

# DEPRESSÃO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

---

SHEILA ABRAMOVITCH  
LILIAN O. E C. DE ARAGÃO

---

## RESUMO

Este artigo discute a depressão na infância e na adolescência, em uma perspectiva clínica, e alerta para o excesso de diagnósticos e medicamentos psiquiátricos usados em jovens, que estão em crescimento e desenvolvimento. Enfatiza, também, a necessidade do encaminhamento ao especialista, devido às nuances sintomatólicas, bem como à variabilidade e à mutabilidade dos fenômenos psicopatológicos nessa fase. O transtorno depressivo na faixa etária estudada é uma condição clínica grave e ocasiona prejuízos na relação do jovem com a escola, família e sociedade.

**PALAVRAS-CHAVE:** *Depressão; Infância; Adolescência; Diagnóstico.*

## INTRODUÇÃO

Crianças e adolescentes podem apresentar diagnóstico de transtorno depressivo. Porém, este é um diagnóstico que deve ser feito com muita cautela, pois é uma condição reservada aos casos de considerável morbidade e mortalidade e, também, porque esses jovens têm risco aumentado para o suicídio<sup>1</sup>. Trabalhos indicam, na história de adultos deprimidos, a presença de episódios ou quadros depressivos já presentes na infância<sup>2,3</sup>, considerando a possibilidade de continuidade na vida adulta.

Os sintomas depressivos podem ter outras formas de apresentações em crianças<sup>1</sup>, e o exame psíquico pode necessitar de adaptações<sup>4</sup>. Embora depressão e mania tenham sido descritas em crianças e adolescentes, Kraepelin, em 1906, já havia descrito um quadro de psicose maníaco-depressivo em um menino de apenas 6 anos de idade, muitos, ainda, duvidam de sua existência, pelo fato de crianças e adolescentes possuírem “estruturas de personalidade imaturas”, e, por isso, não poderem experimentar extremos de humor<sup>5</sup> e os sustentar por muito tempo.

Essa tese vem sendo contestada por vários autores e, a partir da década de 70, começam a despontar pesquisas, que consideram a extensão, não só do conceito de depressão, proveniente do adulto, mas também dos seus tratamentos farmacológicos. Nesse momento, a psiquiatria, na vertente exclusivamente biológica, promove um excesso de diagnósticos – comorbidades – e de medicações abusivas, desrespeitando a criança e o adolescente no conjunto de suas transformações, tanto orgânicas e emocionais, quanto sociais. Muitas vezes, são vítimas de preconceitos, por parte de colegas e familiares, pois receber um diagnóstico psiquiátrico na infância ou na adolescência pode ser uma marca indelével, que os acompanhará por toda vida.

## HISTÓRICO

Depressão na criança ou depressão infantil é um termo que não possui o mesmo sentido no adulto. Seu conteúdo é diferente e representa uma experiência de acordo com a idade em que se manifesta<sup>6</sup>. É considerada como parte do desenvolvimento normal e até necessária para alguns, é um fenômeno patológico para outros. Assim, foram criados termos como afeto depressivo, momento depressivo e equivalentes depressivos, para se distinguir o fenômeno depressivo, que faz parte do ciclo vital, daqueles que se referem à depressão patológica.

M.Klein<sup>7</sup> enfatizou os estados depressivos do lactente em que a posição depressiva se instala quando o bebê percebe que sua mãe, aquela que o satisfaz, é a mesma que o frustra. Winnicott<sup>8</sup>, por sua vez, destacou a posição depressiva que se segue ao desmame.

R. Spitz<sup>9</sup> ressaltou um quadro de carência emocional devido à separação prematura materna, que pode evoluir para depressão anaclítica. Após 3 meses, se não tratada, a mobilidade da criança diminui e o quadro clínico complica com insônia; é o que se nomeia de hospitalismo. Se essa condição não for revertida em 3 meses, evoluirá para marasmo e morte.

Nissen<sup>10</sup>, em um estudo clássico com 6000 crianças, observou estados depressivos moderados e severos em 1,8%. Ele excluiu do estudo as reações depressivas e os humores depressivos: por abandono, secundários ao autismo infantil ou às psicoses esquizofrênicas, da paralisia cerebral e por distúrbios endócrinos. Segundo Nissen, a sintomatologia depressiva dependerá de cada idade e do sexo acometidos.

Nissen verificou que as crianças pré-escolares manifestam depressão através de sintomatologia quase exclusi-

vamente psicossomática. Nos escolares, predominam sintomas tais como inibição afetiva e, também, sintomas físicos como: enurese, onicofagia, manipulações genitais, terrores noturnos, crises de choro e de gritos. Nos pré-adolescentes, a sintomatologia, sobretudo, refere-se à esfera cognitiva, com ruminções, ideias e impulsos suicidas e sentimentos de inferioridade e opressão.

Há autores que incluem nos estados depressivos sintomatologia dita “mascarada”, ou que se expressa por meio de “equivalentes comportamentais”<sup>11</sup>. Estes surgem como sintomas ou síndromes, que expressam hiperatividade, enurese, enco-prese, déficit de aprendizagem ou conduta inadequada. Dessa forma, a depressão pode, equivocadamente, ser nomeada de Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDAH), transtorno de aprendizagem ou transtorno de conduta.

Destacamos a presença de sintomas depressivos em 20% das crianças hospitalizadas, e 11% delas preenchem os critérios diagnósticos para transtorno depressivo maior<sup>12</sup>. Esse era o quadro de Marise, menina de 3 anos, internada na enfermaria de Pediatria do HUPE/UERJ, há 8 meses, com síndrome nefrótica e recusando-se a comer, a brincar e a assistir seus desenhos favoritos na TV. Seu olhar triste e distante, fixo em direção à porta, à espera da mãe, que não vinha visitá-la, denunciava seu quadro depressivo.

Assim sendo, depressão análoga à dos adultos não existe, entretanto pode-se manifestar na criança e no adolescente por sintomas, síndrome ou transtorno depressivo maior. A depressão está referida a uma dor psíquica e a uma perda subjetiva, com as quais aquele sujeito, ainda, não encontrou defesas em sua estrutura psíquica para lidar. O que faz alguém apresentar um transtorno depressivo em tão tenra idade é uma pergunta que permanece em aberto,

pois dependerá do conjunto de interações entre fatores constitucionais e ambientais.

## EPIDEMIOLOGIA

A prevalência de TDM, na população geral, apresenta-se em pré-púberes em torno de 2% (1%-3%) e, em adolescentes, é de 6%<sup>13</sup>. A distribuição por sexo apresenta uma ordem crescente conforme a faixa etária, com taxa igual em ambos os sexos, ou ligeiramente maior para o sexo masculino até a adolescência, quando se torna mais frequente em mulheres<sup>14</sup>. No Brasil, um estudo realizado em Taubaté<sup>15</sup>, com uma amostra de 1.251 estudantes de 7 a 14 anos, encontrou uma prevalência de 1% de transtornos depressivos. Estudos<sup>13</sup> indicam associação de depressão com problemas educacionais, de relacionamento com colegas, autoimagem negativa, uso de substâncias e hospitalização psiquiátrica. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio é a terceira causa de morte em adolescentes entre 15 e 19 anos.

## DIAGNÓSTICO

A partir de 1970, crianças e adolescentes podem apresentar transtorno de humor, incluindo o transtorno depressivo maior e o transtorno bipolar. De acordo com as classificações atuais – Classificação Internacional de Doenças (CID)<sup>16</sup> e da *Diagnostic Medical Statistic (DSM)*<sup>17</sup> –, essa faixa etária pode apresentar transtorno depressivo com os mesmos sintomas que os adultos, com leves alterações, como o humor irritável, em vez de deprimido, e a redução ou perda de interesse ou prazer na realização das tarefas, nos esportes, nas amizades, na escola, além da presença de sentimentos de menos valia.

Embora as crianças possam expe-

rimentar tristeza e desespero transitórios, também podem apresentar transtorno depressivo com um padrão persistente de alteração do humor.

## QUADRO CLÍNICO

A expressão clínica da depressão infantil pode passar despercebida ou ser confundida com uma fase de temperamento difícil ou retraído da criança. Muitas vezes, o comportamento da criança ou do adolescente é alvo de críticas ou até mesmo de punições<sup>14</sup>. As formas de apresentação da depressão dependem da fase em que ocorrem, e encontramos características próprias do Transtorno Depressivo Maior (TDM) em crianças menores, pré-púberes (9-12 anos) e em adolescentes.

Em crianças menores, se o quadro depressivo se instalar de forma aguda, observamos uma mudança de comportamento bem definida. Mas, com frequência, a depressão apresenta-se de forma insidiosa, com história de vários anos de dificuldades emocionais, com sintomas depressivos, podendo estar acompanhada de hiperatividade e ansiedade. Também é comum as crianças exibirem posturas de oposição e desafio, de hostilidade, instabilidade de humor, irritabilidade e crises de raiva. Esses sintomas causam prejuízos psicossociais e acadêmicos e, após recuperação do episódio depressivo, os marcos normais do desenvolvimento não serão mais atingidos ou ficarão incompletos<sup>18</sup>.

As crianças também apresentam sintomas físicos como dificuldades em ganhar peso ou perda inadequada para a idade. Podem ter insônia ou hipersonia diurna, agitação ou lentificação psicomotora, fadiga ou perda de energia – expressas no correr e brincar –, sentimentos de desvalia ou culpas, dificuldade de pensar ou de se concentrar – presentes na queda do rendi-

mento escolar – e podem, também, ter pensamentos de morte. É o caso de João, que com 8 anos não ia à escola, e passava o dia pensando em como poderia se encontrar com o pai, falecido há 2 anos.

O TDM em pré-pubescentes apresenta-se com prevalência de queixas somáticas, com predomínio de cefaleia, podendo surgir um quadro de agitação psicomotora e, também, alucinações congruentes com o humor. A lentificação psíquica e motora podem estar presentes. A ação e a expressão estão alteradas, inibidas, e suas repercussões são notadas na indiferença, no desinteresse pela rotina, como nas atividades escolares e brincadeiras – isolamento e evitação dos colegas. Os pais de Letícia, de 11 anos, notaram que algo não ia bem, quando perceberam que a filha recusava os inúmeros convites de ir à casa das amigas, permanecendo triste e sonolenta em casa. A comunicação verbal e/ou não verbal fica comprometida e as respostas podem ser lentificadas e breves<sup>14</sup>.

Já o TDM na adolescência surge com anedonia, desesperança, culpas, lentificação psicomotora, podendo apresentar delírios e alucinações. O comportamento é negativista, antissocial, com culpas e recusa de sair de casa e, frequentemente, está associado ao abuso de álcool e de outras substâncias. Podem surgir tentativas de suicídio e a vigilância deve ser redobrada.

## TRATAMENTO

Bordin<sup>18</sup> relata que a combinação de baixa renda, analfabetismo, desemprego dos pais, más condições de moradia e acesso limitado à saúde e à educação aumenta a morbidade psiquiátrica dessa faixa da população. Jovens vítimas de abusos e maus-tratos podem, também, apresentar quadros depressivos<sup>19</sup>. Por isso, medidas preventivas e notificações são fundamen-

tais.

O TDM que se apresenta de forma leve deve ser tratado com psicoterapia individual e orientação aos pais. Para o TDM com quadro clínico moderado, devem ser iniciadas a psicoterapia, a orientação aos pais e à escola e aguardada a evolução para se avaliar a necessidade ou não da introdução de psicofármacos<sup>20</sup>.

No TDM grave, indicam-se os antidepressivos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS). Até o momento, não existem evidências claras, a partir de estudos duplo-cegos e controlados com placebo, de que os antidepressivos sejam benéficos para crianças ou adolescentes com transtornos depressivos<sup>14</sup>.

Quanto à eficácia e à segurança dos antidepressivos ISRS em depressão de crianças e adolescentes, a recente revisão de ensaios clínicos com essas drogas, realizada por Cheung *et al.* (2005)<sup>21</sup>, conclui pela superioridade de alguns desses fármacos sobre o placebo, sobretudo em adolescentes. Um achado interessante que apoia essa conclusão é que o sistema noradrenérgico só está completamente desenvolvido no início da idade adulta, enquanto o sistema serotoninérgico amadurece mais cedo, o que talvez explique a possível melhor resposta aos ISRSs.

Atualmente, existem poucos estudos randomizados investigando a eficácia e a segurança de agentes antidepressivos em crianças e adolescentes. Há um conjunto de evidências que sugere que os ISRSs (fluoxetina, sertralina e citalopram) são eficazes e bem tolerados no tratamento da depressão pediátrica<sup>14</sup>. Finalmente, existem várias questões muito complexas que precisam de resposta antes que se possa associar, de forma mais definitiva, a emergência de comportamentos e pensamentos suicidas ao uso de antidepressivos<sup>22</sup>.

## CONCLUSÕES

Deve-se ressaltar a importância de se distinguir sintomas depressivos de transtorno depressivo maior. Por outro lado, existe um modo de ser depressivo, ou personalidades tristes e retraídas, e também reações depressivas, como a do luto. O TDM é condição clínica grave, mas, de qualquer modo, qualquer que seja a tonalidade do humor, para aquela criança ou adolescente, terá um valor afetivo particular. Salientamos que momentos depressivos são necessários para a elaboração das perdas que ocorrem durante uma vida e participam do desenvolvimento e crescimento de um sujeito. Há de se continuar a pesquisa por manifestações psicopatológicas próprias da criança e do adolescente para não se aceitar um texto adultomórfico com “leves modificações”. A expressão do TDM na criança varia conforme sua idade e a etapa do desenvolvimento em que a criança se encontra quando adoece. À medida que a criança vai crescendo, os sintomas depressivos poderão se expressar com mais frequência e se assemelharem ao TDM do adulto.

## REFERÊNCIAS

1. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J. Childhood and adolescent depression a review of the past 11 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 36(12):328-39.
2. Zavaschi MLS, Satler F, Poester D, Vargas FC, Piazenski, Rohde LAP, et al. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(4):169-95.
3. \_\_\_\_\_. Graeff ME, Menegassi MT, Mardini V, Pires DWS, Carvalho RH de, et al. Transtornos do humor no adulto e trauma psicológico na infância. *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28(3):184-90.
4. Mc Clellan J, Werry J. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 36(1):138-57.
5. Weller EB, Weller RA. Transtornos depressivos em crianças e adolescentes. In: Garfinkel BD, Carlson GA, Weller EB, editores. *Transtornos psiquiátricos na infância e adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas 1992. p.15-29
6. Ajuriaguerra J de. Problemas particulares causados por estados de depressão e exaltação na criança. In: Ajuriaguerra J de. *Tratado de Psiquiatria Infantil*. Rio de Janeiro: Masson 1983. p. 652-64.
7. Segal H. A Posição depressiva. In: Segal H *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago 1975. p. 80-94.
8. Winnicott DW. Posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In: Winnicott DW. *Da Pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves 1978. p. 437-58.
9. Spitz RA. Doenças de carência afetiva do bebê. In: Spitz RA. *O Primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes 1983. p. 233-55.
10. Nissen, G. Dépressions de l'enfance et de l'adolescence. *Triangle*1983; 23: 43-50.
11. Toolan JM Depression in children and adolescent. *Amer J Orthopsychiatr* 1962; 32: 404-15.
12. Belizário Filho JF. Prevalência de sintomatologia depressiva em pacientes recém admitidos em enfermaria geral pediátrica[dissertação]. Minas Gerais:Universidade Federal de Minas Gerais; 1998.
13. Fleming JE, Offord DR. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29(4): 57-80.
14. Curatolo E, Brasil H. Depressão na infância: peculiaridades no diagnóstico e tratamento farmacológico. *J Bras Psiquiatr* 2005; 54(3):170-6.
15. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorder in southeast Brazil. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 43(6):727-34.
16. Organização Mundial de Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
17. American Psychiatric Association. *DSM-IV. Diagnostic and Manual of Mental Disorders 4th ed* Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
18. Bordin IA, Paula CS, Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In: Mello MC, Mello ABF, Kohn R (ed) *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre:Artmed: 2007; 101-17.
19. Caffo E, Foresi B, Lievers LS. The impact psychological sequelae and management of trauma affecting children and adolescents. *Curr Opin Psychiatry* 2005; 18(4):422-8.
20. Brasil H H, Belizário Filho JF. Psicofarmacologia *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22(2):42-7.
21. Cheung AH, Emslie GJ, Mayes TL. Review of

the efficacy and safety of antidepressants in youth depression. *J Child Psychol Psychiatry* 2005; 40(7):735-54.

22. Papanikolaou K, Richardson C, Papanikolaou-Daifoti Z. Efficacy of antidepressants in child and adolescent depression: a meta-analytic study. *J Neural Transm* 2006; 113(33):399-415.

## **ABSTRACT**

*This article discusses depression in childhood and adolescence in a clinical perspective, and warns of over-diagnosis and psychiatric medication use in young peo-*

*ple, who are in growth and development. Emphasizes also the need for referral to a specialist because of the nuances of the symptoms as well as the variability and mutability of psychopathological phenomena in this phase. Major depressive disorder in the age group studied is a severe clinical condition and causes damage in the relationship between young people and school, family and society.*

**KEYWORDS:** Depression; Childhood; Adolescence; Diagnosis.

# TITULAÇÃO DOS AUTORES

---

## LUIZ AUGUSTO BRITES VILLANO

Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas/ UERJ; Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Doutor em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo.

## ABDON L.G. NANHAY

Professor Docente da Secretaria Estadual de Educação do Rio de Janeiro; Médico pela Faculdade de Ciências Médicas/ UERJ.

## AMAURY JOSÉ DA CRUZ JUNIOR

Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Perícias Médicas; Médico da Equipe do Proexa/ UERJ; Médico Perito Judicial; Médico do Trabalho.

## ANDRÉ LUIZ CARVALHO NETTO

Médico psiquiatra, com Residência na especialidade no HUPE/ UERJ.

## EMYLUCY M P PARADELA

Professora visitante do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ; Mestre e Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Especialista em Geriatria pela Associação Médica Brasileira.

## GABRIELA SERFATY

Médica Residente de Psiquiatria do HUPE/ UERJ.

## LILIAN OLIVEIRA E CRUZ DE ARAGÃO

Psicóloga do HUPE/ UERJ.

## MARCOS C.F. BAPTISTA

Médico psiquiatra e psicanalista. Professor colaborador e Coordenador do Setor de Psicoterapia e Psicanálise da UDA de Psiquiatria/ FCM/ UERJ.

## OSVALDO LUIZ SAIDE

Livre-Docente e Professor Adjunto de Psiquiatria; Coordenador do PROEXA – Programa de Extensão em Alcoolologia (UERJ).

## SHEILA ABRAMOVITCH

Professora adjunta de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ.

## SILVANA A.T. FERREIRA

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Professora da disciplina de Psiquiatria do Departamento de Especialidades Médicas da Faculdade de Medicina da UERJ.

## THAÍS SIMÕES

Médica psiquiatra, com Curso de Especialização na especialidade na FCM/ UERJ.