



FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE DEPRESSÃO EM CRIANÇAS E PRÉ-ADOLESCENTES

Data da submissão: 08/09/2024

Data de publicação: 08/10/2024

Elaine Torres Mascarenhas Leite

FMO

E-mail: elaine_torres18@hotmail.com

Victor Arruda Pereira

Universidade de Pernambuco – UPE

E-mail: victor.arrudape99@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-1665-8172>

LATTES: <https://lattes.cnpq.br/1399335783050095>

Lara Matias Barbosa

E-mail: laramatiasb@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2731-5902>

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/4433442238316911>

RESUMO

A infância desempenha um papel crucial no desenvolvimento humano, moldando indivíduos na fase adulta, apesar das concepções populares. Durante essa fase, as crianças experimentam uma variedade de emoções, desejos e conflitos internos, muitas vezes enfrentando transtornos psíquicos. A depressão na infância, embora tenha sido compreendida apenas a partir da década de 1970, é um desafio de diagnóstico devido a diferenças nos sintomas, como humor irritável, que pode ser confundido com outros transtornos. A coexistência de comorbidades psíquicas dificulta ainda mais o diagnóstico da depressão infantil. A depressão na juventude tende a ser crônica e recorrente, afetando negativamente a vida adulta, uma vez que crianças deprimidas frequentemente se tornam adultos deprimidos. Dado o impacto da depressão, diagnosticá-la precocemente e tratá-la é essencial, considerando que a Organização Mundial da Saúde a classifica como uma das doenças mais incapacitantes do século 21. A saúde mental na infância e adolescência é uma área crítica, que exige diagnóstico preciso e tratamento adequado. A literatura, incluindo o DSM-5, fornece uma base sólida para identificar transtornos mentais nessa faixa etária. As perspectivas psicanalíticas e a influência dos fatores parentais são cruciais na compreensão dos transtornos mentais na infância. Avanços recentes em tratamentos destacam a necessidade de abordagens baseadas em evidências. A saúde mental global, incluindo o cuidado com crianças e adolescentes, é reconhecida como uma prioridade pela OMS. Portanto, é vital adotar abordagens multidisciplinares e baseadas em evidências para garantir o desenvolvimento saudável e resiliente na idade adulta, levando em consideração o diagnóstico preciso, o tratamento adequado e os fatores familiares e ambientais.

Palavras-chave: Depressão Infantil. Fatores de Risco. Crianças. Pré-Adolescentes.



1 INTRODUÇÃO

A infância é um período essencial no desenvolvimento humano. É nessa fase em que os eventos que acontecem definem os indivíduos na fase adulta, muito ao contrário do que muitas vezes é pregado pelo senso comum.

Durante a infância, os sujeitos sentem angústias, raiva, medo, possuem desejos, e experienciam diferentes ambições e entram até mesmo em conflitos internos, sobretudo quando experienciam as primeiras negações de seus anseios.

Nesse sentido, diante da complexidade da infância, a possibilidade de transtornos psíquicos nessa fase da vida é uma realidade. Na contemporaneidade e um melhor entendimento sobre o tema, a frequência desses transtornos tem se tornado mais prevalentes.

Quando se trata de transtornos psíquicos, sabe-se que as causas são multifatoriais e com as crianças não é diferente. A essência do desenvolvimento das crianças se encontra na sua família e o contexto no qual está inserida, também deve-se levar em consideração, nesse desenvolvimento, traumas que se instalaram, bem como a afetividade que muitas vezes foi reprimida na conjuntura de sua criação. (LOCKE, 2021)

Diante disso, a depressão é um transtorno que pode afetar as crianças. No entanto, a depressão na infância começou a ser mais bem elucidada e compreendida apenas na década de 1970, pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos da América (NIMH), de modo que ainda hoje a medicina enfrenta algumas dificuldades nesse diagnóstico. (MAXIMIANO, 2020)

Existem algumas razões para essa dificuldade. Primeiramente, o próprio fato da infância e os transtornos psíquicos que podem abalar essa fase constituírem-se como uma novidade na medicina. Além disso, o sintoma guia da depressão nas crianças, ao contrário daquela que acomete indivíduos adultos e bem elucidado como tristeza e anedonia, ou seja, a perda na capacidade de sentir prazer nos diferentes momentos da vida e que se associam a transtornos de sono, alimentação entre outras comorbidades, é o humor irritável, que muitas vezes pode ser confundido como algo inerente à criança e até mesmo como sintoma de outro transtorno, como Transtorno Opositor Desafiador. (DALGALARRONDO, 2019; APA, 2014)

A existência de comorbidades psíquicas nas crianças é outra questão no que tange a dificuldade de diagnóstico da depressão infantil, isso se dá porque muitas vezes quando um primeiro diagnóstico é elucidado, o segundo diagnóstico, que pode ser a depressão, fica oculto, sobretudo porque, como já abordado anteriormente, o humor irritável característico da depressão na infância também é



contemplado como sintoma de outros transtornos, como o TDAH e TOD. (ANDRADE et al., 2023;BAHLS; BAHLS, 2002)

A depressão na juventude é prevalente e incapacitante e tende a cursar de maneira crônica e recorrente, o que, certamente, impacta negativamente os indivíduos na vida adulta, sendo comum o fato de que crianças depressivas em sua grande parte se tornam adultos depressivos. E nesse sentido, levando-se em consideração que pela OMS a depressão é considerada uma das doenças mais incapacitantes do século 21, se faz necessário que médicos sejam capazes de diagnosticar esses transtornos precocemente e imediatamente tratá-lo. (WEERSING et al., 2017; WHO, 2022)

2 METODOLOGIA

A pesquisa teve como objetivo investigar os fatores de risco que contribuíram para o desenvolvimento de depressão em crianças e pré-adolescentes. Esta pesquisa baseou-se principalmente em revisão bibliográfica de estudos anteriores para analisar e sintetizar as descobertas existentes sobre o tema. Foram selecionadas as seguintes bases de dados para a busca de literatura: PsycINFO, PubMed e Scopus.

Os critérios de seleção de estudos: publicados em inglês e português que abordaram fatores de risco para a depressão em crianças e pré-adolescentes. Foram excluídos estudos que não estavam relacionados ao tema, estudos duplicados e aqueles que não estavam disponíveis na íntegra.

As Busca Bibliográfica foram realizadas buscas sistemáticas nas bases de dados selecionadas, utilizando as palavras-chave: “Depressão Infantil”, “Fatores De Risco”, “Crianças”, “Pré-Adolescentes”. A revisão bibliográfica. E operadores booleanos OR e AND, a fim de identificar estudos relevantes. A busca foi realizada de forma independente pesquisado. A seleção de estudos os estudos identificados foram avaliados quanto à sua relevância com base nos critérios de inclusão. As pesquisas foram realizadas através de uma triagem inicial dos títulos e resumos, seguida de uma leitura completa dos estudos selecionados.

A síntese de dados foi feita selecionando os artigos julgados relevantes após a leitura dos manuscritos e posteriormente, sistematicamente organizados.

Os resultados da revisão bibliográfica foram discutidos à luz da literatura existente, destacando os principais fatores de risco para a depressão em crianças e pré-adolescentes. As implicações clínicas, políticas e as lacunas de conhecimento.



3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao examinar o tema dos fatores de risco associados ao desenvolvimento de depressão em crianças e pré-adolescentes, é possível identificar resultados significativos e áreas de discussão relevantes. Como mencionado por Dalgalarrodo (2019), a classificação diagnóstica desempenha um papel crucial no entendimento dos transtornos mentais em jovens, incluindo o Transtorno Depressivo Maior e a Distímia, com o DSM-5 sendo uma ferramenta amplamente utilizada para esse fim.

O tratamento da depressão nesse grupo etário é complexo e, como apontado por Cordioli *et.al.*, (2023), frequentemente envolve abordagens multidisciplinares que combinam intervenções farmacológicas, como o uso da fluoxetina, com abordagens psicoterapêuticas, como a terapia cognitivo-comportamental. É importante considerar cuidadosamente os benefícios e os riscos dos tratamentos farmacológicos em crianças e pré-adolescentes.

Fatores de risco e proteção também desempenham um papel crucial no desenvolvimento da depressão nessa faixa etária, como destacado por Yap *et.al.*, (2013). A influência dos fatores familiares e parentais é especialmente relevante, e compreender esses fatores é fundamental para a prevenção e o tratamento eficaz da depressão em jovens.

Identificar as características clínicas específicas da depressão em crianças e pré-adolescentes é essencial para a identificação precoce e a intervenção eficaz, conforme sugerido por Bahls e Bahls (2002). O desenvolvimento de estratégias de triagem nas escolas e nas comunidades pode ser uma abordagem importante nesse contexto.

Além disso, como discutido por Bittencourt *et.al.*, (2020), a psicoterapia online também pode ser uma alternativa eficaz, especialmente em cenários onde o acesso a tratamentos presenciais pode ser limitado. Isso pode ser relevante considerando as necessidades das crianças e pré-adolescentes.

A abordagem diagnóstica, as opções de tratamento, os fatores de risco e proteção, e as intervenções precoces são tópicos cruciais a serem considerados ao abordar essa questão complexa. Dentre os transtornos mentais que existem na infância, a depressão é um deles. De acordo com o DSM-V, os transtornos depressivos na infância podem ser divididos em: Transtorno Disruptivo da Regulação do Humor, Transtorno Depressivo Maior e Transtorno Depressivo Persistente (Distímia).

O Transtorno Disruptivo da Regulação do Humor é caracterizado por crianças com irritabilidade persistente e episódios frequentes de descontrole comportamental extremos. A inclusão do transtorno disruptivo da regulação do humor como parte dos transtornos depressivos na infância se deve ao fato de que as crianças que possuem essa sintomatologia, desenvolvem transtornos depressivos unipolares na adolescência ou durante a idade adulta.



É um transtorno muito comum nas clínicas pediátricas, devido seu sintoma guia ser a irritabilidade crônica, motivo pelo qual os cuidadores procuram pelos pediatras. Manifestado por explosões de raiva recorrentes e graves, com outras manifestações associadas, como violência verbal e agressão física e desencadeadas por frustração e que se dão em uma frequência em pelo menos 3 vezes na semana e ser observada por um período de aproximadamente um ano e em locais como casa e escola.

O início do transtorno disruptivo deve se dar antes dos 10 anos e seu diagnóstico não deve ser realizado antes dos 6 anos de idade.

O transtorno depressivo maior é caracterizado pelo humor deprimido na maior parte do tempo, sobretudo para indivíduos adultos. Também há intensa redução do prazer em todas ou quase todas as atividades de vida, perda ou ganho de peso ou do apetite, alterações na arquitetura do sono, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, bem como sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, de modo que esses sintomas causam sofrimento e prejuízo aos indivíduos.

Quando se trata de crianças e adolescentes, é observado, como sintoma guia, a irritabilidade, que não é justificada pela baixa tolerância à frustração. Além disso, muitas vezes se observa que a criança perde o interesse pelos seus passatempos e atividades preferidas.

Uma preocupação acerca do transtorno depressivo maior se deve ao fato de que essa condição carrega consigo o risco da mortalidade, mais especificamente o suicídio. Diante então da gravidade desse evento, é necessária uma rede de apoio alicerçada nas instituições família e escola, que devem se manter vigilantes quanto aos pacientes com esse diagnóstico. (GROSSBERG; RICE, 2023)

Diante da correlação existente entre criança depressiva e futuro adulto depressivo, infere-se que todo o crescimento do indivíduo passa a ser prejudicado, seja pelos momentos de irritabilidade que muitas vezes incompreendidos podem ser interpretados como manifestações de um mau comportamento, que, por sua vez, pode levar ao afastamento de pessoas e o conseqüente prejuízo na criação de vínculos, mas também pelo fato de momentos genuínos da infância podem ser tolhidos pela falta de diagnóstico e tratamento adequado, quando a anedonia pode também se manifestar.

Quando falamos do Transtorno Depressivo Persistente, é pensado em um quadro de cronificação da doença. Logo, todos os sintomas da doença, bem como aqueles associados estão presentes por um período maior.

Como se trata de crianças e adolescentes, consiste no humor irritável na maior parte do dia, com duração mínima de um ano, associada a sintomas como perda ou ganho de apetite, dificuldade de



concentração, fadiga, bem como outros sintomas que muitas vezes podem passar despercebidos devido a idade, como sentimentos de desilusão e desesperança.

3.1 TRATAMENTO

Sabe-se que lidar com transtornos psíquicos envolve tratar as causas emocionais desses problemas, de modo que a psicoterapia possui altos níveis de evidência científica no tratamento desses transtornos. (NEUFELD et al., 2018; DIENER et al., 2021)

Os artigos analisados para o presente estudo mostram que na atualidade não há evidências de novas abordagens que possam atuar na prevenção e intervenção precoce na depressão infantil. No entanto, nota-se que a psicoterapia, desde o advento da pandemia de COVID-19, do ano de 2020, tem sido praticada de maneira on-line, o que no contexto da juventude, em que os indivíduos usam o computador e o celular como ferramentas de interação social, pode ser uma abordagem válida para aumentar a adesão à psicoterapia. (HAZEL, 2021; BITTENCOURT et al., 2020; COURTNEY et al., 2022)

A terapia cognitivo comportamental é a abordagem de psicoterapia mais estudada e portanto, a mais recomendada pela literatura no tratamento dos transtornos psíquicos. Diante da influência da família na formação dos seres, a abordagem familiar sobre a individual parece ter um benefício discretamente maior. (APA, 2014; HAZEL, 2021; GOODYER et al., 2017)

O tratamento farmacológico de escolha para a depressão em crianças são os inibidores seletivos da recaptação de serotonina, devido a densidade de comprovação científica para essa população, somada ao fato dos baixos índices de efeitos colaterais e tóxicos ao coração e rins, quando comparados a outras classes, como a dos antidepressivos tricíclicos. (DAVEY et al., 2019)

Entre os ISRS, a fluoxetina é o único ISRS aprovado para crianças a partir de 8 anos. As doses recomendadas de fluoxetina para crianças é de até 20 mg por dia; no entanto, recomenda-se que inicialmente seja implementada doses menores, a partir de 5 mg/dia e a partir disso, ocorra o aumento gradual.

Ainda dentro da classe dos ISRS, foram estudadas a sertralina e o citalopram, porém, as evidências científicas para essas duas drogas são ainda rasas e carecem de robustez. (CURATOLO, E.; BRASIL, H., 2005)

3.1.1 Fluoxetina

Cloridrato de fluoxetina. Daforin®, Fluox® Prozac®



É rapidamente absorvida no trato gastrointestinal, e apresenta sua concentração plasmática máxima entre 6 e 8 horas após o uso. É metabolizada no fígado, sendo a norfluoxetina seu metabólito mais ativo. A excreção é principalmente urinária.

O início da ação antidepressiva ocorre entre os primeiros 21 dias após início do tratamento e seu efeito ótimo acontece com no mínimo 28 dias de tratamento. Sua meia vida tem em torno de 2 a 3 dias e a norfluoxetina entre 7 e 9 dias.

Inibe seletivamente a recaptção pré-sináptica da serotonina, com efeitos singelos sobre outras aminas, como a dopamina e noradrenalina. Devido à sua ação serotoninérgica, pode causar diminuição do apetite e alteração do padrão de sono, comprovadamente aumentando a fase do sono e da latência para o período REM e a diminuição do tempo total do sono REM. Levando-se em consideração que o sono REM é a fase do sono em que a memória é apreendida e que a memória está diretamente correlacionada com a capacidade de aprendizagem, é essencial levar esse efeito colateral em consideração ao se realizar o tratamento farmacológico em crianças.

A fluoxetina foi aprovada pelo FDA (Food and Drug Administration) para tratamento de transtorno depressivo maior e TOC em crianças e adolescentes. No entanto, comportamentos suicidas, envolvendo pensamentos sobre morte e até mesmo tentativas de tirar a própria vida, bem como presença hostilidade foram mais comuns em crianças e adolescentes tratados com antidepressivos do que aqueles tratados com placebo, durante os estudos. A decisão de instituir o tratamento em crianças, então deve ser criteriosamente avaliada e mediante ao exposto, os pacientes devem ser monitorados quanto a esse comportamento suicida, mantendo-se vigilantes instituições como família e escola. (CORDIOLI, A.V.; GALLOIS, C. B.; PASSOS, I.C., 2019; WITT et al., 2021)

4 CONCLUSÃO

Com base no que foi abordado, evidencia-se que a saúde mental na infância e adolescência é um campo de estudo crucial. Contrariamente à crença comum, crianças e adolescentes também podem enfrentar transtornos mentais, o que destaca a necessidade de diagnóstico preciso e tratamento adequado.

A literatura fornece uma sólida base para entender a psicopatologia nessa faixa etária. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) é uma ferramenta essencial para identificar e classificar esses transtornos. Além disso, estudos destacam as peculiaridades do diagnóstico e tratamento da depressão em crianças.



Perspectivas psicanalíticas fornecem uma compreensão mais profunda dos aspectos emocionais e afetivos envolvidos nos transtornos mentais na infância. Também é crucial considerar a influência dos fatores parentais. O ambiente familiar desempenha um papel significativo na saúde mental dos jovens.

Os avanços recentes em tratamentos destacam a importância de opções terapêuticas baseadas em evidências. Vale ressaltar que a Organização Mundial da Saúde reconhece a necessidade de melhorar a saúde mental globalmente, o que inclui o cuidado com crianças e adolescentes.

Tais conclusões, enfatizam a complexidade dos transtornos mentais na juventude e a importância de abordagens multidisciplinares e baseadas em evidências para garantir um desenvolvimento saudável e resiliente na idade adulta. Isso implica diagnóstico preciso, tratamento adequado, e atenção aos fatores familiares e ambientais.



REFERÊNCIAS

- DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- American Psychiatric Association (APA). . Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.. 5 Porto Alegre: Artmed, 2014.
- CORDIOLI, A. V.; GALLOIS, C. B.; PASSOS, I. C. Psicofármacos: consulta rápida. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- CURATOLO , E.; BRASIL , H. Depressão na infância: peculiaridades no diagnóstico e tratamento farmacológico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 54, n. 3, p. 170-176, 15 set. 2005. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/publique/bipolar_heloisa_brasil.pdf.
- ANDRADE , T. K. S. *et al.* Desafios do diagnóstico e tratamento da depressão na infância: uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 6, n. 5, p. 24645-24660, 9 out. 2023. DOI DOI:10.34119/bjhrv6n5-508. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/download/63842/45886/155814>.
- MAXIMIANO , S. I. Sofrimento e depressão na infância: Uma Leitura Psicanalítica. 2020. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em psicologia) - Centro Universitário UNIFAAT, Atibaia, 2020. Disponível em: <http://186.251.225.226:8080/bitstream/handle/123456789/269/TCC%20-%20SANDRA%20INOCÊNCIA%20MAXIMIANO%20-%20Finalizado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- LOCKE, Kirsten. Lyotard e Freud: criança e infância como “afeto”. *Calibán: Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*, [s. l.], v. 19, n. 1/2, p. 220-223, 13 jul. 2021. Disponível em: <https://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/2021-fepal-caliban-v19-n1-2-25-POR.pdf>.
- HAZEL, P. Updates in treatment of depression in children and adolescents. *Current opinion in psychiatry*, v. 34, n. 6, p. 593-599, 1 nov. 2021. Disponível em: DOI: 10.1097/YCO.0000000000000749.
- GOODYER, I. M. et al. Cognitive-behavioural therapy and short-term psychoanalytic psychotherapy versus brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depression (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled trial. *Health Technology Assessment*, v. 21, n. 12, p. 1-94, mar. 2017.
- WEERSING, V. R. *et al.* Evidence Base Update of Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Depression. *American Psychological Association*, v. 46, n. 1, p. 11-46, 21 nov. 2016. Disponível em: DOI: 10.1080/15374416.2016.1220310. (WEERSING et al., 2017).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. World mental health report: transforming mental health for all. 2022. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>>.



BAHLS, SC; BAHLS, F. R. C. Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação em psicologia*, p. 49-57, 27 jun. 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v6i1.3193>. (BAHLS; BAHLS, 2002)

YAP, Marie Bee Hui *et al.* Parental factors associated with depression and anxiety in young people:: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, v. 156, p. 8-23, 18 nov. 2013. Disponível em: [10.1016/j.jad.2013.11.007](https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.007).

NEUFELD, C. B. *et al.* Terapia Cognitivo-Comportamental nos cursos de graduação em Psicologia: Um mapeamento nacional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 20, p. 86-97, 4 jul. 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42460>.

DIENER, M. J. *et al.* Treatment of depression in children and adolescents. *The Lancet Psychiatry*, v. 8, n. 2, p. 97, fev. 2021.

BITTENCOURT, Henrique Borba *et al.* Psicoterapia on-line: uma revisão de literatura. *Revista Da Sociedade De Psicologia Do Rio Grande Do Sul*, v. 9, ed. 1, 30 jun. 2020. Disponível em: <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/202/195>.

COURTNEY, D. B. *et al.* CARIBOU-1: A pilot controlled trial of an Integrated Care Pathway for the treatment of depression in adolescents. *JCPP advances*, v. 2, n. 2, p. e12083, 1 jun. 2022.

GROSSBERG, A.; RICE, T. Depression and Suicidal Behavior in Adolescents. *Medical Clinics of North America*, v. 107, n. 1, p. 169–182, 1 jan. 2023.

DAVEY, C. G. *et al.* The addition of fluoxetine to cognitive behavioural therapy for youth depression (YoDA-C): a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre clinical trial. *The Lancet Psychiatry*, v. 6, n. 9, p. 735–744, set. 2019.

WITT, K. *et al.* Trajectories of change in depression symptoms and suicidal ideation over the course of evidence-based treatment for depression: Secondary analysis of a randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy plus fluoxetine in young people. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 55, n. 5, p. 506–516, 15 mar. 2021.