

Depressão nos adolescentes – mito ou realidade?

Catarina Resende¹, Elisabete Santos¹, Paulo Santos¹, Alzira Ferrão¹

RESUMO

Introdução: A adolescência é um período de grandes mudanças a nível biopsicossocial, o que torna esta fase mais vulnerável a alterações psicológicas. A depressão surge como uma entidade clínica cada vez mais prevalente, podendo ser precursora de psicopatologia no adulto.

Objetivos: Avaliar a prevalência e caracterizar a população de adolescentes com síndrome depressiva na consulta de adolescência.

Material e métodos: Estudo retrospectivo e analítico, com base nos dados obtidos dos 91 processos clínicos dos doentes seguidos na consulta de adolescência com o diagnóstico de distúrbio depressivo, no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2011.

Resultados: O diagnóstico de distúrbio depressivo foi feito a 91 adolescentes (N=91). Verificou-se um predomínio do sexo feminino. A idade média do diagnóstico foi de 14,8 anos. Os adolescentes foram referenciados principalmente dos Cuidados de Saúde Primários e da Urgência Pediátrica (26,4 e 22%, respetivamente). Os principais sintomas à apresentação foram a tristeza/labilidade emocional/choro fácil (61,5%). Os sintomas psicossomáticos estiveram presentes em 30,4% dos adolescentes. Em 64,8% dos casos foi identificado um contexto desfavorável, sendo os problemas/conflitos familiares o mais frequente (38,5%). Verificou-se ideação suicida em 28,6% dos casos, com para-suicídio em 21%. Em 60,4% foi pedida colaboração de outras consultas (71% pedopsiquiatria). Iniciaram medicação 76,9% dos adolescentes, sendo a fluvoxamina o fármaco mais usado.

Conclusão: A perturbação depressiva no adolescente tem aumentado nos últimos anos. Os médicos dos cuidados de saúde primários são os primeiros a tomar contacto com esta problemática. Assim, é importante a identificação precoce de adolescentes em risco de desenvolver esta patologia.

Palavras-chave: Depressão, adolescência, antidepressivo, psicossomático.

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma etapa de aquisição de autonomia, caracterizada por intensas mudanças físicas e psicossociais. É um período extremamente relevante para a construção do indivíduo, sendo os sintomas depressivos comuns nesta fase do desenvolvimento.^(1,2) Considera-se que o risco de depressão aumenta com a adolescência, sendo a sua prevalência estimada em cerca de 2% nas crianças e em 4-8% nos adolescentes.^(1,3,4)

Durante a infância a depressão não apresenta predomínio de género, no entanto, na adolescência as raparigas têm duas vezes maior risco de desenvolver depressão do que os rapazes da mesma idade.⁽³⁾ Alguns fatores estão associados a um aumento do risco de depressão, nomeadamente: depressão em familiares do 1º grau, episódios depressivos prévios, distúrbio de ansiedade, perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA), dificuldades de aprendizagem, perdas precoces, disfunção familiar, conflitos com os cuidadores, problemas com o grupo de pares, dificuldades escolares, dificuldade em lidar com o stress, acontecimentos desfavoráveis e doença crónica.^(3,5,8)

De acordo com a classificação do DMS-IV, os distúrbios depressivos são classificados em episódios depressivos major, distúrbios distímicos e distúrbios depressivos sem outra especificação.⁽⁹⁾

Num episódio depressivo major o adolescente deve apresentar pelo menos cinco dos seguintes sintomas depressivos: humor depressivo ou irritabilidade, anedonia, perda de prazer nas atividades diárias, alterações no apetite ou peso, insónia ou hipersónia, agitação ou diminuição da atividade psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou de culpa, dificuldade de concentração e decisão, ideias recorrentes de morte ou suicídio. Estes sintomas devem estar presentes todos os dias durante pelo menos duas semanas.^(3,9)

No distúrbio distímico os sintomas são menos intensos mas mais persistentes. Devem estar presentes três ou quatro dos critérios supracitados, durante pelo menos um ano.^(3,9)

Os distúrbios depressivos sem outra especificação referem-se a adolescentes com sintomas depressivos que não preenchem nenhum dos critérios dos distúrbios de humor supracitados.⁽⁹⁾

Alguns autores consideram que a depressão no jovem pode estar presente na ausência destes critérios de diagnóstico. Assim, acreditam que estes sintomas possam estar mascarados ou expressos em equivalentes depressivos como as queixas psicossomáticas, distúrbios do comportamento ou problemas escolares.⁽⁵⁾

Nascer e Crescer 2013; 22(3): 145-150

¹ S. Pediatria, CH Tondela-Viseu, 3504-509 Viseu, Portugal.
resende_cat@hotmail.com; elisabete.viseu1@gmail.com;
pagbs@simplesnet.pt; alziramaria2615@gmail.com

Os sintomas depressivos estão correlacionados com baixos níveis de autoestima e de aptidão social, associando-se frequentemente a comportamentos de risco como delinquência, promiscuidade, tabagismo, abuso de álcool e de drogas e risco de suicídio ou parassuicídio.^(4,6,7)

A depressão no adolescente é frequentemente subdiagnosticada e subtratada. Estima-se que cerca de 70% dos adolescentes com depressão não recebem qualquer tratamento.⁽⁸⁾

Existem quatro tipos de intervenção terapêutica: a intervenção psicossocial, a psicoterapia, a terapia farmacológica e a terapia combinada.

A terapia psicossocial e a educação do adolescente e da família são um importante componente do tratamento.^(8,10,11) Esta educação permite uma compreensão dos sintomas e da forma como estes afetam as relações interpessoais.

Os agentes farmacológicos usados no tratamento da depressão nos adolescentes incluem os antidepressivos tricíclicos, os inibidores da recaptção da serotonina e os compostos relacionados, sendo os inibidores da recaptção da serotonina a terapia de primeira linha.⁽¹⁴⁾ A terapêutica ideal será a combinação destes últimos com a psicoterapia, nomeadamente a terapia cognitivo-comportamental, que parece ser superior a qualquer medida isolada.^(8,12,13)

Alguns autores sugerem que a depressão nos adultos tem as suas raízes na adolescência.^(6,7) Dadas as implicações potenciais dos distúrbios depressivos os médicos dos cuidados de saúde primários, os pediatras e os pedopsiquiatras devem trabalhar em conjunto de forma a ultrapassar as dificuldades que encontram com estes adolescentes.

Este estudo teve como objetivo avaliar a prevalência de depressão entre os adolescentes seguidos na consulta de Adolescência do nosso hospital, bem como caracterizar esta população e os fatores associados com esta patologia.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional, retrospectivo e analítico dos processos clínicos dos adolescentes referenciados à consulta de Adolescência do nosso hospital, com o diagnóstico de distúrbio depressivo. O estudo foi efetuado no período de 1 de janeiro de 2003 a 31 de dezembro de 2011.

O diagnóstico de distúrbio depressivo foi realizado de acordo com os critérios do DMS-IV e incluiu a depressão menor, a distímia e a depressão maior. Foram excluídos outros transtornos psiquiátricos, que cursem concomitantemente com depressão.

Procedeu-se à análise dos processos clínicos com a coleiha dos seguintes dados: ano da primeira consulta, sexo, proveniência, sintomatologia, contexto, antecedentes familiares de psicopatologia, antecedentes patológicos, ideação suicida e para-suicídio, e tratamento farmacológico.

A informação recolhida foi inserida e trabalhada numa base de dados Microsoft Excell ©2007.

RESULTADOS

Num total de 1823 primeiras consultas de Adolescência, foi feito o diagnóstico de distúrbio depressivo em 91 adolescen-

tes (5%). Verificou-se um aumento progressivo do diagnóstico ao longo dos anos (Figura 1), exceto no ano de 2010 e 2011. Verificou-se um grande predomínio do sexo feminino, com apenas 8 rapazes fazendo parte desta amostra (83 versus 8). Os adolescentes apresentavam idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, com uma média de idades de 14,8 anos (mediana de 15 anos). Verificou-se um pico de diagnóstico aos 14-15 anos, correspondendo a 54,9% do total (Figura 2). A quase totalidade dos adolescentes frequentava a escola (96,7%), sendo que a maioria (52,7%) frequentava o 9º e 10º anos de escolaridade. Dos estudantes 34 (38,6%) já tinham reprovado, pelo menos, uma vez. Apenas 4 adolescentes tinham alguma ocupação dos tempos livres e dois trabalhavam em horário pós-escolar. Os adolescentes foram referenciados principalmente dos Cuidados de Saúde Primários, da Urgência Pediátrica e do Internamento de Pediatria (26,4; 22 e 15,4%, respetivamente). Quatro adolescentes foram referenciados do GASA (Gabinete de Apoio à Saúde do Adolescente), existente na Escola Alves Martins, com o

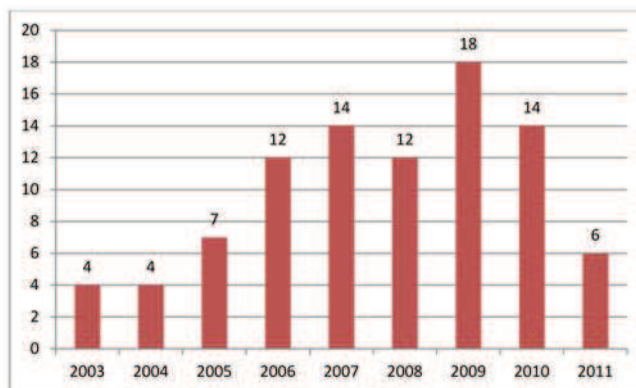


Figura 1 – Distribuição do diagnóstico por ano.

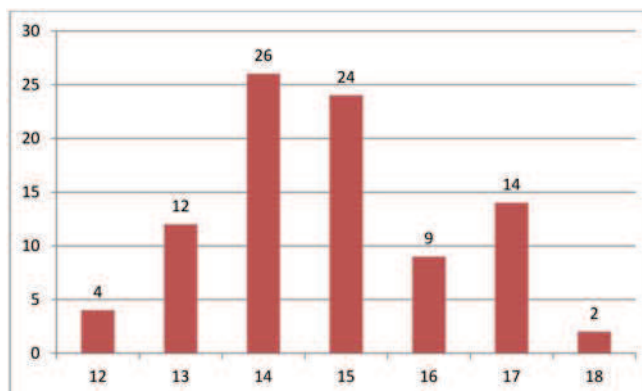


Figura 2 – Distribuição etária.

apoio da Unidade de adolescência do nosso hospital (Tabela I). Os principais sintomas à apresentação foram a tristeza/labilidade emocional/choro fácil, presente em 56 adolescentes (61,5%), seguido dos distúrbios do sono com insónia (41 casos; 45,1%). A sintomatologia psicossomática ocupou o terceiro lugar, estando presente em cerca de 30,8% dos adolescentes (28 casos) (Figura 3). Dentro dos sintomas psicossomáticos destacam-se as cefaleias em 46,7% (14/30), lipotimias em 23,3% (7/30), tonturas em 16,7% (5/30), a toracalgia em 6,7% (2/30), a dor abdominal inespecífica em 3,3% (1/30) e a sensação de dispneia em 3,3% (1/30). Importante salientar que a quebra do rendimento escolar se verificou em 23% dos casos.

Cerca de 60,4% dos adolescentes já tinha procurado ajuda previamente. O médico de família surgiu como primeiro apoio em 43,6% dos casos (24 adolescentes), seguido do psicólogo da escola (14 casos, 25,4%), do psiquiatra particular (6 casos, 10,9%) e do GASA (4 casos, 7,3%). Trinta e dois adolescentes (36%) já tinham iniciado algum tipo de medicação: 40,6% (13 casos) antidepressivo, 28,1% (9 casos) benzodiazepinas, 18,7% (6 casos) polivitamínicos e 12,5% (4 casos) combinação de antidepressivos e benzodiazepinas. Em 64,8% dos casos foi identificado um fator desencadeante dos sintomas ou um contexto favorável ao seu aparecimento, sendo o contexto familiar desfavorável o mais frequente, presente em 38,5% dos adolescentes (Tabela II). Quando avaliado o ambiente familiar verificamos que cerca de 31,9% eram famílias monoparentais, 8,8% famílias recombinadas (fruto de mais do que uma relação) e quatro adolescentes estavam institucionalizados. Em cerca de 27,5% dos casos havia perturbação depressiva na família, sendo a mais frequente a depressão materna (60%). Em relação aos antecedentes patológicos cerca de 27% (25 casos) dos adolescentes apresentavam uma doença crónica, sendo as mais prevalentes a asma/rinite alérgica (9 casos; 9,9%) e a obesidade (5 casos; 5,5%) (Tabela III).

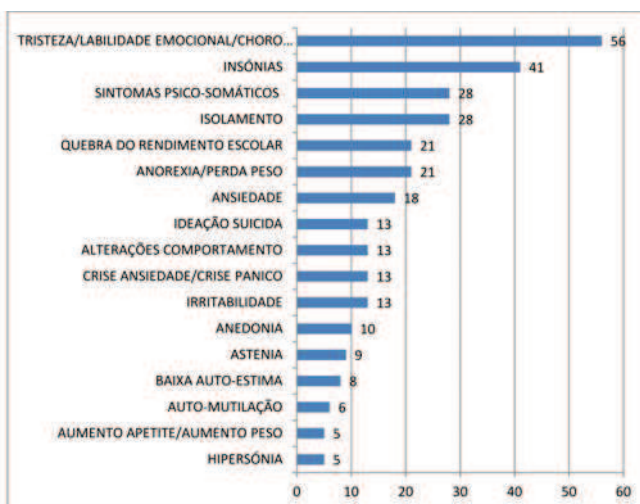


Figura 3 – Motivo de consulta.

Tabela I – Referenciação dos adolescentes à consulta.

Proveniência	N
Médico de Família	24
Serviço de Urgência	20
Internamento	14
Consulta de Pediatria Geral	9
Psicóloga da Escola	8
Pediatra Assistente	7
GASA	4
Consulta de Ginecologia da Adolescência	4
Desconhecido	1

Tabela II – Contexto psicossocial.

Contexto	N
Disfunção familiar	35
Acidente/doença Parental	7
Problemas escolares	6
Falecimento parental	6
Falecimento familiar	5
Conflitos com namorado	5
Problemas socioculturais e económicos	4
Emigração	3
Abandono	1
Violação	1

Tabela III – Antecedentes Patológicos.

Antecedentes	N
Asma/Rinite Alérgica	9
Obesidade	5
Epilepsia	4
PHDA	3
Gastrite	4
Problemas ginecológicos	3
Psoríase	2
Cardiopatia	1
Síndrome de Raynaud	1
HTA	1

Verificou-se ideação suicida em 26 adolescentes (28,6%) e parassuicídio em 19 jovens (20,9%) (18 intoxicações medicamentosas voluntárias e um intoxicação com organofosforados).

Em 60,4% (55 casos) foi pedida colaboração de outras consultas (71% pedopsiquiatria, 23,6% psicologia clínica e 5,4% de ambas). Iniciaram medicação 70 adolescentes (76,9%), sendo a Fluvoxamina o psicofármaco mais prescrito em 47,1% dos casos, seguido pela Fluoxetina em 17,1%. Só foram prescritas benzodiazepinas em duas adolescentes com distúrbio de ansiedade marcado. A medicação foi iniciada pelo pedopsiquiatra em 32 dos casos (45,7%), pelo pediatra em 31 dos casos (44,3%) e em seis casos foi mantido o fármaco iniciado pelo médico que avaliou o adolescente antes da consulta (seis pelo médico de família e um pelo neurologista).

DISCUSSÃO

A prevalência de depressão na nossa consulta de adolescência (5%) vai ao encontro de outras séries.^(17,20-22) De acordo com a literatura verificou-se um aumento do número de diagnósticos ao longo dos anos até 2009.^(3,4,18,21) No ano de 2010 e 2011 o número de casos foi menor (14 e 6 casos, respetivamente). Este decréscimo nos últimos dois anos deve-se provavelmente, à referenciação direta à consulta de pedopsiquiatria por parte do médico assistente. Verificou-se um forte predomínio do sexo feminino.^(3,16,17,18) A patologia foi mais prevalente nos jovens dos 14 aos 15 anos, sendo o grupo etário mais crítico, de acordo com outros estudos^(16,20), embora alguns autores tenham encontrado uma maior prevalência na adolescência tardia.⁽¹⁷⁾

A depressão no adolescente torna-se um problema cada vez mais importante, pelo que os profissionais de saúde que trabalham com estes jovens assumem uma função primordial na sua suspeição, intervenção e eventual referenciação. Os Cuidados de Saúde Primários e os Pediatras têm um lugar privilegiado na identificação dos sintomas depressivos, visto serem os profissionais que primeiro contactam com estes jovens. A depressão nesta faixa etária é subdiagnosticada pois pode manifestar-se por sintomas inespecíficos. É importante estar atento aos sinais, por vezes subtis, desta patologia. Num número importante de adolescentes o motivo de referenciação foram os sintomas psicossomáticos (30,8%)^(1,21,22,24), nomeadamente as cefaleias e as lipotimias que são motivos de referenciação frequente à urgência pediátrica⁽²²⁾. Assim, este grupo de jovens constitui uma população particularmente difícil de abordar em carácter de urgência e consulta. Um sinal também muito frequente de patologia depressiva é a diminuição do rendimento escolar, tornando estes alunos mais suscetíveis a reprovações⁽²²⁾.

Tal como noutras séries a maioria dos adolescentes apresentaram fatores de risco para o desenvolvimento de depressão^(1,3,18,21,22,25) sendo os conflitos familiares o fator de risco de maior importância, presente em 38,5%. Assim, tal como mostra a literatura, o ambiente/estrutura familiar é essencial para o bem-estar psicológico do adolescente^(17,18, 20,21,22,25). Fatores familiares específicos também têm sido foco de destaque, nomeadamente a privação de um ou ambos os pais, quer por doença, falecimento ou abandono^(18,25).

Tal como descrito na literatura^(1,25) a presença de antecedentes familiares de psicopatologia, nomeadamente depressão na mãe, está fortemente relacionada com o desenvolvimento de síndrome depressiva no adolescente⁽²²⁾. A presença de uma doença crónica também é um fator de risco importante⁽¹⁸⁾, embora não tenha tido alta prevalência no nosso estudo. Para minimizar o risco de depressão é necessária a existência de suportes sociais na família e na comunidade (escola e grupo de pares), que são cruciais para o desenvolvimento saudável do adolescente⁽¹⁵⁾.

O suicídio no adolescente é uma manifestação particularmente dramática e grave. Atualmente há uma tendência entre os autores para denominarem a tentativa de suicídio de comportamento autodestrutivo deliberado ("Deliberate Self-Harm"). O suicídio é três a quatro vezes mais comum nos rapazes, enquanto as tentativas de suicídio são mais comuns nas raparigas⁽²²⁾, embora não tenhamos encontrado diferenças significativas no nosso estudo. Consideramos que o número de parassuicídios existentes na nossa consulta foi significativo (20,9%) e tal como na literatura as intoxicações medicamentosas foram o método mais utilizado.⁽²²⁾

Uma percentagem significativa de adolescentes, para além da intervenção psicossocial, iniciou tratamento farmacológico (76,9%) e em 44,3% este foi inicialmente prescrito pelo pediatra da consulta de adolescência. Isto torna-se possível devido a uma boa articulação com a pedopsiquiatria e uma familiarização do pediatra com este tipo de medicação. Assim, a abordagem ao adolescente deve ser feita de forma multidisciplinar e o pediatra deve estar familiarizado com a utilização dos psicofármacos nesta faixa etária. Apesar do fármaco mais utilizado no tratamento da depressão nos adolescentes ser a Fluoxetina, no nosso trabalho o psicofármaco prescrito com mais frequência foi a Fluvoxamina (47,1%). Embora o seu uso em crianças e adolescentes nos EUA não esteja aprovado, é comumente usado na Europa para o tratamento de depressão nesta faixa etária.^(8,14) A escolha da Fluvoxamina como terapêutica de primeira linha na nossa consulta deveu-se à frequente associação da insónia e da ansiedade ao quadro depressivo.⁽²⁶⁻²⁹⁾ Sempre que o pediatra sente dificuldades na abordagem da depressão em idade pediátrica, deve pedir colaboração ou referenciar a criança/adolescentes a um especialista de saúde mental.

Uma das limitações do nosso estudo foi caracterizar apenas a população de adolescentes seguidos na consulta hospitalar de Adolescência não refletindo a realidade da população geral de adolescentes.

CONCLUSÃO

A depressão em crianças e adolescentes só foi reconhecida como patologia psiquiátrica a partir da década de 70, sendo atualmente considerada um importante problema de saúde pública.⁽²²⁾ A organização mundial de saúde (OMS) aponta a depressão como a principal causa de incapacidade em todo o mundo.⁽²⁵⁾ Estudos epidemiológicos têm sido escassos em Portugal.⁽¹⁸⁾

Para minimizar o risco de depressão é necessária a existência de suportes sociais como a família, o grupo de pares e a escola, que são de valor significativo para o adolescente.⁽¹⁷⁾

A identificação precoce de adolescentes em risco potencial de sintomas depressivos deve ser foco não apenas dos profissionais de saúde mental, mas de todos os clínicos que tomam contacto com este grupo etário. É igualmente importante uma intervenção no meio em que o adolescente está inserido de forma a minimizar os fatores desencadeantes.

DEPRESSION IN ADOLESCENTS - MYTH OR REALITY?

ABSTRACT

Introduction: Adolescence is a period of changes, making this phase more vulnerable to psychological disturbances. The Depressive Disorder is a clinical entity increasingly prevalent and may be a precursor of adult psychopathology.

Objectives: To evaluate the prevalence and characterize the population of adolescents with depressive syndrome in an adolescent consultation.

Methods: Retrospective and analytical study, based on data obtained from 91 medical records of patients followed in the adolescence office with the diagnosis of depressive syndrome in the period of January 2003 to December 2011.

Results: The diagnosis of depressive syndrome was made in 91 adolescents. There was a predominance of females. The average age of diagnosis was 14.8 years. The adolescents were referred mainly from the Primary Health Care and Emergency Paediatric (26.4 and 22%, respectively). The main symptoms at presentation were sadness / emotional lability / tearfulness (61.5%). Psychosomatic symptoms were quite prevalent accounting for 30.8%. In 64.8% of cases an unfavourable context was identified, and the family conflicts were the most frequent (38.5%). There was suicidal ideation in 28.6% of cases with para-suicide in 21%. In 60% it was necessary collaboration from other specialties (71% child psychiatry). Medication was started in 76.9% of adolescents, the most widely used drug was fluvoxamine.

Conclusion: Depressive disorder in adolescents has been increasing in recent years. Frequently, the Primary Health Care physicians are the first to contact with this situation. It is important the early identification of adolescents at risk of developing this disease.

Keywords: Depression, adolescence, antidepressant, psychosomatic.

Nascer e Crescer 2013; 22(3): 145-150

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cook MN, Peterson J, Sheldon C. Adolescent depression: an update and guide to clinical decision making. *Psychiatry* 2009; 6:17-31.
2. Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein RE, Laraque D. GLAD-PC Steering Group. Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): I. identification, assessment, and initial management. *Pediatrics* 2007; 120:e1299-e1312.
3. Lobin L. Depression in adolescents: epidemiology, clinical manifestations and diagnosis. Uptodate. Versão 19, Janeiro, 2012 (Acedido em 10/02/2012). Disponível em: www.uptodate.com.
4. Fleming JE, Offord DR. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29:571-80.
5. Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley JR, Rohde P. Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33:809-18.
6. Lewinsohn PM, Rohde P, Klein DN, Seeley JR. Natural course of adolescent major depressive disorder: I. Continuity into young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38:56-63.
7. Rao U, Hammen C, Daley SE. Continuity of depression during the transition to adulthood: a 5-year longitudinal study of young women. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38:908-15.
8. Bonin L, Moreland CS. Overview of treatment for adolescent depression. Uptodate. Versão 19, Janeiro, 2012 (Acedido em 10/02/2012). Disponível em: www.uptodate.com
9. American Psychiatric Association. DSM IV-TR – Manual de Diagnóstico e estatística das Perturbações Mentais. 4ª ed. Lisboa: Climepsi editores, 2002.
10. Saluja G, Iachan R, Scheidt PC, Overpeck MD, Sun W, Giedd JN. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158:760-5.
11. Birmaher B, Brent D, AACAP Work Group on Quality Issues, Bernet W, Bukstein O, Walter H, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46:1503-26.
12. March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292:807-20.
13. March JS, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): long-term effectiveness and safety outcomes. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64:1132-43.
14. Moreland CS, Bonin L. Psychopharmacological treatment for adolescent depression. Uptodate. Versão 19, Janeiro, 2012 (Acedido em 10/02/2012). Disponível em: www.uptodate.com
15. Souza LDM, Silva RS, Goodoy RV, Cruzeiro ALS, Faria AD, Pinheiro RT, et al. Sintomatologia depressiva em adolescentes iniciais – estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr* 2008; 57:261-6.
16. Oliveira-Brochado F, Oliveira-Brochado A. Estudo da presença de sintomatologia depressiva na adolescência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2008; 26:27-36.
17. Cordeiro R, Claudino J, Arriaga M. Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos. *Revista Iberoamericana de Educación* 2006; 39:1-9.

18. Cardoso P, Rodrigues C, Vilar A. Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Aná Psicológica* 2004; 22:667-75.
19. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:1427-39.
20. Aragão TA, Coutinho MP, Araujo LF, Castanha AR. Uma perspectiva psicossocial da sintomatologia depressiva na adolescência. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14:395-405.
21. Reppold CT. Prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes no Rio Grande do Sul. *Aval psicol* 2003; 2:175-84.
22. Bahls SC. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *J Pediatr* 2002; 78: 359-66.
23. Brito I. Ansiedade e depressão na adolescência. *Rev Port Clin Geral* 2011; 27:208-14.
24. Fonseca MHG, Ferreira RA, Fonseca SG. Prevalência de sintomas depressivos em escolares. *Pediatria* 2005; 27:223-32.
25. Avanci JQ, Assis SG, Oliveira R. Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:2334-46.
26. Uthman OA, Abdulmalik J. Comparative efficacy and acceptability of pharmacotherapeutic agents for anxiety disorders in children and adolescents: a mixed treatment comparison meta-analysis. *Curr Med Res Opin* 2010; 26:53-9.
27. Maršanić VB, Margetić BA, Margetić B. Outpatient treatment of children and adolescents with antidepressants in Croatia. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2012; 16:214-22.
28. Sepehrmanesh Z, Alavi A, Arabgol F. Fluvoxamine for the Treatment of Child and Adolescent Depression: An Open Label Trial. *Iran J Psychiatry* 2008; 3:11-5.
29. Walkup J, Labellarte M, Riddle M, Pine D, Greenhill L, Klein R, et al. Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *N Engl J Med* 2001; 344:1279-85.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Catarina Resende
Centro Hospitalar Tondela-Viseu
Hospital de São Teotónio – Viseu
Serviço de Pediatria
Avenida Rei D. Duarte
3504-509 Viseu, Portugal
e-mail: resende_cat@hotmail.com

Recebido a 19.12.2012 | Aceite a 13.05.2013