



## DEPRESSÃO INFANTIL

Estudos norte-americanos revelam uma incidência de depressão em aproximadamente 0,9% entre os pré-escolares; 1,9% nos escolares e 4,7% nos adolescentes. A estabilidade dos sintomas depressivos tem sido mais pronunciada nos meninos que nas meninas. A depressão foi considerada a principal doença psiquiátrica do século. Tanto os quadros de Distímia quanto de Transtorno Afetivo Bipolar, podem surgir pela primeira vez durante a adolescência e o reconhecimento precoce de um estado depressivo poderá ter profundos efeitos na futura morbidade e mortalidade da doença.

Apesar da tamanha importância da depressão da infância e adolescência em relação ao suicídio, às dificuldades na escola, no trabalho e no ajuste pessoal, dificuldades estas que podem continuar na vida adulta, esse quadro não tem sido devidamente diagnosticado. Embora na maioria das crianças a sintomatologia da Depressão seja atípica, alguns podem apresentar sintomas clássicos de Depressão, assim como a tristeza, ansiedade, expectativa, mudanças no hábito alimentar e no sono ou, por outro lado, problemas físicos, como dores inespecíficas, fraqueza, tonturas, mal estar geral que não respondem ao tratamento médico habitual. A maioria das crianças maiores e dos adolescentes, apresenta a Depressão de forma atípica, escondendo seus sentimentos depressivos sob um comportamento de irritabilidade, de agressividade, hiperatividade e rebeldia. As crianças mais novas, devido a falta das habilidade para uma comunicação que expresse seu verdadeiro estado emocional também manifestam a Depressão de forma atípica, principalmente com hiperatividade.

O diagnóstico da depressão na infância vem tendo de ser feito em bases predominantemente clínicas, muitas vezes usando-se os mesmos critérios usados para a Depressão Maior do adulto, embora, o quadro se altere à medida que mais jovem for o paciente. Examinando-se a criança, nem sempre encontramos de modo fácil sintomas claros que descrevam seu estado depressivo interno. Um exame clínico especializado e criterioso, buscando aumentar a possibilidade da criança menor ser compreendida quanto aos seus sentimentos, embora muitas vezes tais sentimentos sejam de difícil identificação, devem ser implementados. Em muitos casos, observa-se apenas uma maior sensibilidade emocional, choro fácil, inquietação, rebeldia e irritabilidade. As mudanças de comportamento na criança são de extrema importância na medida em que forem súbitas, devendo ser consideradas quando, abruptamente, a conduta da criança se altera de modo inexplicável. Assim, crianças anteriormente bem adaptadas socialmente, passam a apresentar condutas irritáveis, destrutivas, agressivas, com a violação de regras sociais anteriormente aceitas, oposição à autoridade, preocupações e questionamentos de adultos. Esse comportamento pode ser decorrente de alterações depressivas. Quando essas alterações não são graves o suficiente para serem consideradas Episódios Depressivos podemos chamá-las de Disforias.



As Disforias encontradas comumente e sem uma importante conotação de grave morbidade, mas sim como respostas afetivas aos eventos diários, se caracterizam pela brevidade do quadro emocional sem comprometimento das condutas adaptativas, sociais, escolares e familiares. Essa evolução não acontece quando há importante componente depressivo. A recuperação das vivências traumáticas e estressoras é mais demorada e sempre há algum prejuízo da adaptação. A grosso modo pode-se dizer que as Disforias são mais ou menos fisiológicas frente as situações de adversidades, enquanto a Depressão seria uma maneira mais patológica de reagir à vida. Dependendo da intensidade da Depressão pode haver desinteresse pelas atividades rotineiras, queda no rendimento escolar, diminuição da atenção e hipersensibilidade emocional. Surgem ainda preocupações típicas de adultos, tais como, a respeito da saúde e estabilidade dos pais, medo da separação e da morte e grande ansiedade.

Os quadros que se apresentam como Fobia Escolar, com evitação da escola, surgimento de dores inespecíficas, febre, etc. para fugir das aulas, podem refletir altos índices de ansiedade e sintomas depressivos, incluindo a Disforia, baixa auto-estima, perda de prazer e, muitas vezes, até ideação suicida. Expectativas negativas e pessimistas são também encontradas nos adolescentes deprimidos, mas na criança pode não haver condições de expressar os aspectos negativos de sua vida ou de seu mundo de modo tão claro quanto podem fazer os adolescentes.

Os sintomas físicos e somatizados também ocorrem na criança depressiva. Pesquisas revelam que cerca de 30% dos pacientes deprimidos apresenta diminuição de apetite e 30% refere aumento, principalmente nas meninas. Insônia inicial (dificuldade para começar a dormir) também pode estar presente em até 60% dos casos e, menos freqüente, a clássica insônia terminal (despertar muito cedo). Em criança no final da 2ª infância (dos 6 aos 12 anos), pode-se encontrar quadros de base depressiva muito graves e com sintomatologia francamente psicótica, com delírios bem organizados, alucinações e severo prejuízo das atividades sócio-familiares. Dentro da Depressão Infantil atípica pode-se ainda encontrar crianças tomadas por delinquentes e crianças que chegam de fato ao suicídio. Tendo em vista a elevada incidência da Depressão Infantil registrada por inúmeros autores, deve-se pensar primeiro na possibilidade depressiva diante de uma criança problemática.

Na fase pré-verbal a criança deprimida pode manifestar o humor rebaixado através de expressões mímicas e do comportamento. A inquietação, o retraimento social, choro freqüente, recusa alimentar, apatia e alterações do sono podem ser indícios de Depressão nesta fase. Na fase pré-escolar as crianças podem somatizar o transtorno afetivo, o qual se manifestará através de dores abdominais, falta do ganho de peso, retardo no desenvolvimento físico esperado para a idade, além da fisionomia triste, irritabilidade, alteração do apetite, hiperatividade e medo inespecífico. Dos 2-3 anos até a idade pré ou escolar a Depressão Infantil pode se manifestar ainda com quadro de Ansiedade de Separação, onde existe sólida adesividade da criança à figura de maior contacto (normalmente a mãe) ou até sinais sugestivos de regressão psico-emocional, como trejeitos mais atrasados da linguagem, encoprese e enurese.



Quando a depressão é muito grave, sintomas psicóticos também podem aparecer, tais como idéias delirantes e alucinações. As idéias suicidas também não são raras, embora dificilmente antes dos 10 anos de idade. A Depressão Infantil tem sido cada vez mais observada devido a dois cuidados: atualização e atenção médica crescente sobre esta doença. Apesar da Depressão do adulto ter como modelo de diagnóstico uma conhecida gama de sintomas baseados no sofrimento moral, na inibição psíquica e global, e no estreitamento do campo vivencial (progressiva perda na capacidade de sentir prazer), nem sempre se observa exatamente isso na criança devido ao diferente dinamismo psíquico-relacional. É importante salientar que cada vez mais os distúrbios do comportamento da criança estão sendo relacionados a uma maneira depressiva de viver, maneira esta perfeitamente sujeita à abordagem terapêutica.

Tendo em vista a característica atípica das depressões na infância, alguns autores começam a pensar este diagnóstico diante de outras patologias bem definidas, como é o caso do Déficit de Atenção por Hiperatividade, Distúrbios de Conduta (rebeldia, oposição e agressividade) e Transtorno Fóbico-Ansioso. Supõe-se haver uma íntima relação, quer seja como co-morbidade ou como manifestação clínica da Depressão Infantil, em todos esses quadros citados e, principalmente na ansiedade da infância.

No adolescente a relação depressão-suicídio é bastante significativa, uma vez que a grande maioria dos adolescentes suicidas apresenta problemas psiquiátricos, sendo a depressão o mais importante. O suicídio de adolescentes tem sido o maior responsável por mortes em jovens de 15 a 19 anos. Tem sido observado a ocorrência de alterações emocionais merecedoras de tratamento médico em dois terços da população estudada, e sem relações diretas com nível intelectual dos pacientes. Simultaneamente refere a tentativa familiar de negação do fato como o principal responsável a dificultar o atendimento do paciente com potencial suicida. Assim, reforça-se mais uma vez a necessidade de um diagnóstico acurado da depressão na criança e no adolescente.

A taxa do suicídio para adolescentes tem aumentado na última década. Os estudos mostram que mais de 25% dos adolescentes na população geral tenha problemas emocionais e um terço dos adolescentes que procuram clínicas psiquiátricas sofrem de depressão. A grande maioria das depressões em adolescentes pode ser muito bem controlada com sucesso por meio do tratamento especializado e suporte familiar. Os atos suicidas geralmente estão associados com uma crise depressiva aguda e significativa na vida do adolescente. É importante salientar que a crise pode parecer insignificante aos adultos ao redor, mas é sempre muito significativa ao adolescente. A perda de um namoro, de uma nota na escola ou de uma crítica pejorativa feita por um adulto estimado, especialmente pais e professores, pode precipitar um ato suicida no paciente depressivo.

---

Dr. Maurício Aranha - Médico pela Universidade Federal de Juiz de Fora; Especialista em Neurociência e Saúde Mental pelo Instituto de Neurociências y Salud Mental da Universidade da Catalunya; Pesquisador do Núcleo de Psicologia e Comportamento do Instituto de Ciências Cognitivas. E-mail: [dr\\_mauricioaranha@yahoo.com.br](mailto:dr_mauricioaranha@yahoo.com.br)