



## **DIFICULDADES ESCOLARES**

Muito embora as crianças estejam sujeitas à maioria dos transtornos emocionais encontrados nos adultos, na maioria das vezes seu diagnóstico é pobremente realizado. A falta de informação sobre psiquiatria infantil é a responsável pela maioria das dificuldades de relacionamento, escolares e sociais das crianças, bem como, responsável por inúmeras seqüelas emocionais no futuro. Na realidade, temos visto que a família só é mobilizada a procurar ajuda para suas crianças quando fica evidente ou está ameaçado o rendimento escolar e a aprendizagem. Os quadros psiquiátricos infantis que mais transtornos produzem na escolaridade e aprendizagem das crianças são: 1. quando há severo prejuízo do interesse da criança; 2. quando a performance global da criança está prejudicada; 3. quando há prejuízo da atenção; 4. quando há prejuízo na cognição (prejuízo na apreensão de informações ou prejuízo no processamento das informações). A Depressão e Ansiedade infantis se relacionam aos 2 primeiros itens, ou seja, se relacionam ao prejuízo do interesse e da performance global. A Hiperatividade se relaciona ao item 3, prejuízo da atenção, e a Deficiência Mental, Sensorial e Neurológica Específica ao item 4. A Psicose Infantil se relaciona a todos eles.

## **DEPRESSÃO INFANTIL**

Pesquisas 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, afetando aproximadamente oito milhão de pessoas. Quadros 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, entretanto, depressão de forma atípica, escondendo seus sentimentos depressivos sob uma máscara 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, notadamente 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, obrigatoriamente, o quadro se alterará tanto quanto mais jovem for o paciente. Examinando-se a criança, nem sempre encontramos de modo fácil sintomas claros e francos que descrevem seu estado depressivo interno. Em muitos casos, observamos 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.

As disforias encontradas comumente no cotidiano são respostas afetivas aos eventos diários e que caracterizam pela brevidade do quadro emocional sem comprometimento das condutas adaptativas, sociais, escolares e familiares. 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. Cerca de 30% dos pacientes deprimidos apresenta diminuição de apetite. 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), podemos encontrar quadros de base depressiva muito graves e com sintomatologia francamente psicótica, com delírios humor-congruente bem organizados, alucinações e severo prejuízo das atividades sócio-familiares. Dentro da Depressão Infantil atípica podemos ainda encontrar crianças erroneamente tomadas por delinquentes e, não raro, crianças que chegam de fato ao suicídio. 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 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.

Tendo em vista a característica atípica das depressões na infância, observa-se que a mesma pode vir acompanhada de outras patologias 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 comorbidade ou como manifestação clínica da depressão infantil, em todos esses quadros citados e, principalmente na ansiedade da infância.

### **Suicídio**

No adolescente a relação depressão-suicídio é bastante significativa. A grande maioria dos adolescentes suicidas apresentam problemas psiquiátricos, sendo a depressão o mais importante deles. O suicídio de adolescentes é, atualmente, o maior responsável por mortes em jovens de 15 a 19 anos. Além do que, observa-se a tentativa familiar de negação do fato como o principal responsável a dificultar o atendimento do paciente em questão. A taxa do suicídio para adolescentes aumentou mais do que 200% na última década. Os estudos recentes mostram que mais de 20% 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 ambulatorialmente com a sustentação da família.

Os atos suicidas geralmente estão associados com uma crise depressiva aguda e significativa na vida do adolescente. É importante reforçar 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 a constatação de uma crítica pejorativa feita por uma adulto significativo para o adolescente, especialmente o pai ou um professor, 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)