

DEPRESSÃO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

2018

Vera Alexandra Barbosa Ramos
Psicóloga Clínica e da Saúde
Membro Efetivo da OPP
Formadora Certificada

E-mail de contato:
verinhabramos@hotmail.com

RESUMO

O presente artigo aborda a sintomatologia da depressão nas crianças e adolescentes, os fatores de risco, modelos teóricos explicativos e os tipos de tratamento. Esta perturbação está muitas vezes associada apenas à população adulta e torna-se necessário ter conhecimento dos sintomas da depressão na população mais jovem que, muitas vezes, é mascarada por outras patologias. Enquanto na idade adulta, as pessoas depressivas manifestam mais sintomatologia a nível emocional, a depressão infantil pode ser manifestada através dos comportamentos, como comportamento irritável e agressividade uma vez que, para as crianças se torna difícil exprimir os seus sentimentos e emoções. Assim, ter conhecimento dos fatores de risco e de toda a sintomatologia associada a esta perturbação nas crianças e adolescentes, permitirá um maior estado de alerta na sociedade para que se faça o devido encaminhamento para uma avaliação e possível diagnóstico, pois uma intervenção precoce surte mais resultados que uma intervenção tardia.

Palavras-chave: Depressão infantil, fatores de risco, sintomatologia, tratamento.

Copyright © 2018.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, a perturbação depressiva em crianças e adolescentes foi “desvalorizada”, no entanto, devido à frequência com que a depressão vem surgindo nesta população, novos estudos têm sido realizados com o objetivo de compreender melhor e tratar esta grave patologia.

Na idade média, a criança era vista como um pequeno adulto, sem propriedades que a distinguissem, e desconsiderada como alguém merecedor de cuidados especiais. Não se tinha consciência das particularidades intelectuais, comportamentais e emocionais que posteriormente foram consideradas inerentes e naturais às crianças (Costa, 2010).

Os primeiros relatos de que a depressão poderia também manifestar-se em crianças e adolescentes surgiram em meados do século XVIII (Cunha, Buzaid, Watanabe & Romano, 2005). Estudos sugerem um alto nível de incidência de sintomas depressivos na população escolar, que variam desde 13% em crianças e até 20% em adolescentes. Estes números constataam que a depressão infantil é um problema de saúde mental significativo.

No Reino Unido, um guia do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), indicou que são mais de 80 mil crianças da região diagnosticadas anualmente, 8 mil delas com idades inferiores a 10 anos.

Num estudo realizado em Portugal por Passos e Machado (2002), sobre o estado depressivo em crianças, verificou-se que 128 crianças de uma amostra total de 995 padeciam de sintomatologia depressiva. Esta amostra clínica corresponde a uma prevalência de vivência depressiva de 13%, sendo homogénea quanto ao sexo. Relativamente à idade, apurou-se uma percentagem significativa de sintomatologia depressiva de 69,5% em idades compreendidas entre os 11 e os 12 anos.

Duggal, Carlson, Srouf e Egeland (2001), defendem que com o decorrer da adolescência, ocorre um aumento substancial, tanto do número de sintomas de depressão, como do início das perturbações depressivas, existindo uma maior prevalência no género feminino.

De acordo com a OMS (2017), a depressão não ocorre apenas na idade adulta mas também em crianças e adolescentes com idade inferior a 15 anos, mas num nível mais baixo do que nos grupos etários mais velhos e com formas de apresentação indiretas (alterações do comportamento, do sono ou do apetite, dificuldade de concentração).

Em 2017, a Organização Mundial de Saúde (OMS) comemorou o Dia Mundial da Saúde (7 de abril) com o tema: “*Depressão: Vamos falar!*” (*Depression: Let’s talk*). Esta data é celebrada desde 1950 e coincide com o aniversário da fundação da OMS, em 1948.

CONTEXTO HISTÓRICO

Até meados do século XVIII, a sintomatologia era caracterizada por “histeria feminina” (Rousseau, 2000). Posteriormente, associou-se toda a sintomatologia à “loucura masculina”, no percurso das escolas europeias, pois, até então, a loucura nos homens era relacionada à força, nobreza e energia, e as características históricas das mulheres relacionavam-se à fraqueza, moleza, inferioridade e passividade (Rousseau, 2000).

Apesar de a depressão surgir classificada na literatura egípcia, cerca de 2600 anos a.C., numa das mais antigas divisões das doenças mentais (Maia, 2001), a primeira teoria da depressão foi registada por Hipócrates, quando propôs a melancolia como resultado de um desequilíbrio entre os quatro humores básicos (Deitz, 1989). Segundo o mesmo autor, a depressão era uma perturbação do corpo e, por este motivo, a terapia surgiu para restabelecer o balanço dos humores. Esta visão orgânica deu origem a que, mais tarde, por volta do século XVII, período em que se formou a escola francesa de psiquiatria por ordem de Luís XIV, surgisse uma classificação proposta por Pinel, em 1767, formada por quatro perturbações de um grupo de doenças físicas designadas por “neuroses”, apontadas como doenças funcionais do sistema nervoso - mania, melancolia, demência e idiotia (Maia, 2001).

Nos finais do século XIX, surgiu a escola de psiquiatria de orientação mais clínica, que rapidamente ganhou um lugar importante com a criação de algumas nosologias, juntamente com os trabalhos de Kraepelin entre 1880 e 1914, os quais ainda estão, na sua natureza, na base das classificações atuais (Maia, 2001).

Depois da segunda guerra mundial e com as constantes controvérsias entre as várias escolas europeias e americanas e os problemas de aceitação da 6ª revisão da classificação internacional de doenças (CID), os autores americanos decidiram desenvolver uma classificação alternativa, nomeadamente o *Diagnostic Statistical Manual* (DSM), publicada em 1952 (Maia, 2001). Através do desenvolvimento de diagnósticos mais precisos e com uma melhoria nos métodos de avaliação estandardizados dos sintomas, no final dos anos setenta e durante a década de oitenta do século XX, foi possível uma análise mais objetiva da perturbação mental, permitindo a concretização de critérios de diagnóstico, assim como a sua aplicação aos estudos populacionais (Maia, 2001).

Com o passar dos anos, as classificações e patologias da CID e do DSM foram progredindo de modo independente mas mutuamente conscientes entre elas. Em 1992, no momento da publicação da 10ª revisão da CID, a ideia da divisão da neurose/psicose foi abandonada, integrando assim a depressão no grupo das perturbações de humor de forma conveniente com o DMS-IV. Neste sentido, estas duas classificações tornaram-se mais aceites a nível mundial permitindo desenvolver instrumentos de avaliação como entrevistas clínicas estruturadas, que levaram à aproximação das observações realizadas na população geral dos critérios utilizados no campo clínico (Maia, 2001).

A depressão é uma perturbação do humor multifatorial que envolve aspetos afetivos, motivacionais, cognitivos e neurovegetativos que devem ser levados em consideração na sua avaliação e tratamento (Lemos, Baptista & Carneiro, 2011).

Esta patologia é capaz de comprometer o desenvolvimento da criança ou do adolescente e interferir com seu processo de maturidade psicológica e social.

DEPRESSÃO NA CRIANÇA vs DEPRESSÃO NO ADULTO

A sintomatologia depressiva na criança é diferente da sintomatologia do adulto uma vez que, a criança não apresenta queixa da sua tristeza, não verbaliza os seus sentimentos e emoções de forma livre, uma vez que, não consegue ter total consciência do que sente, logo, há a necessidade de observar a sua comunicação não-verbal: o olhar, a expressão facial, a postura corporal e os gestos.

O adulto deprimido consegue falar sobre seus sentimentos, deixando clara a sua dor e consegue falar sobre os seus sentimentos como alteração de humor, falta de prazer em viver, de executar as tarefas diárias, alterações de sono e de apetite. As crianças deprimidas nem sempre nos transmitem esses sinais, sendo mais comum apresentar alterações de comportamento como irritabilidade, agitação motora, impaciência, medo, ansiedade, raiva, agressividade, tristeza, sensação de culpa e de melancolia.

Muitas vezes, confunde-se a sintomatologia depressiva com a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, logo, torna-se crucial procurar um profissional especializado para realizar o despiste.

SINTOMATOLOGIA

Sintomas de depressão em idade pré-escolar:

- ❖ Dores de cabeça e abdominais
- ❖ Desinteresse em brincar e ir para a pré-escola
- ❖ Dificuldade nas aquisições de capacidades sociais
- ❖ Ansiedade
- ❖ Fobias
- ❖ Agitação psicomotora ou hiperatividade
- ❖ Irritabilidade
- ❖ Diminuição do apetite
- ❖ Alterações do sono
- ❖ Expressão triste
- ❖ Alteração do tom de voz (mais baixo)
- ❖ Isolamento
- ❖ Atraso no desenvolvimento psicomotor

Sintomas de depressão em idade escolar:

- ❖ Dores de cabeça e abdominais
- ❖ Tristeza, irritabilidade e/ou tédio
- ❖ Ausência de capacidade de diversão
- ❖ Choro fácil
- ❖ Fadiga
- ❖ Isolamento e fraco relacionamento com os pares
- ❖ Diminuição da autoestima
- ❖ Declínio ou fraco desempenho escolar
- ❖ Ansiedade de separação
- ❖ Fobias

- ❖ Desejo ou fantasias de morte/Ideação suicida
- ❖ Sentimentos de raiva e mau humor
- ❖ Anedonia: falta de interesse por coisas que anteriormente eram prazerosas e falta de interesse para iniciar coisas novas
- ❖ Ausência de energia
- ❖ Agitação psicomotora
- ❖ Alterações do sono
- ❖ Atraso no desenvolvimento psicomotor

Sintomas de depressão em adolescentes:

- ❖ Irritabilidade e instabilidade
- ❖ Humor deprimido
- ❖ Perda de energia
- ❖ Desmotivação e desinteresse
- ❖ Desenvolvimento psicomotor lento
- ❖ Sentimentos de desesperança e/ou culpa
- ❖ Alterações do sono
- ❖ Isolamento
- ❖ Dificuldade de concentração
- ❖ Desempenho escolar fraco
- ❖ Baixa autoestima
- ❖ Ideias e tentativas de suicídio
- ❖ Problemas graves de comportamento

Não é obrigatório que a criança depressiva complete todos os itens da lista acima para se fazer o diagnóstico. Deve satisfazer um número suficientemente importante de itens para despertar a necessidade de atenção especializada. Dependendo da intensidade da depressão, pode haver substancial desinteresse pelas tarefas do dia-a-dia, diminuição do rendimento escolar, diminuição da atenção e hipersensibilidade emocional. Podem ainda surgir preocupações típicas dos adultos

como, a respeito da saúde e estabilidade dos pais, medo da separação e da morte e elevados níveis de ansiedade.

DIAGNÓSTICO

A Perturbação Depressiva na Infância e Adolescência caracteriza-se por uma sintomatologia afetiva de longa duração e está associada a vários sinais e sintomas que interferem significativamente no contexto escolar, na vida social e familiar.

Conforme vimos acima, muitas vezes confunde-se hiperatividade com depressão. A criança hiperativa, não para quieta, mexe-se constantemente, principalmente o sexo masculino. No subtipo de hiperatividade que se caracteriza pela desatenção, a criança não é hiperativa fisicamente mas, não consegue focar a sua atenção, por esse fator, acaba por desistir das atividades. A criança com depressão demonstra de imediato que não se interessa por nada, demonstra expressão triste e não há brincadeira que a estimule e a faça animar.

Geralmente, crianças deprimidas manifestam vontade de ter sempre alguém de confiança perto delas.

MODELOS TEÓRICOS EXPLICATIVOS

Modelo Cognitivo

O modelo cognitivo da depressão relaciona o humor deprimido com perturbações cognitivas que enviesam a representação que a pessoa faz da realidade e de si própria e que ocorrem de forma inesperada (pensamentos automáticos negativos).

Este modelo assenta no modelo de processamento da informação do psiquiatra americano Aaron Beck (Cruvinel & Boruchovich, 2003).

De acordo com Beck (1997), a cognição é o fator que determina a depressão. Segundo o autor, o transtorno cognitivo é a base primária da patologia e os pensamentos negativos são o fator inicial da sintomatologia. Beck afirma que existem três processos cognitivos específicos para explicar a etiologia da depressão: a tríade cognitiva, os esquemas disfuncionais cognitivos e os erros cognitivos (Bahls, 1999). A tríade cognitiva do indivíduo deprimido refere-se a uma visão

extremamente negativa e deformada de si próprio, do mundo e do futuro O autor refere que há correlações negativas de si próprio na maioria dos deprimidos. Estes esquemas cognitivos depressivos são constituídos por padrões de pensamento negativo encontrados na forma como o indivíduo vê o mundo (Beck, 1997).

Na organização estrutural do indivíduo deprimido, os padrões estáveis, que servem de base para transformar os dados em cognições, encontram-se disfuncionais, criando perceções distorcidas da realidade que ativam sintomas depressivos (Goldrajch, 1996). Assim, o indivíduo pode vir a ser dominado pelos esquemas disfuncionais, ficando a organização cognitiva autónoma e independente de fatores externos (Ito, 1997).

Segundo Burns (1980, cit. in Bahls, 1999), os principais erros cognitivos são: absolutismo, ou pensamento dicotómico, supergeneralização, abstração seletiva, desqualificação, magnificação e minimização, sensação de obrigação, raciocínio emocional, rotulações, personalização e má interpretação de si próprio. No modelo cognitivo da depressão, os erros cognitivos são distorções que acontecem no processamento das informações, no sentido de adaptar a realidade aos esquemas negativos. São erros sistemáticos que reforçam a crença do indivíduo nos seus conceitos depressivos. Esses pensamentos ocorrem automaticamente, parecendo claros e naturais ao sujeito depressivo (Beck, 1997).

A autoestima assume um papel pertinente na vulnerabilidade cognitiva em acontecimentos de vida negativos. Posteriormente, criou-se o processo cognitivo na depressão, a par da tríade cognitiva, dos erros lógicos e dos esquemas cognitivos (Mahoney, 1991). De acordo com Mahoney (1991), estas dimensões são características de personalidade e estabelecem dois polos contínuos. Num dos extremos temos a sociotropia que é representada por indivíduos que atribuem um valor elevado às relações interpessoais, julgando-se a si próprio em função do afeto e através da aceitação manifestada pelos outros. Aqui existe o predomínio da necessidade de aceitação, de suporte social, de intimidade, compreensão, prestígio e estatuto social, sendo sensíveis a acontecimentos de vida que aumentam a satisfação destas necessidades. No outro extremo, temos a autonomia que é representada por pessoas com tendências a investir na sua independência, liberdade de ação, privacidade, direitos pessoais e autodeterminação. Estes indivíduos são sensíveis a acontecimentos de vida que se opõem à sua expressão pessoal, à sua capacidade física ou aos seus planos (Mahoney, 1991).

Modelo Comportamental

O modelo comportamental baseia-se na aprendizagem e nas interações com o ambiente. A depressão é vista como uma consequência da diminuição de comportamentos adaptados, tais como

o contacto social e o interesse pelas atividades e pelas pessoas, o que por sua vez, resultaria num aumento da frequência de comportamentos de rejeição e fuga de estímulos eversivos como a tristeza e o choro (Cruvinel & Boruchovich, 2003). De acordo com essa teoria, a obtenção de comportamentos depressivos ocorre através da aprendizagem, por meio de mecanismos do condicionamento operante de Skinner (1953, cit. por Chabrol, 1990). Skinner (1953, cit. por Chabrol, 1990), defende que a depressão deriva da interrupção de comportamentos que eram mantidos por reforços sociais positivos (processo de extinção).

De acordo com a teoria da aprendizagem, o indivíduo deprimido manifesta comportamentos que desencadeiam reforços positivos contribuindo para a exibição de respostas depressivas (Quartilho, 2003). Deste modo, o principal objetivo do modelo comportamental na depressão implica o aumento do reforço positivo que o indivíduo deprimido recebe (Caballo, 2003).

Seligman (1977, cit. por Quartilho, 2003) passou a desenvolver este modelo, considerando-o um paradigma explicativo da depressão. Segundo o autor, quando um indivíduo se vê numa situação com condições repetidas de incontrolabilidade sobre os resultados que o meio origina sobre si, aprende com as respostas que produz, pois, não existe qualquer relação com o reforço obtido ou com a falta do reforço. Assim, a representação cognitiva leva à expectativa de que o reforço e o comportamento são considerados autónomos (Vaz-Serra, 1990). O indivíduo diminui o número de respostas, a sua aprendizagem posterior é afetada e surge o sentimento de medo em produzir comportamentos. Surge então a inibição da aprendizagem, a falta de interesse, a perda de apetite e uma coerência geral com o comportamento deprimido.

Quartilho (2003) refere que este modelo é limitado, sobretudo na explicação de alguns fenómenos da depressão como a baixa autoestima, assim, foram promovidas algumas alterações que aproximaram o modelo comportamental do modelo cognitivo, fazendo-se socorrer do seu carácter complementar.

Modelo Psicanalítico

Do ponto de vista psicanalítico, a depressão é associada à perda, processo de luto, reação à perda de uma pessoa ou objeto estimado, bem como associada à melancolia de perdas de outra natureza. O modelo psicanalítico das perturbações mentais surgiu com Freud, criador da psicanálise. Freud (1917, cit. in Cruvinel & Boruchovitch, 2003), no estudo sobre a diferença entre o sofrimento e a depressão, revelou que no sofrimento, o mundo torna-se vazio e pobre, não há uma quebra da autoestima e a perda é consciente. Na melancolia, o processo é inverso, há uma redução na autoestima, a perda é inconsciente e é o próprio ego do indivíduo que se esvazia e empobrece.

Segundo Freud, o modelo psicanalítico também caracteriza o percurso evolutivo do ser humano de acordo com um conjunto de fases do desenvolvimento psicosssexual, tais como: fase oral, fase anal, fase fálica, fase de latência e fase genital. Com base nesta teoria, os indivíduos depressivos experienciam um processo de fixação numa fase precoce do seu desenvolvimento libidinoso, mais concretamente na fase oral secundária, que corresponde a uma fase de agressividade em que surgem comportamentos de destruição como morder (Freud, 1917, cit. in Cruvinel & Boruchovitch, 2003).

Neste modelo, o psíquico seria composto por três instâncias fundamentais: o id, o ego e o super-ego. Na depressão, o ego, através dos mecanismos de defesa incorpora, introjeta ou absorve o objeto desejado, real ou imaginariamente perdido, enquanto que, no indivíduo normal, o ego se separa do objeto introjetado através de recordações (Bleichmar, 1983, cit. in Teixeira, 2005). A repressão dos instintos agressivos, imposta pelo ambiente social externo e pela coação interna do super-ego, em certos casos, cria uma transformação de sintomas (Doron & Parot, 2001). Este sofrimento depressivo é o efeito de uma agressividade autodirigida, numa tentativa de destruir o objeto introjetado (Beck, 1999).

A evolução da psicanálise deu origem às teorias dinâmicas, que foram caracterizando o quadro depressivo através de várias perspetivas (Doron & Parot, 2001). De acordo com Doron e Parot (2001), este quadro clínico é caracterizado por uma fase inicial de agitação, exigência e choro que vai sendo substituída por uma progressiva indiferença pelo ambiente, apatia, lentificação psicomotora, recusa de contacto, insónia, atraso do desenvolvimento e perda de peso. Os mesmos autores referem ainda que podem acontecer regressões em aprendizagens motoras ou cognitivas e ocorrer um aumento de vulnerabilidade às infeções.

Depois do aparecimento da teoria psicanalítica de Freud, os modelos explicativos da depressão prosseguiram com o conceito de perda, estando associado a experiências de rejeição social com uma conseqüente perda de autoestima (Doron & Parot, 2001).

Modelo Bioquímico

O modelo bioquímico da depressão é o mais defendido na comunidade científica e encontra-se ligado à psiquiatria biológica que defende que a depressão surge devido à diminuição do “sódio” no sistema nervoso central. Esta hipótese surgiu através da observação clínica de indivíduos deprimidos e da experimentação em laboratórios com animais (Bahls, 1999).

Este modelo estuda a depressão enquanto doença e dá importância à função dos fatores neuroquímicos e endócrinos no aparecimento de sintomas depressivos. De acordo com a teoria

neuroquímica, a depressão está relacionada com as alterações do metabolismo da serotonina, da noradrenalina e da dopamina. A serotonina e a noradrenalina têm tido grande atenção por parte da investigação bioquímica, tendo um papel importante na explicação do quadro clínico, ou seja, depressões com défice de serotonina e outras em noradrenalina (Syvälahti, 1994).

Relativamente ao modelo endócrino, a depressão pode estar acompanhada por uma disfunção do sistema regulador endócrino, como o hipotireoidismo, que deriva de um funcionamento defeituoso da tiróide ou da extração desta glândula devido à cirurgia. Outras mudanças neuroendócrinas que foram identificadas na depressão major são: o aumento ocasional da secreção de prolactina, a diminuição da secreção da hormona estimulante da tiroide (TSH) através da hipófise e a supressão da secreção de somatotrofina (Syvälahti, 1994).

Como forma de justificar a possível relação entre a depressão e os distúrbios endócrinos, observou-se que alguns dos sintomas e sinais dos distúrbios depressivos como alterações do apetite, sono, sede, e atividade autónoma, também se encontram nos quadros clínicos derivados a uma disfunção hipotalâmica (Syvälahti, 1994).

De acordo com este modelo, a depressão apresenta uma relação com as variáveis genéricas, ambientais e com a ação de ambas. Neste sentido, a depressão pode brotar da alteração das condições eletroquímicas basais do sistema nervoso central, responsáveis pelo equilíbrio do ser humano (Guz, 1990).

Guz (1990) salienta que uma das mais remotas hipóteses bioquímicas da depressão está relacionada com a clássica medicina Grega, segundo a qual o transtorno funcional do fígado seria a causa dessa patologia onde o aumento da bÍlis negra e as suas toxinas provocaria a melancolia.

Atualmente existe uma grande diversidade nos estudos a nível das alterações bioquímicas envolvidas na depressão em que uns a associam à baixa concentração de certos neurotransmissores, e outros salientam que a vulnerabilidade individual na depressão surge com desvios na motricidade pré e pós-sináptica dos neurotransmissores e na sua função (Guz, 1990).

FATORES DE RISCO

Fatores Sociais

O aparecimento de perturbações depressivas na infância parece estar associado a um conjunto de fatores sociais, tais como o ambiente familiar, o papel dos pais e o ambiente escolar e

sociodemográfico. A família é o núcleo primário do desenvolvimento da criança (Melchert & Sayger, 1998), logo, a presença de dificuldades na dinâmica familiar deve ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos. Por outro lado, o contexto familiar, onde existem relações saudáveis entre os membros e apoio afetivo, pode contribuir para o amadurecimento, crescimento e desenvolvimento saudável na criança (Cruvinel & Boruchovitch, 2009).

De acordo com Nemeroff, Bremner, Foa, Mayberg, North e Stein (2006), o facto de existirem crianças que experienciam trocas de papéis (crianças obrigadas a serem adultos), pode contribuir para o aparecimento desta patologia. No entanto, a falta de clareza, de regras disciplinares ou supervisão são outros dos factores que, em interação nos contextos onde a criança se desenvolve, são geralmente preditores da doença (Sroufe, Duggal, Weinfield & Carlson, 2000). Condutas parentais inadequadas ou a presença da psicopatologia num dos progenitores, pode desencadear o aparecimento de problemas depressivos na criança.

Importa salientar que uma mudança na rotina da criança ou adolescente, como por exemplo mudar de escola ou de casa, pode provocar medos e angústias, apesar de estes serem, para muitos pais, acontecimentos normais.

Lara, Klein e Karen (2000), defendem que o bem-estar do filho e um ambiente de confiança na criança contribui para ultrapassar dificuldades. O papel da vinculação é essencial no sentido em que uma vinculação segura na criança, irá incutir de forma saudável o seu mundo externo e interno. Assim, o envolvimento educacional que os pais têm em relação aos filhos, têm um impacto em termos do seu sucesso escolar e humor depressivo (Schoon, 2006), isto é, as crianças cujos pais mostram pouco ou nenhum interesse pela sua educação, atingem uma média mais baixa no seu rendimento escolar do que as crianças com pais que mostram interesse. Deste modo, os pais têm, por isso, um papel na modelação dos comportamentos escolares que condicionam o sucesso escolar (Schoon, 2006) e, por sua vez, quanto pior o desempenho escolar dos filhos, maior o número de sintomas depressivos apresentados (Fonseca, 2002).

Na perspetiva de Fonseca (2002), o *bullying* e a rejeição pelo grupo de pares podem também desencadear um distúrbio depressivo na criança, podendo manifestar-se no seu comportamento. Segundo o mesmo autor, uma das características da criança depressiva é a apresentação de uma baixa autoestima.

Fatores Psicológicos

Alguns fatores psicológicos podem estar associados à patologia, como a presença de ansiedade no dia-a-dia, o défice de competências sociais e a presença de autocontrolo. Deste modo, a ansiedade é considerada um sintoma do quadro depressivo que se manifesta mais nas crianças em idade escolar do que na adolescência. A ansiedade é o medo que alguma coisa de terrível aconteça a qualquer momento, é um sentimento crónico de insegurança (Clerget, 2001). Deste modo, Nemeroff et al. (2006) consideram que os agentes ansiogénicos, quer positivos, quer negativos, podem desencadear problemas depressivos. O mesmo acontece nas crianças. Estas, mais do que os adultos, sofrem constantemente de ansiedade provocada por tudo o que as rodeia, como na escola, as notas, as relações com os pais e restantes membros familiares, as relações de amizade, entre outros. De acordo com o mesmo autor, a ansiedade desencadeia, tanto a depressão, como contribui para o aumento da própria ansiedade. Isto acontece porque, quando a criança se apercebe que algo não está bem à sua volta, seja em casa ou na escola, entra em desespero, podendo despoletar crises de ansiedade e subsequentes sintomas depressivos. Assim, e ainda segundo Nemeroff et al. (2006), na presença de um agente ansioso, a criança pode desencadear sintomas depressivos pelo facto de não saber lidar com este conflito.

Normalmente, as crianças deprimidas não possuem competências suficientes para retirar reforços positivos do ambiente, sendo assim menos populares socialmente. No entanto, importa referir que não é evidente a relação entre a incapacidade social e a depressão (Clerget, 2001).

Os progenitores devem prestar atenção a qualquer alteração repentina do comportamento e do humor na criança, considerando alterações que se prolonguem por um período superior a duas semanas sem uma causa específica, procurando ajuda especializada, se necessário (Oliveira, 2002). O estilo de tomada de decisão dos progenitores, quando não é adequado, tende a aumentar a vulnerabilidade à patologia depressiva (Lara, Klein & Karen, 2000), principalmente quando os pais têm comportamentos sistemáticos que caracterizam um padrão de interação negativo com os filhos (Oliveira, 2002). A criança depressiva tem maior dificuldade no cumprimento de tarefas de curta ou de longa duração. Além disso, estas crianças apresentam um défice no autoesforço (Clerget, 2001).

Fatores Biológicos

A hereditariedade revela-se como um dos fatores biológicos mais relevantes no estudo da depressão infantil. Filhos de pais afetivamente debilitados, doentes ou com parentes adultos com

perturbações afetivas, revelam muitas vezes a mesma sintomatologia que os seus familiares (Sroufe et al., 2000). Deste modo, crianças cujos pais, ou apenas um dos progenitores, apresentem uma perturbação depressiva, têm maior probabilidade de desenvolverem a mesma patologia. O mesmo autor relata que as crianças que têm os dois progenitores com doença depressiva, têm quatro vezes mais a probabilidade de ter uma perturbação depressiva do que crianças com pais sem esta patologia.

A depressão infantil em crianças é 1,5 a 3 vezes mais comum quando um dos progenitores possuem esta patologia, em relação à população em geral (APA, 2002).

Em relação às alterações hormonais, as crianças com sintomatologia depressiva possuem uma diminuição de hormonas de crescimento durante o sono (Clerget, 2001). Neste sentido, e de acordo com mesmo autor, através da realização do teste de estímulo de insulina, que avalia a libertação da hormona de crescimento, tornou-se evidente que as crianças que se encontram num estado depressivo apresentam uma menor produção de hormonas de crescimento. Esta insuficiência, por norma, desaparece após tratamentos farmacológicos. Salienta-se também que é rara a depressão que não esteja acompanhada de problemas de sono em qualquer idade (Clerget, 2001).

Fatores Sociodemográficos

De entre os factores sociodemográficos mais relevantes, destacamos a idade, o género e a baixa escolaridade e estatuto socioeconómico dos pais (Schoon, 2006). Estes são caracterizados como indicadores socioculturais, implicando problemas nas relações afetivas da criança, nos seus valores, atitudes e crenças, interferindo no seu desenvolvimento e na rede de suporte social (Harrington, Rutter & Fombonne, 1996; Anselmi, Piccinini, Barros & Lopes, 2004).

Ao longo do desenvolvimento da criança, a separação ou abandono de um ou ambos os pais, o aparecimento de doenças num dos progenitores, a mudança de moradia, a presença de problemas maternos de saúde mental, o nascimento de irmãos e o mau relacionamento familiar ou experiência de violência, são fatores associados que têm uma correlação direta com o aparecimento da condição depressiva (Goodyer, 2001). Esse tipo de experiências de vida associada ou concomitante podem representar como sendo acontecimentos de vida stressantes, que, ao relacionarmos com desafios conduzidos pela adolescência e outras vulnerabilidades, conduzem para a manifestação de sintomas depressivos. Neste sentido, este tipo de experiências mostram que as características individuais da criança são independentemente associadas à doença. Entre estas diversas características individuais, podemos dar especial relevo à timidez, à pobre sociabilidade, à baixa competência social, dificuldade de resolução de problemas e distorções cognitivas (negativas) na visão do

mundo, de si e do futuro (Goodyer, 2001; Lewinsohn, Gotlib & Seeley, 1997; Downey & Walker, 1992), afetando assim as suas relações e fazendo a criança acreditar nas suas crenças distorcidas.

Quanto ao nível socioeconómico, este está possivelmente mais associado a estilos demográficos na família de origem e à existência de envolvimento afetivo parental, e negativamente associado a um estilo autocrático e abuso físico parental. Desta forma, as crianças inseridas num meio socioeconómico mais baixo têm maior probabilidade de sofrer de depressão (Springer, Sheridan, Kuo & Carnes, 2003). A falta de recursos económicos pode levar ao *stress* no ambiente familiar que afeta simultaneamente as crianças, como a falta de comida, roupa, higiene e educação (Bifulco & Moran, 1998).

TRATAMENTO

As consequências da depressão infantil relacionam-se ao nível do desenvolvimento cognitivo e emocional, pelo que se deve iniciar um tratamento precoce, evitando, dessa forma, maiores prejuízos. Através da intervenção profissional consegue-se a diminuição do sofrimento infantil, aumentando a capacidade adaptativa e proporcionando o ajuste socioemocional das crianças e adolescentes.

Existe uma variedade de psicoterapias disponíveis como as terapias psicanalíticas, terapia interpessoal, terapia cognitivo-comportamental, intervenção familiar/terapia familiar e treino de competências sociais. Diversos estudos com amostras clínicas têm demonstrado que a terapia cognitivo-comportamental é superior a outras formas de tratamento, tais como o treino de relaxamento, a terapia familiar e a terapia de suporte, sendo que a sua eficácia se mantém a médio e a longo prazo.

Hay et al. (2016) acreditam que a terapia cognitiva comportamental é a mais efetiva para melhorar os sintomas depressivos em crianças e adolescentes. Os autores salientam ainda que é imprescindível que no tratamento, englobe tratar o episódio depressivo e ajudar a família a responder de maneira eficaz as necessidades emocionais do paciente.

Na maioria dos adolescentes, uma terapia combinada (psicoterapia e farmacologia) é a solução mais eficaz do que qualquer uma das opções de forma isolada.

O objetivo da psicoterapia passa por identificar e modificar os possíveis esquemas de pensamentos negativos e distorcidos da criança (assim como na família), a sua baixa autoestima e a tendência a interpretar os acontecimentos de forma pessimista. Assim, a criança é incentivada a expressar mais os seus sentimentos e emoções, dúvidas e medos.

Os pais ou cuidadores das crianças ou adolescentes são incentivados a conhecer bem o problema e a identificar os comportamentos e pensamentos negativos por parte das crianças/adolescentes. O envolvimento da família no processo terapêutico é fundamental para o sucesso do tratamento e para a prevenção de possíveis recaídas.

O tratamento farmacológico através de antidepressivos ajuda a corrigir desequilíbrios químicos no cérebro. Os inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS), como fluoxetina, sertralina e paroxetina são os medicamentos mais frequentemente receitados para crianças e adolescentes com depressão. Os antidepressivos tricíclicos, como a imipramina, são muito menos eficazes nas crianças do que nos adultos e têm mais efeitos colaterais, por isso, raras vezes são administrados a crianças.

Ultimamente, tem havido preocupações no sentido em que os antidepressivos podem causar um ligeiro aumento no risco de pensamento e comportamento suicida em crianças e adolescentes, o que tem levado a uma redução geral do uso de antidepressivos nessa população. Contudo, essa redução no uso de antidepressivos foi associada a uma elevação da taxa de mortes por suicídio. A maioria dos médicos acredita que os benefícios dos antidepressivos superam os riscos mas, alertam para o facto de os familiares ficarem atentos a sintomas de agravamento ou pensamentos suicidas.

Os riscos de suicídio podem ser minimizados se houver troca constante de informações entre os pais e os profissionais de saúde mental, se a supervisão da criança ou adolescente for a mais adequada e se as sessões de psicoterapia forem regulares.

CONCLUSÃO

Com o surgimento da depressão na infância, o risco de se desenvolver quadros depressivos na idade adulta aumenta, pelo que se torna cada vez mais importante identificar comportamentos que possam indicar a presença de uma depressão, para que se consiga intervir de uma forma eficaz o mais precocemente possível, proporcionando um desenvolvimento saudável.

A depressão é uma doença grave e se não tiver um tratamento adequado, irá comprometer a qualidade de vida. A depressão nos adultos é mais fácil de ser diagnosticada pois eles verbalizam mais facilmente os seus sentimentos do que as crianças. É fundamental disponibilizar uma intervenção que envolva várias componentes e analisar a possibilidade de existirem outras perturbações que possam estar a contribuir para a manutenção da depressão.

Em caso de suspeitar que a criança ou o adolescente estão deprimidos observe as mudanças de comportamento. Essas mudanças no comportamento podem ser decorrentes do desenvolvimento da depressão. Mudanças no comportamento de crianças anteriormente bem

adaptadas socialmente que passam a apresentar condutas destrutivas, agressivas, com a violação de regras sociais, oposição à autoridade, poderão ser sinais de alerta.

A sociedade deve estar mais informada sobre esta temática uma vez que, parece associar-se a depressão apenas aos adultos e, na verdade, a depressão pode atingir da mesma forma crianças e adolescentes. Podemos dizer que, se estivermos mais informados e atentos à nossa volta, poderemos estar a salvar vidas, fazendo o devido encaminhando, evitando situações mais graves como é o exemplo da ideação ou tentativa de suicídio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anselmi, L., Piccinini C., Barros F., & Lopes R. (2004). Psychosocial determinants of behaviors problems in Brazilian preschool children. *Jornal Children Psychology*, 45, 779-88.

APA (2002). *DSM-IV-TR* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Bahls, S. (1999). Depressão uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *Interação*, 3, 49-60.

Beck, A. (1999). *Prisioneiros de ódio: A base cognitiva de raiva, hostilidade e violência de Nova York*. Nova York: HarperCollins.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Tradução: Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bifulco, A., & Moran, P. (1998). *Wednesday's Child*. London: Routledge.

Caballo, V. (2003). *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos: transtornos de ansiedade, sexual, afectivos e psicóticos*. São Paulo: Santos.

Chabrol, H. (1990). *A depressão do adolescente*. Campinas: Papyrus.

Clerget, S. (2001). *Não estejas triste meu filho. Compreender e tratar a depressão durante os primeiros anos de vida*. Porto: Ambar.

Costa, T. (2010). *Psicanálise com crianças: passo a passo*. (3º ed.). Rio de Janeiro: Zahar.

Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2003). Depressão Infantil: Uma contribuição para a prática educacional. *Psicologia Escolar e Educacional*, 7 (1), 77-84.

Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2009). Sintomas de Depressão Infantil e Ambiente Familiar. *Psicologia em Pesquisa*, 3 (1), 87-100.

Cunha, B., Buzaid, A., Watanabe, C., & Romano, B. (2005). Depressão na infância e adolescência: Revisão bibliográfica. *RSCESP*, 3(A), 1-8.

Deitz, J. (1989). The Evolution of the Self-Psychological Approach to Depression. *American Journal of Psychotherapy*, XLIII (4), 494-505.

Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.

Downey, G., & Walker, E. (1992). Distinguishing family-level and child-level influences on the development of depression and aggression in children at risk. *Psychopathology*, 4, 81-95.

Duggal, S., Carlson, E., Sroufe, A., & Egeland, B. (2001). Depressive symptomatology in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 13, 143-164.

Fonseca, A. (2002). O estudo da depressão em crianças: A escala de auto-avaliação da depressão de Birmleson. *Psychologica*, 29, 113- 122.

Goldrajch, D. (1996). Uma estratégia cognitivo-comportamental para o manejo da depressão. *Jornal Psiquiatria*, 45 (12), 709-712.

Goodyer, I. (2001). *The depressed child and adolescent*. Cambridge: Cambridge University Press.

Guz, I. (1990). *O que é, como se diagnostica e trata*. São Paulo: Roca.

Harrington, R., Rutter, M., & Fombonne, E. (1996). Developmental pathways in depression: multiple meanings, antecedents, and endpoints. *Dev Psychopathol*, 8, 601-16.

Hay, William et al. (2016). *Current pediatria: diagnóstico e tratamento* (22^a ed.). Porto Alegre: AMGH.

Ito, L. (1997). Terapia cognitiva-comportamental para a depressão em Fortaleza, O. & Almeida, O. (orgs.), *Depressão e demência no idoso*. São Paulo: Lemos Editorial.

Lara, M., Klein, D., & Karen, L. (2000). Psychosocial Predictors of the Short-term Course and Outcome of Major Depression: A Longitudinal Study of a Non-clinical Sample with Recent-Onset Episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (4), 644-650.

Lemos, V., Baptista, M., N., & Carneiro, A., M. (2011). Suporte familiar, crenças irracionais e sintomatologia depressiva em estudantes universitários. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 31(1), 20-29.

Lewinsohn P., Gotlib I., & Seeley J. (1997). Depression-related psychosocial variables: are they specific to depression in adolescents? *Jornal Abnormal Psychology*, 106, 365-75.

Mahoney, M. (1991). *Human Change Processes*. The Scientific Foundations of Psychotherapy. USA: Basic Books, Inc. A Division of Harper Collins Publishers.

Maia, A. (2001). Modelos de avaliação da experiência depressiva. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 22 (2), 197-204.

Melchert, T., & Sayer, T. (1998). The Development of an Instrument for Measuring Memories of Family of Origin Characteristics. *Educational and Psychological Measurement*, 58 (1), 99-118.

Nemeroff, C., Bremner, J., Foa, E., Mayberg, H., North, C., & Stein, M. (2006). Posttraumatic Stress Disorder: a state-of-the-science review. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 1-21.

Oliveira, J. (2002). *Psicologia da família*. Lisboa: Universidade Aberta.

Organização Mundial de Saúde (2017). *Depression and other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. Acedido em 20/07/2018 através de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=91AE8FEF5F91B201B0FD7562CE3964DD?sequence=1>

Passos, P., & Machado, C. (2002). Eventos depressivos na Puberdade. *Análise Psicológica*, 2 (xx), 225-232.

Quartilho, M. (2003). Terapia Cognitivo-comportamental na Depressão. In A. Vaz-Serra, *Medicina – Temas Actuais: Depressão*. Atral-Cipan.

Rousseau, G. (2000). Depression's forgotten genealogy: notes towards a history of depression. *History of Psychiatry*, 11, 71-106.

Schoon, I. (2006). *Risk and Resilience: Adaptations to changing times*. Cambridge: University Press.

Springer, K., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2003). The long-term Health outcomes of childhood abuse: an overview and a call to action. *Jornal of Internal Medicine*, 18, 864-870.

Sroufe, L., Duggal, S., Weinfield, N., & Carlson, E. (2000). *Relationships, Development, and Psychopathology*. In Arnold, J. Sameroff, Michael Lewis and Suzanne M.

Syvälähti, E. (1994). Biological Aspects of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 377, 11-15.

Teixeira, M. (2005). Melancolia e Depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. *Revista de Psicologia da UNESP*, 4 (1), 41.

Vaz-Serra, A. (1990). *A Depressão na Prática Clínica*. Cadernos da Depressão. Um Serviço à Profissão Médica. Porto.