conter mais fibras, vitaminas, minerais e polifenóis, que podem reduzir a inflamação. Uma dieta pró-inflamatória pode desencadear inflamação sistêmica no corpo, o que pode aumentar diretamente o risco de depressão (Lassalle *et al*., 2019).

Fonte: Nutrir com ciência, 2021.

Há também evidências de que a relação entre o intestino e o cérebro, o chamado “segundo cérebro”, desempenha um papel fundamental na saúde mental. Esse eixo é modulado por bactérias gastrointestinais que podem ser alteradas dependendo da dieta, como a serotonina, também conhecida como 5-hidroxitriptamina (5HT), é o hormônio e neurotransmissor envolvido principalmente na estimulação de órgãos e na constrição dos vasos sanguíneos (Caspi *et al.,* 2010). A serotonina é produzida em células especializadas: enterocromafinas. Esta substância também é encontrada nas paredes sanguíneas e no hipotálamo e na parte central do cérebro. (Van Riedel *et al.,* 2003).

O excesso de gases no sistema digestivo causado por bebidas gasosas, como refrigerantes, pode criar bolhas de ar que dificultam a formação e movimentação do bolo fecal, causando prisão de ventre e inflamação das paredes intestinais, resultando em redução significativa do fluxo sanguíneo na produção de serotonina intestinal (Silva, 2016).

A maior parte da serotonina produzida no corpo, aproximadamente 95%, é produzida no trato gastrointestinal pelas células enteroendócrinas ou enterocromafins, nos intestinos e nos neurônios serotoninérgicos do sistema nervoso entérico (Vedovato *et al.,* 2014).

Giardíase X depressão

As manifestações clínicas associadas à giardíase são variáveis. Em geral, cerca de metade das pessoas expostas sobrevivem à infecção sem apresentar sintomas clínicos, cerca de 15% das pessoas perdem os cistos de forma

assintomática e os restantes 35 a 45% das pessoas apresentam infecção sintomática (Hill *et al.,* 2011). A natureza das manifestações clínicas de um indivíduo depende de vários fatores, como virulência, carga parasitária e resposta imune do hospedeiro. A infecção assintomática ocorre em adultos e crianças. O cisto assintomático pode persistir por seis meses ou mais. Um estudo observacional mostrou que em regiões com recursos limitados, a maioria das crianças foi exposta à Giardia aos dois anos de idade, sem qualquer diarreia associada, mas as crianças infectadas podem ter um crescimento deficiente (Donowitz *et al.,* 2016).

Os sintomas da giardíase aguda incluem diarreia, fadiga, esteatorreia, dor abdominal, distensão abdominal, náuseas, vômitos, febre, prisão de ventre e urticária. Os sintomas geralmente aparecem após um período de incubação de 7 a 14 dias. Se sintomas gastrointestinais agudos se desenvolverem dentro de uma semana após a exposição, é improvável que a causa seja infecção por Giardia. Os sintomas podem durar de 2 a 4 semanas. Diarréia e mal-estar são os sintomas com maior porcentagem (90% e 86%) (Hill *et al.,* 2011).

Fonte: Lemos, 2023.

A giardíase crônica pode se desenvolver após ou sem a fase aguda da infecção. Os sintomas incluem fezes moles, geralmente sem diarreia, esteatorreia, perda de peso, má absorção, mal-estar, fadiga, dor abdominal, distensão abdominal e depressão. Esses sintomas podem se tornar mais graves com o tempo. A má absorção pode ser responsável pela perda significativa de peso que pode ocorrer com a giardíase. Mesmo infecções assintomáticas podem causar má absorção de gorduras, carboidratos e vitaminas. Isso pode levar à hipoalbuminemia e deficiências de vitamina A, B12 e ácido fólico. A intolerância adquirida à lactose devido a danos

estruturais nas vilosidades pode ocorrer em até 40% dos pacientes. Este sintoma clínico se manifesta como piora dos sintomas intestinais após a ingestão de laticínios. Mesmo depois de o parasita ser removido do corpo, a recuperação pode levar várias semanas (Hill *et al.,* 2011).

Um dos principais problemas da infecção por Giardia é a síndrome de má absorção, que se caracteriza clinicamente por perda de peso e esteatorreia. Pessoas com giardíase têm dificuldade em digerir gorduras, carboidratos e vitaminas. Até 40% dos pacientes desenvolvem intolerância à lactose (Bastos *et al*., 2021).

Microbioma intestinal x transtornos comportamentais

Fonte: LaNutri, 2021.

O sistema nervoso central (SNC) e o trato gastrointestinal (TGI) comunicam-se bidireccionalmente através de alterações na permeabilidade intestinal. Permite o transporte de produtos metabólicos como ácidos graxos, ácidos biliares e metabólitos derivados do triptofano, aminoácido essencial e precursor da serotonina (neurotransmissor produzido principalmente no trato gastrointestinal), para a corrente sanguínea e através da barreira hematoencefálica. É possível que esses metabólitos tenham efeitos sobre a amígdala do cérebro - comportamento social, ansiedade e medo - e mielinização do córtex pré-frontal - depressão, esquizofrenia e transtornos do espectro autista. A modulação do sistema nervoso central também ocorre através do nervo vago (ramo parassimpático do sistema nervoso autônomo) e do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal - depressão e estados de estresse. Além disso, o sistema nervoso central controla as funções do TGI: motilidade, secreção de muco e peptídeos, permeabilidade e resposta imunológica. Portanto, pacientes com

depressão apresentam alterações na composição do enteromicrobioma (o número de bactérias, proteobactérias e actinobactérias aumenta e Firmicutes diminui) (Bastos *et al*., 2021).

De acordo com o autor acima, as drogas psicotrópicas podem restaurar a homeostase intestinal: inibidores seletivos da recaptação da serotonina atuam contra bactérias gram-positivas (Staphylococcus spp. e Enterococcus spp.) e enterobactérias (Citrobacter spp., P. aeruginosa, K. pneumoniae e M. morganii) e tricíclicos atuam contra E. coli, Yersinia e Giardia sp.

Transtorno disruptivo da desregulação do humor

O transtorno disruptivo da regulação do humor envolve irritabilidade persistente e episódios frequentes de comportamento incontrolável começando entre as idades de 6 e 10 anos. Muitas crianças também têm outros transtornos, particularmente transtorno desafiador opositivo, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) ou transtorno de ansiedade. O diagnóstico não é feito antes dos 6 anos de idade ou depois dos 18 anos. Na idade adulta, os pacientes podem desenvolver depressão unipolar (em vez de bipolar) ou um transtorno de ansiedade (Dwyer *et al.,* 2019).

Os sintomas incluem os seguintes sintomas por ≥ 12 meses (sem um período de ≥ 3 meses sem todos):

- Acessos de raiva graves e recorrentes (por exemplo, raiva verbal e/ou agressão física contra pessoas ou propriedades) que são extremamente desproporcionais à situação e ocorrem em média ≥ 3 vezes por semana;
- Explosões de raiva incompatíveis com o nível de desenvolvimento;
- Irritável, humor irritável, presente na maior parte do dia todos os dias e percebido por outras pessoas (por exemplo, pais, professores, colegas);
- Explosões e irritabilidade devem ocorrer em 2 de 3 situações (em casa ou na escola, com colegas) (Donaldson *et al.,* 2013).

Fonte: Magdail Brogna, 2003.

Diagnóstico dos transtornos depressivos

O diagnóstico de transtornos depressivos é baseado em sinais e sintomas, as fontes de dados são uma entrevista com uma criança ou jovem e informações recebidas de pais e professores (Krishnan *et al.,* 2015).

Vários questionários curtos estão disponíveis para triagem. Eles podem ajudar a detectar alguns sintomas de depressão, mas não podem ser usados sozinhos para fazer um diagnóstico. Certas perguntas fechadas ajudam a determinar se os pacientes têm os sintomas necessários para um diagnóstico de depressão maior com base nos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quinta Edição (DSM-5) (Yatham *et al.,* 2013).

A história deve se concentrar em fatores causais, como violência doméstica, abuso sexual, exploração e os efeitos nocivos das drogas. O comportamento suicida (por exemplo, pensamentos, gestos, tentativas) também deve ser questionado. Uma história cuidadosa e exames laboratoriais apropriados são necessários para descartar outras condições (por exemplo, mononucleose infecciosa, doença da tireoide, abuso de substâncias) que podem causar sintomas semelhantes (Krishnan *et al.,* 2015).

Outros transtornos de saúde mental que podem aumentar o risco e/ou modificar os sintomas depressivos (por exemplo, ansiedade e transtorno bipolar) também devem ser considerados. Algumas crianças que desenvolvem transtorno bipolar ou esquizofrenia inicialmente sofrem de depressão grave. Uma vez feito o

diagnóstico, é necessário avaliar o ambiente familiar e social para identificar os estresses que causaram a depressão (Dwyer *et al.,* 2019).

Tratamento dos transtornos depressivos

Geralmente antidepressivos mais psicoterapia para adolescentes, adolescentes, psicoterapia seguida de antidepressivos se necessário. Juntamente com o tratamento, intervenções apropriadas devem ser implementadas na família e na escola para melhorar o desempenho e fornecer oportunidades educacionais apropriadas. Em emergências agudas, a hospitalização pode ser necessária, especialmente se forem detectadas tendências suicidas (Krishnan *et al.,* 2015).

Para adolescentes (como em adultos), uma combinação de psicoterapia e antidepressivos funciona melhor do que qualquer tratamento sozinho. A situação da adolescência pré-depressiva não é tão clara. A maioria dos médicos escolhe a psicoterapia para crianças pequenas; no entanto, medicamentos podem ser usados nessas crianças (a fluoxetina pode ser usada em crianças ≥ 8 anos de idade), especialmente se a depressão for grave ou previamente refratária à psicoterapia (Mello, 2013).

Geralmente inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) geralmente é a primeira escolha quando um antidepressivo é indicado. As crianças devem ser monitoradas de perto quanto a efeitos colaterais comportamentais (por exemplo, inibição e estimulação comportamental), que são comuns e geralmente leves a moderados. Os pacientes geralmente respondem a uma pequena mudança na dose ou na medicação. Raramente essas consequências são graves (por exemplo, agressão, aumento da tendência de se matar). Os efeitos colaterais comportamentais são idiossincráticos e podem ocorrer com qualquer antidepressivo e a qualquer momento durante o tratamento. Portanto, crianças e adolescentes que usam esses medicamentos devem ser cuidadosamente monitorados (Dwyer *et al.,* 2019).

Recomendações baseadas em estudos em adultos sugerem que os antidepressivos que atuam nos sistemas serotoninérgicos e adrenérgicos/dopaminérgicos podem ser um pouco mais eficazes, mas esses medicamentos (por exemplo, duloxetina, venlafaxina, mirtazapina, certos tricíclicos, especialmente a clomipramina) também apresentam mais efeitos colaterais. Esses

medicamentos podem ser especialmente úteis em casos resistentes ao tratamento. Antidepressivos não serotoninérgicos, como bupropiona e desipramina, também podem ser usados com um inibidor seletivo da recaptação da serotonina para aumentar a eficácia. Na depressão muito grave, sintomas psicóticos e/ou maníacos podem requerer tratamento com um antipsicótico (Montenegro *et al.,* 2013; Yatham *et al*., 2013).

A estimulação magnética transcraniana, embora ainda não aprovada pelo FDA (US Food and Drug Administration) para uso em adolescentes, tem sido utilizada principalmente quando os pacientes não respondem ou são intolerantes à medicação (Allen *et al.,* 2016). Estudos anteriores de estimulação magnética transcraniana em adolescentes mostram eficácia clínica e tolerabilidade semelhantes aos adultos (Allen *et al.,* 2016; Croarkin *et al.,* 2019). Estudos maiores em andamento fornecerão em breve mais informações sobre os efeitos da estimulação cerebral não invasiva na depressão adolescente (Krishnan *et al.,* 2015).

Assim como em adultos, exacerbações e recorrências são comuns. Crianças e adolescentes devem continuar o tratamento por pelo menos 1 ano após o desaparecimento dos sintomas. A maioria dos especialistas concorda que as crianças que tiveram ≥ 2 episódios de depressão devem ser tratados indefinidamente.

Tratamento da depressão infantil

Para que o tratamento seja adequado, Silva (2016) explica que é necessário avaliar cuidadosamente os sintomas e se está relacionado a maus tratos na família, se a educação recebida foi insuficiente, qual o prejuízo psicossocial da criança, funcionamento e se a depressão coincide com outro transtorno psiquiátrico. Na escolha do tratamento adequado, Vedovato e colaboradores (2014) destacam que além de analisar fatores como gravidade, cronicidade, idade, questões contextuais, é muito importante enfatizar o exame e a coleta do estado mental da criança. informações necessárias com a família, como o tempo de duração do transtorno e o grau de comprometimento psicossocial, pois esses fatores auxiliam o médico a planejar o tratamento adequado.

É importante parar para entender como funcionam os dois lados do tratamento: psicoterapêutico e farmacológico. Vejamos primeiro o tratamento

baseado em psicoterapias; Segundo Vedovato e colaboradores (2014), somente esse tipo de tratamento pode ser uma abordagem eficaz para a depressão leve, que são reuniões regulares, sessões de psicoterapia com a criança e treinamento dos pais para fornecer apoio e encorajamento. Esse nível de perturbação tem um bom efeito, mas se for maior, a psicoterapia faz parte do programa de tratamento. Britto (2012) afirmam ao falar sobre métodos de tratamento para a depressão infantil que o papel da psicoterapia individual, seja ludoterapia, psicodrama ou mesmo praticando habilidades sociais, é apoiar a criança em suas dificuldades.

Além das formas de tratamento baseadas na psicoterapia, como já discutimos, existe o tratamento farmacológico bastante significativo, mas é importante ressaltar que “o tratamento farmacológico seria alternativo posterior à abordagem psicoterápica, reservado a casos mais graves e persistentes (...) sendo administrado por cuidadosa monitoração, por tempo limitado e combinação com psicoterapia (Martins, 2016, p.4). Todo esse cuidado no uso de remédios se deve ao fato de não haver pesquisas sobre o assunto. os efeitos a longo prazo do uso de drogas em crianças, portanto, o uso desse tipo de tratamento deve ser limitado à real necessidade, caso a doença prejudique gravemente o desenvolvimento da criança (Teixeira, 2017). Britto (2012), falando sobre antidepressivos, também comentam sobre os vários efeitos colaterais causados por essas drogas, que podem ser prejudiciais à criança.

Antes de iniciar o tratamento, o medicamento deve ser criteriosamente selecionado e a escolha individualizada, “pois a escolha do medicamento deve ser baseada no perfil dos sintomas, no diagnóstico e nas doenças a eles associadas; outros fatores que também podem afetar a idade, o estado geral de saúde da criança e o uso simultâneo de outras drogas" (Pustiglione *et al.,* 2017, p. 172), se a escolha certa for feita, a criança se beneficiará mais com a terapia. drogas e são tão poucas eles. Embora a farmacologia tenha avançado através de muitos estudos e feito progressos significativos na resolução do problema da depressão em crianças, ela não deve substituir a psicoterapia, mas, pelo contrário, deve ser vista como um complemento que pode contribuir para um melhor prognóstico com um melhor desenvolvimento (Teixeira, 2017).

Tratamento farmacológico da depressão na criança

A medicação é uma parte importante do tratamento da depressão em crianças e adolescentes. Deve fazer parte de uma estratégia de tratamento mais abrangente, baseada num exame psiquiátrico abrangente da criança. Iniciar o tratamento sem antes compreender o quadro clínico da forma mais clara possível é questionável. É importante ter dados sobre o comportamento do seu filho em casa e na escola. Isto ajuda os médicos a iniciar o tratamento mais apropriado (Green, 2001). Várias formas de psicoterapia e apoio de pais e professores também são essenciais para o tratamento.

Antes do tratamento, deve ser realizado um exame médico detalhado para excluir possíveis causas orgânicas do desenvolvimento dos sintomas. O objetivo da avaliação clínica é descartar outras doenças e criar um perfil inicial de exames que servirá de base para futuros exames de rotina.

Entre os exames recomendados podemos citar o hemograma completo, a avaliação das funções tireoidiana, hepática e renal e o eletrocardiograma (McClellan e Werry, 2004).

A seleção de medicamentos deve ser individualizada (Lee *et al.,* 2000). A escolha do agente terapêutico deve ser baseada no perfil sintomático, no diagnóstico e nas comorbidades associadas. Outros fatores que podem influenciar incluem a idade da criança, o estado geral de saúde e se ela está tomando outros medicamentos ao mesmo tempo. É importante que o médico obtenha o consentimento dos pais ou responsáveis da criança para discutir o tipo de medicação e outras intervenções psicoterapêuticas a iniciar. Envolver as crianças e os jovens neste processo também é muito importante. À medida que as crianças e os adolescentes crescem, podem tornar-se cada vez mais envolvidos nas decisões de tratamento. Ao escolher um determinado medicamento, é necessário levar em consideração a quais princípios ativos a criança respondeu bem no passado. Muitas vezes é necessário abordar o estigma e as preocupações das famílias, professores e comunidades relativamente ao uso de medicamentos psicotrópicos em crianças (Carlson, 2002).

Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) como antidepressivos são atualmente considerados tratamentos de primeira linha para a depressão infantil. Esses medicamentos são mais comumente prescritos porque têm

eficácia comprovada nesta população, bem como um perfil de efeitos colaterais mais favorável. São considerados seguros em termos de menor cardiotoxicidade e mortalidade em caso de sobre dosagem, especialmente em comparação com os antidepressivos tricíclicos. Os efeitos colaterais mais comumente observados dos ISRSs em ensaios clínicos são distúrbios gastrointestinais (por exemplo, náuseas, vômitos), dor de cabeça, inquietação, irritabilidade e insônia. Os ISRS devem ser usados com cautela porque podem causar episódios maníacos em pessoas com transtorno de humor bipolar (TB), especialmente em filhos de pais com TB.

Fonte: Lemos, 2023.

Entre os ISRS, a fluoxetina é o único medicamento aprovado pela Food and Drug Administration (FDA) para tratar a depressão em crianças com 8 anos de idade ou mais. Pela sua comprovada eficácia e segurança, é considerado o medicamento de escolha para o tratamento de crianças e adolescentes com depressão (Wong *et al.,* 2004). Estão atualmente em andamento três ensaios clínicos randomizados, duplo-cegos e controlados por placebo com fluoxetina, demonstrando a superioridade do medicamento no tratamento da depressão em crianças e adolescentes. Numa dessas investigações Emslie e colaboradores (2002) realizaram um estudo multicêntrico, randomizado, duplo-cego, controlado com placebo com a fluoxetina usada na dose de 20mg/dia. Foram avaliadas 122 crianças e 97 adolescentes portadores de TDM. Os pacientes foram avaliados com a escala de depressão para crianças (Children's Depression Rating Scale-Revised [CDRS-R]) e os autores reportaram que a fluoxetina foi significativamente mais efetiva do que o placebo. A estratégia de intervenção combinada de fluoxetina e psicoterapia foi investigada por March e colaboradores (2004) em um ensaio clínico randomizado

com 439 crianças e adolescentes portadores de TDM (DSM IV). Os pacientes, com idades variando entre 12 e 17 anos, foram divididos em quatro grupos: fluoxetina, placebo, terapia cognitivo-comportamental (TCC) e fluoxetina associada à TCC. Os autores reportaram que o grupo que recebeu a fluoxetina combinada com TCC apresentou uma resposta significativamente superior quando avaliado pela CDRS-R. Na prática clínica, é sempre recomendado iniciar o tratamento com fluoxetina com doses baixas de 5 a 10 mg/dia e depois aumentar lenta e gradativamente a dose até atingir a dose adequada. Você deve esperar de oito a doze semanas antes de considerar que houve falha de resposta (Ryan, 2002).

A sertralina é outro ISRS que demonstrou ser eficaz no tratamento da depressão em crianças. Embora ainda não esteja aprovado para esta indicação, já foi aprovado pelo FDA para uso em crianças com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). A eficácia da sertralina em crianças foi avaliada por Wagner et al. (2003) em dois ensaios clínicos randomizados e controlados com placebo, envolvendo 376 crianças e adolescentes portadores de depressão maior. A sertralina foi utilizada em doses entre 50 e 200 mg/dia durante dez semanas. Os autores relataram que a sertralina foi significativamente superior ao placebo na melhora dos sintomas depressivos de acordo com o CDRS-R. Em um artigo de revisão, Wong et al. (2004) sugeriram que a sertralina deveria ser considerada a medicação de segunda escolha para tratar crianças e adolescentes com depressão, em doses entre 25 e 200mg/dia.

O citalopram é outro ISRS utilizado em crianças e adolescentes com depressão grave, mas as evidências ainda são escassas. Existem dois estudos randomizados e controlados por placebo em pacientes deprimidos nesta faixa etária: um com resultados positivos e outro com resultados negativos (Cheung *et al.,* 2005; Wagner, 2005).

Ensaios controlados de outros antidepressivos, como paroxetina, escitalopram, venlafaxina, mirtazapina e nefazodona, não demonstraram que esses medicamentos sejam mais eficazes que o placebo no tratamento da depressão em crianças, adultos e adolescentes (Wagner, 2005). Contudo, no caso da venlafaxina, foi demonstrada superioridade sobre o placebo num subgrupo de adolescentes num estudo que reuniu os resultados de estudos individuais (análise agrupada) (Cheung *et al.,* 2005).

Por fim, com relação aos agentes antidepressivos tricíclicos (ADTs), o resultado de metanálises dos estudos controlados (Hazell *et al.,* 2002) apontam que

esses agentes não são superiores ao placebo no tratamento da depressão pediátrica.

Estas descobertas, juntamente com um perfil de efeitos colaterais desfavoráveis, significam que os ADTs não são recomendados para o tratamento da depressão em crianças e adolescentes (Wagner, 2005).

MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa iniciou no mês de fevereiro e finalizou em novembro tendo como base a revisão bibliográfica de categoria exploratória, tendo como relevância de pesquisas por meio de livros em intermédio do Google Livros, artigos em bases periódicas Scientific Electronic Libray Online – SciELO, PubMed Central, Biblioteca Virtual de Saúde, como também pesquisas por meio de dissertação e monografias mediante o Google Acadêmico, dispondo das Palavras-chave: Depressão em Jovens e Adolescentes, Transtornos Depressivos, Tratamento, Depressão; Medicamentos.

Como critério de inclusão foram utilizados artigos a partir do ano 2000 a 2023, língua portuguesa, inglesa e espanhol, recorrentes de textos que foram coerentes com o tema descrito. Os critérios de exclusão foram periódicos com poucas informações, que não apresentaram relevância para embasamento da pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do estudo realizado, foi possível notar que a etiologia da depressão infantil é multifatorial, o que significa que não se trata apenas de fatores biológicos, que envolvem tanto a questão da genética, como de neurotransmissores específicos entre células do sistema nervoso, mas também de fatores ambientais, como problemas no relacionamento com os pais, nos quais a criança não seja devidamente cuidada, e também a vitimização por abuso físico ou sexual ou a vivência de perdas significativas.

Saber como prevenir a depressão infantil ajuda a garantir que elas não sofram desta doença mental debilitante e dá-lhes uma base mais firme para lidar com as emoções. Embora não haja garantia de que a criança não desenvolva

depressão, uma criança cujos pais ou responsáveis estão ativamente em alerta podem fazer muita coisa para controlar a doença, caso ela surja (Anjos *et al*., 2002).

A criança com depressão necessita de um diagnóstico rápido e, para garantir uma boa recuperação, é indispensável que os pais estejam bem informados sobre o assunto.

Na depressão infantil, as psicoterapias são muito indicadas para tratamento, especialmente nos casos de sintomas mais leves. Busca-se ajudar o paciente e os familiares a criarem habilidades para enfrentar as situações de conflito e lidar com as sequelas psicossociais causadas pela depressão.

Os principais objetivos da psicoterapia, de acordo com Andrade (2000) são: alívio dos sintomas, busca do restabelecimento das funções e habilidades do paciente e, finalmente, prevenção de um novo episódio depressivo.

De acordo com Castro (2001) o medicamento para transtornos de humor na infância deve ser prescrito em última instância, com a indicação de um médico, que poderá ser o próprio pediatra da criança ou um psiquiatra. A decisão de usar medicamentos na depressão infantil baseia-se na gravidade, duração dos sintomas e, quando houver dificuldade de aliviá-los, através de terapias.

A depressão em crianças é tratável se diagnosticada precocemente e o tratamento iniciado o mais rápido possível. Os psiquiatras infantis e/ou psicólogos são os melhores especialistas no diagnóstico e acompanhamento de crianças.

Ao longo da psicoterapia também é importante estimular todo o ambiente social de uma criança com esta síndrome, incluindo o envolvimento dos pais e professores para manter as orientações diárias, o que é crucial para ajudar a manter o foco e a concentração da criança.

Com relação ao tratamento, bem como a intervenção do psicólogo para a depressão infantil, o ideal são as estratégias reforçadoras positivas, psicoterapia individual com a criança, com a família e a orientação na escola (Anjos et al., 2002).

CONCLUSÃO

Este estudo fornece uma compreensão abrangente dos efeitos negativos da depressão infantil, como isolamento, baixo desempenho acadêmico, baixa autoestima ou lentidão de movimentos. No desenvolvimento deste estudo, destacamos vários temas importantes na discussão deste tema.

No início deste trabalho foram propostos alguns objetivos, como identificar os sintomas que aparecem em crianças deprimidas, determinar suas causas, analisar a idade em que geralmente se inicia esse processo, verificar o importante papel dos pais e educadores no processo de tratamento, bem como dos medicamentos, tratamentos não farmacológicos para esta patologia e, por fim, uma análise das consequências enfrentadas pelas crianças com diagnóstico de depressão.

Os autores do estudo concordam que a depressão infantil pode interferir nas atividades básicas da vida e nos estágios de desenvolvimento. Por isso, o diagnóstico precoce é muito importante, além, claro, de medidas que visem a promoção da saúde mental.

Tendo em conta todos estes fatores mencionados ao longo deste trabalho, concluímos que a depressão envolve um conjunto de comportamentos que devem ser avaliados com base numa análise funcional, relacionada com o ambiente em que o indivíduo se encontra.

A partir disso, percebemos a importância de pais, educadores e profissionais de saúde estarem atentos ao desempenho das crianças e buscarem seu significado mais profundo.

Após a conclusão do trabalho, destacamos que as expectativas do grupo foram atendidas com sucesso, pois conseguimos demonstrar através da pesquisa a necessidade do diagnóstico precoce e confirmar que os sintomas da depressão infantil são diferentes dos da depressão adulta e requerem mais atenção dos pais, para evitar ocorrências futuras.

Vale ressaltar que a depressão infantil tem características próprias, e os sintomas típicos do adulto só começam a aparecer na adolescência. Se não for tratada, a depressão infantil pode prejudicar o desenvolvimento da criança em diversas áreas e também pode ser um preditor de depressão mais grave na idade adulta.

Além disso, enfatizamos que há necessidade de mais pesquisas sobre a depressão infantil, principalmente na etiologia e tratamento da patologia. O avanço nas pesquisas poderá contribuir significativamente para uma melhor compreensão do problema e, consequentemente, para o desenvolvimento de medidas terapêuticas, pois só dessa forma, conhecendo e debatendo as implicações provindas da depressão, é que se possibilitará uma assistência específica e diferenciada.

Portanto, é importante manter uma atitude acolhedora com essas pessoas e não conceitos pré-determinados, elas são em muitos casos ridicularizadas e desrespeitadas por alguns profissionais, que concluem que a depressão é apenas uma “calma” que vai passar com o tempo.

Este estudo contribuiu para perceber o quanto é importante compreender o ser humano que se encontra sem saída, sem direção, vendo sua vida passar sem sentir vontade de viver e aproveitar a vida.

Temos consciência de que a vida pode ser um fardo doloroso que carrega todos os dias as pessoas que tomam a iniciativa de procurar ajuda e mudar a realidade em que se encontram. Imagino o quão difícil é esta decisão e quão difícil deve ser dar o primeiro passo depois de uma decisão tão crucial. Essa atitude é admirável, mesmo sabendo que precisam de ajuda na forma de medicamentos, psicoterapia ou ambos.

Isto também despertou em nós o desejo de ir cada vez mais longe, em busca de um mundo mais humano, mais aberto a receber aqueles que necessitam de cuidados, em que as pessoas sejam compreendidas de acordo com suas doenças e seus conflitos individuais.

REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA

ALLEN, Corey Gaul.; KLUGER, Benzi Maggi; BUARD, Isabelle. **Safety of transcranial magnetic stimulation in children: A systematic review of the literature.** Pediatric Neurology 68:3-17, 2017. doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2016.12.009.

American Psychiatric Assoation. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders.** 5th ed (DSM-5) Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.

BASTOS, Beatriz Dornelles; FURTADO, Joarez; WEBER, Giovana Maria Fontana; POLONI, Tatiana Carolina Pavan. **Microbioma intestinal x transtornos comportamentais: uma revisão bibliográfica.** Brazilian Journal of Health Review., 2021. DOI:10.34119/bjhrv4n6-236.

BARBANTI, Eliane Jany. **Avaliação da eficiência e eficácia da prática de dois tipos de exercícios aeróbicos e alongamento na qualidade vida no tratamento da depressão.** Educação Física em Revista., Vol.4, n.11, p. 1983-6643, 2010.

BASILIO, A. **Depressão infantil: ela existe e está aumentando em todo o mundo.** Globo, 2014. Disponível em:

https://revistacrescer.globo.com/Criancas/Saude/noticia/2014/09/depressao-infantil-ela-existe-e-esta-aumentando-em-todo-o-mundo.html . Acesso em: 10/06/2023.

BRITTO, Carmen Conceição França de. **O uso da homeopatia como tratamento complementar em mulheres com depressão refratária** [dissertação]. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2012.

BRUNONI, Letícia; SCHUCH, Felipe Barreto; DIAS, Caroline Pieta; KRUEL, Luis Fernando Martins; TIGGEMAN, Carlos Leandro. **Treinamento de força diminui os sintomas depressivos e melhora a qualidade de vida relacionada a saúde em idosas.** Revista Brasileira Educação Física e Esporte. v.29, n.2, p.189-96, 2015.

CASPI, Avshalom; HARIRI, Ahmad; HOLMES, Andrew; Rudolf Uher, Ph.D., M.R.C.Psych., e Terrie E. Moffitt, et al. **Genetic sensitivity to the environment: the case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits.** The American Journal of Psychiatry. v.167, p. 509–527, 2010.

CARLSON, Gabriel. **Clinical aspects of child and adolescent psychopharmacology. Practical child and adolescent psychopharmacology.** Can Child and Adolescent Psychiatrist Magazine, London, 2002.

CHEUNG, Ari Houg; Emslie Georgina Janes; MAYES, Teles Lin. **Review of the efficacy and safety of antidepressants in youth depression.** Journal Child Psychol Psychiatry, 46(7): 735-54, 2005.

COLLEEN, Loo; ALONZO, Ângelo; MARTIN, Donel; MITCHELL, Filipe; GALVEZ, Verônica; SACHDEV, Perminder. **Transcranial direct current stimulation for depression: 3-week, randomised, sham-controlled trial.** Cambridge University. v.200, n.1, p. 52-9, 2012.

COMUNICAÇÃO FHGV. **FHGV e o compromisso com a saúde pública.** Fundação Hospitalar Getúlio Vargas., 2020. Disponível em: http://www.fhgv.com.br/home/2020/06/fhgv-e-o-compromisso-com-a-saude-publica/. Acesso em: 10/06/2023.

CROARKIN, Paul; MACMASTER, Frank. **Transcranial magnetic stimulation for adolescent depression.** Child Adolesc Psychiatry Clinic., 28(1):33-43, 2019. 10.1016/j.chc.2018.07.003.

DREAMSTIME. **Setas vermelhas apontam para o problema mundial.** Dreamstime., 2016. Disponível em: https://pt.dreamstime.com/sinal-do-problema-mundial-setas-vermelhas-apontam-para-o-texto-branco-no-fundo-globo-ilustra%C3%A7%C3%A3o-d-isolada-image178806041. Acesso em: 11/06/2023.

DONALDSON, Amy; MICHAEL, Gordon; GLENN, Melvin; BARTON, David; FITZGERALD, Paulo. **Addressing the needs of adolescents with treatment resistant depressive disorders: A systematic review of rTMS.** Brain Stimul 7(1):7-12. 2014. doi: 10.1016/j.brs.2013.09.012.

DONOWITZ, Jeffrey; ALAM, Masud; KABIR, Mamun; MA, Jennie; NAZIB, Forida; PLATTS-MILLS, James; BARTELT, Lutero; HAQUE, Rashidul; PETRI, William. **A Prospective Longitudinal Cohort to Investigate the Effects of Early Life Giardiasis on Growth and All Cause Diarrhea.** Doenças Infecciosas Clínicas. 2016; 63:792.

DWYER, Jennifer; BLOCH, Michael. **Antidepressants for pediatric patients**. Current Psychiatr 8(9):26-42F, 2019.

EMSLINE, Georgina Janes; HEILIGENSTEIN, Jhon Henry. **Fluoxetine for acute treatment of depression in child and adolescents: a placebo-controlled randomized clinical trial.** Jornal da Academia Americana de Psiquiatria da Criança e do Adolescente**,** 41(10): 1205-15, 2002.

GREEN, Why Hold. **Child & Adolescent – Clinical Psychopharmacology**. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.

HALLER, Heidemarie; ANHEYER, Dennis; CRAMER, Holger; DOBOS, Gustavo. **Complementary therapies for clinical depression: an overview of systematic reviews.** British Medical Journal Open. v9, p.8, 2019.

HILL, Dayanne Roes; NASH, Thiago Eduan. **Intestinal flagellate and ciliate infections.** In: Tropical Infectious Diseases: Principles, Pathogens and Practice, 3rd ed, Guerrant RL, Walker DA, Weller PF (Eds), Saunders Elsevier, Philadelphia. 2011. p.623.

KRISHNAN, Chandramouli; SANTOS, Luciana; PETERSON, Marcos; EHINGE, Margarida. **Safety of noninvasive brain stimulation in children and adolescents.** Brain Stimul 8:76-87, 2015. doi: 10.1016/j.brs.2014.10.012.

LAA, Filipe Lourenção; CURATOLO, Endrick; FRIEDRICH, Saul. **Transtornos afetivos.** Revista Brasileira de Psiquiatria, 22 (Supl II): 24-7, 2000.

LANUTRI. **Saúde mental e Microbiota intestinal: Qual a relação?** Laboratorio de avaliação nutricional., 2021. Disponível em: https://lanutri.injc.ufrj.br/2021/05/17/saude-mental-e-microbiota-intestinal-qual-a-relacao/. Acesso em: 10/10/2023.

LASSALE, Camila; BATTY, David; BAGDÁ, Amaria; JACKA, Felice; SÁNCHEZ-VILLEGAS, Almudena; KIVIMAKI, Mika; AKBARALY, Tasnime. **Healthy dietary indices and risk of depressive outcomes: a systematic review and meta-analysis of observational studies.** Molecular Psychiatry**.** v. 24, n.7, p. 965-986, 2019.

LEMOS, Marcela. **Giardíase: o que é, sintomas, transmissão e tratamento.** Tua saúde, 2023. Disponível em: https://www.tuasaude.com/sintomas-de-giardiase/. Acesso em: 01/11/2023.

MAGDAIL BROGNA. **Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais - DSM 5.** Associação Americana de Psiquiatria, 2003.

MARCH, João Março; SILVA, Susana; PETRYCKI, Stephen; CURRY, John; POÇOS, Karen; FAIRBANK, João; BURNS, Bárbara; DOMINO, Marisa; MCNULTY, Steven; VITIELLO, Benedetto; SEVERA, Joana. **Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Randomized controlled trial.** Journal of the American Medical Association**,** 292(7): 807-20, 2004.

MARTINS, Felipe Evangelista Gomes. **Avaliação da eficácia do tratamento homeopático na depressão: uma análise da literatura** [monografia]. Brasília: Universidade de Brasília; 2016.

McClellan J, Werry J. **Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder.** Jornal da Academia Americana de Psiquiatria da Criança e do Adolescente, 36(1): 138-57, 2004.

MELLO, Marco Túlio. **Psicobiologia do Exercício.** São Paulo: Atheneu, 2013.

MONTENEGRO, Rafael; OKANO, Alexandre; MACHADO, Sergio; PORTO Flávia; GURGEL, Jonas; FARINATTI, Paulo. **Estimulação transcraniana por corrente contínua: da aplicação clínica ao desempenho físico.** Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**;** v.12, n.4, p. 27-37, 2013.

NUTRIR COM CIÊNCIA. **O padrão alimentar pode influenciar na depressão e ansiedade.** Nutrir com ciência, 2017. Disponivel em: https://www.nutrircomciencia.com.br/padrao-alimentar-depressao-e-ansiedade/. Acesso em: 30/10/2023.

PUSTIGLIONE, Marcelo; GOLDENSTEIN, Eduardo; CHENCINSKI, Moisés. **Homeopatia: um breve panorama desta especialidade médica. Revista** Homeopatia 2017;80(1/2):1-17. [Citado em 2019 Mar 17]. Disponível em: https://www.cremesp.org.br/pdfs/merged.pdf. Acesso em: 10 abril 2023.

Ryan ND. Depression. In: Kutcher S, editor. **Practical Child and Adolescent Psychopharmacology.** London: Cambridge University Press; 2002.

QUEIXO, Lisa; KEYSER, Randall Eugênio; DSURNEY, João; CHAN, Leighton. **Improved cognitive performance following aerobic exercise training in people with traumatic brain injury.** Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. v.96, n.4, p.754-759, 2015.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes Depressivas: As três dimensões da doença do século.** 1. Ed. São Paulo: Pricipium, 2016.

TEIXEIRA, Marcus Zulian. **Fundamentação científica do princípio de cura homeopático na farmacologia moderna**. Revista Homeopatia, 2017;80(1/2):40-88.

VAN RIEDEL, E. et al. **Chronic unpredictable stress causes attenuation of serotonin responses in cornu ammonis 1 pyramidal neurons.** Neuroscience.v.120, p. 649-58, 2003

VEDOVATO, Kleber; TREVIZAN, Aline Rosa; ZUCOLOTO, Caroline Nonis; BERNARDI, Murillo Dorileo Leite; ZANONI, Jacqueline Nelisis; MARTINS, Juliana Vanessa Colombo Perles. **O eixo intestino-cérebro e o papel da serotonina.** Arquivos de Ciências da Saúde da Universidade Paranaense**,** Umuarama, v. 18 n. 1, 2014.

WAGNER, Kay Dhioshep; AMBROSINI, Paulo; RYNN, Moira; WOHLBERG, Cristóvão; YANG, Ruoyong; GREENBAUM, Michael; CHILDRESS, Ana; DONELLY, Craig; DEAS, Débora. **Sertraline Pediatric Depression Study Group. Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder: two randomized controlled trials.** Journal of the American Medical Association**,** 290(8): 1033-41, 2003.

WAGNER, Kay Dhioshep. **Pharmacotherapy for major depression in children and adolescents.** Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 29(5): 819-26, 2005.

WONG ICK, BESAG FMC, SANTOS H PJ, MURRAY ML. **Use of selective serotonin reuptake inhibitors in children and adolescents.** Drug Safety, 27(13): 991-1000, 2004.

WORLD HELTH ORGANIZATION (2017). **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.** World Health Organization.

YATHAM, Lakshmi; MCINTOSH, Diane; LAM, Raimundo. **Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder.** Update 2013. Bipolar Disord 15(1):1-44, 2013. doi: 10.1111/bdi.12025.