

DEPRESSÃO INFANTIL: UM BREVE ESTUDO

DEPRESSION INFANT: A BRIEF STUDY

Kátia Borba da Mota Silveira¹
Sara Grinfeld²

Endereço para correspondência:
Av. Prof. Moraes Rego s/n
Cidade Universitária
Recife-PE

1- Cirurgiã-dentista
2 – Profa. Adjunto Doutora do Curso de Odontologia
da UFPE

RESUMO

O presente trabalho, através de revisão de literatura, fez uma breve abordagem sobre a depressão, tendo como foco a depressão infantil. Foram apresentados em seu conteúdo: conceitos, classificações, etiologias, sintomas e tratamentos. Pode-se então concluir que: a depressão, condição exclusivamente humana, é uma alteração no estado de humor associado a sentimentos de perda, infelicidade e frustrações. A depressão infantil existe e está intimamente ligada ao ambiente e situações vivenciadas pela criança. Pode ocorrer em crianças a partir dos 18 meses de idade. A depressão é classificada como transtornos do humor. As classificações são variadas, podendo ser: neurótica ou psicótica; endógena e reativa. Sua intensidade pode ser leve, moderada ou grave. Pode possuir duração aguda, recorrente e crônica, com qualidade retardada ou agitada. Na infância, a classificação pode ser: biogenética, relacional e psicológica. Quanto à sua etiologia, a depressão é variada, podendo ser um sentimento de culpa inconsciente, desajustes na infância, afetando a personalidade em desenvolvimento, até um estado de estresse. Possui como sintomas tristeza, pessimismo, baixa auto-estima, perda de peso, ansiedade, comportamento suicida, dentre outros. Como tratamento, a depressão pode ser controlada de forma medicamentosa e/ou acompanhamento psicológico.

UNITERMOS: Depressão. Criança

ABSTRACT

This paper, through a review of current literature, provides a brief discourse on depression in general, though it targets more specifically on childhood depression. In it one would find concepts, classifications, etiologies, symptoms and treatments of this misunderstood disease. From the dissertation one can conclude that depression, an exclusively human condition, is an alteration in humor associated with a feeling of loss, unhappiness and/or frustration. Childhood depression can occur in children 18 months or older and is intimately linked to the environment in which the child is raised and to situations lived by the child. Depression can be defined as constant shifting of one's humor. There are many classifications of depression, such as neurotic/psychotic, endogenous, or reactive. Its level of intensity can be light, moderate or strong. Its duration can be acute, recurrent, or chronic, in a slowed or agitated manner. The three major types of childhood depression are: biogenetic, relational and psychological depression. As far as etiology is concerned, depression can be quite varied and can range from a feeling of unconscious guilt, to an ill effect of some childhood disturbance, which can potentially harm the personality of a person during its crucial stage of development, and lead to stress. Child depression can manifest itself through symptoms such as sadness, pessimism, low self-esteem, weight loss, anxiety, suicidal behavior and similar states of mind. Depression can be controlled through treatments using medicine and/or psychological follow-up.

UNITERMS: Depression. Child

INTRODUÇÃO

Desde a vida intra-uterina, resultando no nascimento do bebê, estruturas físicas e mentais são formadas e desenvolvidas, por etapas, para a formação saudável do ser humano.

A Odontopediatria tem como objetivo a manutenção da saúde oral do pequeno paciente até a idade adolescente, quando o profissional acompanhará o desenvolvimento estrutural de todo o sistema ortognático do mesmo.

Concomitantemente à formação das estruturas ósseo-musculares, as estruturas do sistema nervoso estão em desenvolvimento, para que junto com as características genéticas e futuras influências ambientais, moldem o perfil psicológico da criança.

Com o nascimento da criança, sua moldura genético-funcional sofre as influências positivas e/ou negativas do ambiente. A vivência cotidiana em que a criança será inserida, ou seja, o seu ambiente familiar, poderá ser alvo de prazer e/ou sofrimento, ganhos e/ou perdas; enfim, influências ambientais que participarão dos presentes e futuros traços de personalidade da criança.

As influências emocionais, quando agem de forma negativa, poderão levar o indivíduo ao mal entendimento do seu “self”, tendo como conseqüências frustrações mal trabalhadas e não compreendidas, podendo formar diversos quadros de distúrbios emocionais, inclusive a depressão.

É preciso estar atento aos sinais e sintomas que poderão afetar negativamente a integração da criança consigo mesma e com o mundo em que vive.

Portanto, a proposta deste trabalho é de informar aos odontopediatras alguns conceitos, classificações, etiologias, sintomas e formas de tratamento da depressão infantil, podendo os mesmos detectarem não só as dores de dentes, mas também a dor da alma e encaminhar seu paciente a um especialista adequado.

REVISÃO DA LITERATURA

CONCEITO/DEFINIÇÃO

MENDELS (1972b) diz que a palavra depressão é usada de muitas maneiras: para descrever um estado de humor, um sintoma, uma síndrome (ou um grupo de sinais e sintomas) assim como um grupo específico de doenças.

Para COUTINHO JÚNIOR (1994), a depressão é um tipo de emoção que resulta da perda do objeto amado, seja ele real ou irreal. O elo precípuo entre o objeto amado e a depressão reside exatamente no sentimento de perda.

KANNER (1974) *apud* COUTINHO JÚNIOR (1994) afirma que existem duas reações básicas do “eu”: ansiedade e depressão. Na ansiedade, o indivíduo reage às situações de perigo (externo ou interno), demonstrando que o “eu” quer viver. Por outro lado, quando o “eu” se sente ameaçado e se bloqueia, sem

energia para reagir, surge a depressão, e o desejo de viver dá lugar ao de querer morrer.

Segundo ROWE (1994), a depressão é como uma névoa escura à espreita nos cantos do quarto, sempre presente, sempre pronta para avançar e envolvê-lo. É negrume, é o vazio, é a ausência de sentido e total desespero interior.

A depressão é um estado reduzido do funcionamento psicológico e mental freqüentemente associado aos sentimentos de infelicidade. (STRATTON; HAYES, 1994)

SCHOR (1995a) diz que todo mundo se sente triste de vez em quando. No entanto, quando a tristeza persiste por semanas, e até meses, torna-se uma desordem emocional chamada depressão. A depressão é uma síndrome na qual o paciente se sente desencorajado, sem esperança, miserável.

NUNES FILHO; BUENO; NARDI (1996) afirmam que a depressão é uma condição exclusivamente humana e, por conseguinte, seu diagnóstico se faz baseado nas características clínicas que evidenciam as alterações havidas no humor vital do indivíduo e que o levam a vivenciar alterações qualitativas de suas funções afetivas, cognitivas e intelectivas.

ITO *et al.* (1998) dizem que a tristeza é uma reação normal que pode ocorrer em diversos momentos da vida de uma pessoa, principalmente diante de situações que envolvem frustrações ou perda. Esse estado de humor, no entanto, não deve ser confundido com a depressão clínica, uma condição médica que tem conseqüências importantes para a saúde pública.

ESSAU; PETERMANN; REYNOLDS (1999) definem as desordens depressivas pela presença de humor depressivo mais, no mínimo, dois dos seguintes sintomas: pensamentos de suicídio, irritabilidade, hipocondria, sintomas alimentares, recusa da escola, percepções alteradas e idéias sobre morte.

CLASSIFICAÇÃO

Quanto a classificação da depressão, SOLOMON; PATCH (1975b) dizem que a diferença entre depressão neurótica e psicótica é quantitativa, no sentido de que ambas se continuam sem um limite preciso entre elas. Entretanto, do ponto de vista de planejamento terapêutico, a neurose depressiva leve difere tanto da psicose depressiva grave que torna-se clássico considerá-las como qualitativamente diferentes. As distinções realizadas na nomenclatura corrente entre as psicoses afetivas apoiam-se no terreno pouco sólido da tradição teórica não comprovada; como tal, não possuem implicações para a terapêutica.

Em seus estudos, KOLB (1977c) diz que a depressão pode variar de um abatimento brando ou sentimento de indiferença até um desespero sem esperança. Na década passada, os estudos genéticos, clínicos, farmacológicos e fisiológicos tenderam a indicar que os distúrbios afetivos seriam melhor classificados como “bipolares” — psicoses cíclicas maníaco-depressivas bem definidas — e “unipolares” — em cuja categoria seriam colocadas as psicoses apenas

depressivas, quer únicas, recorrentes ou determinadas por períodos etários específicos, como as psicoses involutivas do sexo feminino.

JOÃO (1987a) relata que a depressão pode ser classificada de acordo com a sua origem em endógena, reativa e neurótica. Quanto a sua intensidade, em leve, moderada ou grave. Em relação à sua duração, em aguda, recorrente ou crônica e quanto a qualidade, em retardada ou agitada.

NUNES FILHO; BUENO; NARDI (1996) classificam os episódios depressivos em três níveis de gravidade: leve, moderado e grave.

Segundo os manuais que definem os critérios diagnósticos dos transtornos psiquiátricos, a depressão é classificada na categoria dos Transtornos do Humor. Estes incluem: (a) o tipo unipolar, em que ocorrem apenas episódios depressivos maiores; (b) o tipo bipolar, em que, além dos episódios depressivos, ocorrem episódios de mania ou hipomania. (ITO *et al.*, 1998)

LIPPI *apud* BALLONE (1999) classifica a depressão, diante das características peculiares à infância, em três tipos: Depressão Biogenética (Biológica ou Endogenética); Depressão Relacional (Sociológica ou Sociogenética) e Depressão Psicológica (Ontogenética ou Psicogenética).

Segundo LET'S (1999), existem dois tipos de doenças depressivas: o tipo basicamente triste, chamado "depressão maior" e a "depressão maníaca" ou "doença bipolar", quando sentimentos tristes e depressivos se alternam com sentimentos alegres, precipitados.

EY; BERNARD; BRISSET (1981) afirmam que o problema da classificação dos estados depressivos é bem difícil. Classicamente distinguimos as "depressões endógenas" e "depressões neuróticas ou reativas".

ETIOLOGIA

KOLB (1977b) acredita que a depressão tem suas raízes no sentimento de culpa inconsciente, oriundo de relações interpessoais, talvez de ambivalência e hostilidade inconsciente, com impulsos rancorosos agressivos dirigidos contra pessoas que são os objetos de uma obrigação não desejada (uma mãe cuja a dependência impede o casamento desejado pela filha) ou contra pessoas de quem alguém depende para sua segurança. Os impulsos hostis originalmente dirigidos contra outras pessoas passam a dirigir-se contra o próprio indivíduo. Talvez seja mais razoável admitir que as relações humanas representam um fator etiológico significativo em muitos desajustamentos da infância pela sua influência sobre a personalidade em desenvolvimento.

JOÃO (1987a) diz que na idade média, a depressão era considerada resultante de uma força mística de alguma entidade misteriosa.

Situações traumáticas e afecções orgânicas são condições que quando se instauram na criança e no adolescente podem desencadear depressão. São elas: doenças renais, como insuficiência renal, diabetes, neoplasias, deficiência mental, malformações congênitas, epilepsias, disfunção cerebral mínima,

desnutrição, abandono, maus-tratos físicos e psicológicos, institucionalização, desmama brusco, internação hospitalar e muitas outras agressões, rejeições etc. Situações traumáticas que possuem a sua gênese na família e, a partir daí, se refletem nos filhos, podem desencadear depressão como: depressão em membros da família, outros distúrbios emocionais, alcoolismo e drogadição, separação do casal, perda por afastamento ou morte de algum familiar, nascimento de um irmão, etc. (COUTINHO JÚNIOR, 1994)

Um desemprego inesperado de uma companhia pode ser um dos mais estressantes eventos nos tempos de hoje. O prejuízo do emprego afeta todos na família, não somente a pessoa que perdeu o emprego. Os efeitos dos prejuízos do emprego são: econômico (tem-se menos dinheiro), emocional (tristeza ou raiva são reações comuns), social (mais discordância entre membros da família sobre as situações). (COPING, 1996b)

São fontes de estresse: mudanças nas posições de pais e avós, mudanças nas relações, escolhas de papéis e atividades significantes, incertezas de finanças, mudanças físicas ou doenças, tristezas, aflições, solidão, manter independência. (MANAGING, 1996d)

São fontes de estresse exigências da comunidade, cuidar de adolescentes, cuidar de idosos, planejamento da aposentadoria, morte de parentes e conflitos. (MANAGING, 1996e)

Uma mudança inesperada também gera impacto nas famílias e algumas vezes prejuízos trágicos. Morte, incapacidades ou doenças, divórcio e prejuízo no emprego, viram a vida ao avesso. (ALL, 1996a)

Segundo ITO *et al.* (1998), outras condições não-psiquiátricas podem contribuir para o surgimento ou complicação de um quadro depressivo. Entre elas, encontram-se abuso de substâncias como o álcool, uso de medicamentos como anabolizantes esteróides, quadros neurológicos, metabólicos, infecciosos, oncológicos e endócrinos, entre outros.

LET'S (1999) afirma que algumas pessoas ficam seriamente depressivas após algo como divórcio na família, problemas financeiros, morte de alguém que se ama, fim de um namoro. Outras vezes, como em outras doenças, a depressão pode ocasionalmente acontecer. Adolescentes normalmente têm problemas relacionados a depressão como: problemas com álcool, drogas, sexo, dificuldades na escola e notas baixas, problemas com a família e amigos.

De acordo com DEPRESSION (2000), são fatores de risco: estresse, perda de um parente ou alguém que ama muito, fim de um relacionamento, doenças crônicas (tipo diabetes) e outros traumas, incluindo desastres naturais.

SINTOMAS

MENDELS (1972a) afirma que os sintomas centrais de depressão são tristeza, pessimismo e baixa auto-estima, juntos a falta de energia, motivação e concentração. A frequência de ocorrência destes sintomas e suas combinações são infinitamente variáveis; há outros sintomas frequentes que às vezes

dominam o quadro clínico. Os sinais e sintomas da depressão estão resumidos na figura 1.

Figura 1: Sinais e Sintomas da depressão

- Humor**
 - Triste, infeliz, melancólico
 - Choro
- **Pensamento**
 - Pessimismo
 - Idéias de culpa
 - Autodepreciação
 - Perda de interesse e motivação
 - Decréscimo de eficiência e concentração
- **Comportamento e Apresentação**
 - Negligência quanto à apresentação pessoal
 - Retardamento Psicomotor
 - Agitação
- **Sintomas Somáticos**
 - Inapetência
 - Perda de peso
 - Constipação
 - Problemas de sono
 - Dores
 - Perturbações menstruais
 - Perda de libido
- **Fenômenos de Ansiedade**
- **Comportamento Suicida**
 - Idéias
 - Ameaças
 - Tentativas

Para KOLB (1977b), na síndrome depressiva mais branda, o paciente se mostra quieto, contido, inibido, infeliz, pessimista e autodepreciador, demonstrando uma sensação de lassitude, inadequação, desencorajamento e desesperança. É incapaz de tomar decisões e experimenta dificuldades diante das atividades mentais habitualmente fáceis. Na depressão um pouco mais profunda, existe uma tensão desagradável constante; toda experiência é acompanhada por sofrimento mental; o paciente está impenetravelmente absorto em torno de algum aspecto de natureza melancólica. Suas atitudes e suas maneiras demonstram desânimo e desespero.

JOÃO (1987a) diz que a depressão começa com sentimentos comuns de tristeza, a qual pode ser, por si só, sua essência. É comum que a pessoa deprimida não tenha consciência de seus sentimentos, mas que identifique alguma coisa como errada e perceba sensações físicas, tais como opressão no coração, angústia, impaciência, etc.

Conforme STRATTON; HAYES (1994), os sintomas mais comuns são: perda de interesse e inabilidade para usufruir qualquer experiência, tristeza, perda do apetite, distúrbio do sono (em especial logo

no início da manhã), passividade e pensamentos ou intenções suicidas.

SCHOR (1995b) observa que quando o estresse é contínuo ou intenso, pode repercutir na psique e no corpo. Eventos estressantes aceleram a respiração e o batimento cardíaco, contrai os vasos, aumenta a pressão e tensão muscular e pode causar dores de estômago e cabeça. Se o estresse persiste, o indivíduo pode ficar mais suscetível a doenças, fadiga, insônia, depressão. A maneira que as crianças mostram que estão sobrecarregadas e que têm dificuldade de lidar com estresse é diferente nas diversas idades e estágios de desenvolvimento. Durante os anos pré-escolares pode-se notar que sob estresse uma criança regride um pouco. Talvez por não querer se separar ou perder algumas das habilidades associadas ao crescimento. Crianças na idade escolar também mostram seus sentimentos abertamente. No entanto, elas podem esconder ou internalizar o estresse. Podem expressar como tristeza e depressão. Os pais devem estar atentos a esse sinal de desgaste.

COUTINHO JÚNIOR (1994) aponta alguns sintomas orgânicos, tais como: astenia, perda do apetite ou bulimia, dores crônicas, enurese, encoprese, apopleia, asma brônquica, cefaléia, dor abdominal, agitação ou retardo neuropsicomotor, náuseas, sensação de opressão precordial, dispnéia, sensação de vertigem, sudorese, parestesia etc. São alguns sintomas psíquicos insônia, apreensão, sensação de alerta (angústia), preocupação ou hipervigilância, sentimento de temor, previsão de perigo, inquietude, irritabilidade, diminuição da capacidade de concentração, déficit de memória, tristeza, ansiedade, isolamento, apatia, idéias de morte, baixa auto-estima, taquipsiquismo, bradipsiquismo, taquilalia, bradilalia, fracasso escolar.

São alguns sintomas de depressão: dores de cabeça, mudança de apetite ou de peso, cansaço constante, mudança nos hábitos de dormir, dores musculares, freqüentes ocorrências de doença, raiva, tristeza e choro, irritação ou temperamento agressivo, preocupação e ansiedade, desânimo, aborrecimento, dificuldade em relaxar, perda do senso de direção, procura de soluções mágicas, aumento do uso de drogas ou álcool, dificuldade de concentração, evitação para tomar decisões, baixa produção, esquecimento, problemas de relacionamento familiar, intolerância com os outros, pouco contato com amigos, tormento, pouco sexo, isolamento e ressentimento. (ALL, 1996a)

Nos estudos de NUNES FILHO; BUENO; NARDI (1996), os episódios depressivos caracterizam-se pelos seguintes sintomas: humor deprimido, perda de interesse e prazer, energia reduzida levando a uma fadigabilidade aumentada, atividade diminuída, visões desoladas e pessimistas do futuro, idéias de culpa e inutilidade, idéias ou atos autolesivos ou suicídio, sono perturbado e apetite diminuído.

Para KAPLAN; SADOCK; GREBB (1997), o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer são os sintomas básicos da depressão.

Conforme ITO *et al.* (1998), os principais sintomas de depressão são tristeza permanente,

ansiedade ou sensação de vazio, sentimentos de desesperança, pessimismo, perda de interesse ou prazer nas atividades em geral (incluindo a sexual), problemas de sono, perda ou excesso de apetite, diminuição de energia e fadiga, idéias de morte, irritabilidade, dificuldade para se concentrar, dores crônicas, como de cabeça ou de estômago que não melhoram com o tratamento. Esses sintomas, que isolados são comuns ao sentimento de tristeza, na depressão adquirem um caráter patológico, pois interferem na capacidade do indivíduo de trabalhar, relacionar-se, dormir e desfrutar de atividades consideradas anteriormente agradáveis.

Segundo ESSAU; PETERMANN; REYNOLDS (1999), a desordem depressiva é diagnosticada quando crianças e adolescentes tenham vivenciado ao menos cinco dos nove seguintes sintomas, quase todos os dias, por pelo menos duas semanas, no nível que representa uma mudança da função prévia: humor depressivo (ou irritabilidade em crianças e adolescentes), diminuição marcante do interesse ou prazer em quase todas as atividades, perda ou ganho significativo de peso ou aumento e diminuição de apetite (em criança, considerar em ganhar o peso esperado), insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos sem valor ou culpa inapropriada, diminuição da habilidade de concentração ou indecisão e pensamentos de morte, idéias de suicídio sem plano específico. Ao menos um de dois sintomas, humor depressivo (ou irritabilidade em crianças e adolescentes) ou perda de interesse, devem estar presentes no diagnóstico.

PEARCE (1977) *apud* ESSAU; PETERMANN; REYNOLDS (1999) desenvolveu critérios similares de depressão em que definia pela presença de humor depressivo mais no mínimo dois dos sintomas seguintes: pensamentos de suicídio, irritabilidade, hipocondria, sintomas alimentares, recusa da escola, percepções alteradas como idéias sobre morte. Os sintomas mostram mudanças no funcionamento normal das crianças.

WEINBERG (1973) *apud* ESSAU; PETERMANN; REYNOLDS (1999) propõe que o diagnóstico da depressão em crianças requer a presença de alguns sintomas como: humor e pensamentos próprios ruins; presença de no mínimo dois dos sintomas seguintes: comportamento agressivo, distúrbio no sono, mudança na performance escolar, socialização diminuída, mudança de atitude na escola, queixas, perda de energia; mudança no apetite, peso ou ambos; presença dos sintomas por mais de um mês e mudança no comportamento normal da criança.

Quando está depressiva, a pessoa se sente triste e chora muito e nada resolve; se sente culpado por nada; se sente como se não estivesse bem, perde a confiança; a vida parece sem sentido ou como se nada de bom nunca fosse acontecer, como se não tivesse mais sentimentos, só coisas negativas todo tempo; não sente mais vontade de fazer as coisas de que gostava e que costumava fazer – como músicas, esportes, estar com amigos, sair; prefere estar sozinha na maioria das vezes; é difícil formar seu pensamento, se esquece de

muitas coisas e é difícil se concentrar; se irrita facilmente (muitas vezes); seu modelo padrão de dormir muda, começa a dormir mais ou tem dificuldade de dormir a noite ou acorda muito cedo muitas manhãs e não consegue mais dormir; seu modelo padrão de comer também se altera, podendo perder o apetite ou comer muito mais; se sente cansado na maioria das vezes; pensa na morte (sobre a morte), ou se sente como se estivesse morrendo ou tem pensamentos sobre cometer suicídio. (LET'S, 1999)

CARLSON (2000) relata que queixas físicas como dores de cabeça e de estômago podem ser vistas em pessoas deprimidas de qualquer idade, mais 100% das crianças pré-escolares as têm como parte proeminente de sua sintomatologia. Surpreendentemente, pré-puberais mostram taxas mais altas de condutas alucinatórias que em qualquer outro grupo. Por outro lado, as decepções não ficam óbvias até a adolescência, e até aí não são comuns. Além do humor deprimido, outras características da depressão em jovens são comportamentos desafiadores, “do contra” e distantes. Desafiar e não concordar podem ser manifestações de irritabilidade, outro sintoma da depressão, particularmente quando representam mudança no comportamento.

DEPRESSION (2000) diz que são sintomas comuns em adultos, crianças e adolescentes: humores de tristeza ou irritabilidade, perda do interesse em atividades que antes curtiam, mudanças no apetite ou peso corpóreo, dificuldade de dormir ou insônia, retardo ou agitação psicomotora, falta de energia, sentimentos de culpa, dificuldade de concentração e pensamentos em morte ou suicídio.

Conforme PATTON *et al.* (2000), perda de interesse e prazer, falta de energia e fadiga, distúrbios do sono, idéias suicidas e falta de concentração distinguiram mais claramente adolescentes com desordem depressiva.

TRATAMENTO

De acordo com KOLB (1977d), o portador de uma depressão branda deve começar o tratamento farmacológico preferencialmente com um antidepressivo, em geral um dos derivados do aminodibenzol tricíclico. Os antidepressivos são agentes complexos com efeitos farmacológicos, particularmente sobre as aminas biogênicas – noradrenalina e serotonina. Incluem os compostos tricíclicos e os inibidores da monoamina oxidase. Dos derivados disponíveis, a imipramina (Tofranil) mostrou ter a mais ampla aplicação. No caso da depressão severa, o tratamento em um hospital é aconselhável. Em quase todos os casos resistentes à farmacoterapia, o uso do eletrochoque é acompanhado por uma melhora gratificante.

Segundo JOÃO (1987b), pode-se usar com segurança uma série de exercícios com abordagem corporal. A base de todo tratamento corporal está na respiração, através da qual pode-se chegar ao relaxamento e ao contato com o próprio corpo, o que favorece o desenvolvimento do processo terapêutico. Exercícios de bioenergética são bastante eficazes para a

condução da dinâmica terapêutica. Essa prática permite aproximação e integração com o corpo e contato mais direto com o “self”, favorecendo o restabelecimento do equilíbrio.

NUNES FILHO; BUENO; NARDI (1996) afirmam que o tratamento psicoterápico é indispensável para a compreensão do episódio depressivo. O tratamento medicamentoso constitui o fundamento da intervenção terapêutica para reduzir a duração e intensidade dos sintomas do episódio atual e, principalmente, para prevenir sua recidiva. Os inibidores da monoaminooxidase (IMAO) são bastante eficazes no tratamento dos episódios depressivos de diferentes gravidades. Os antidepressores heterocíclicos são dotados de propriedades bloqueadoras sobre o receptor muscarínico da acetilcolina. Os inibidores de recaptção da serotonina formam um grupo mais recentemente introduzido na prática clínica. São antidepressivos eficazes, com boa tolerância. A venlafaxina, recentemente lançada, apresenta-se como mais uma opção e com boa tolerabilidade.

ITO *et al.* (1998) dizem que o tratamento da depressão pode ser, num primeiro momento, farmacológico, por meio de diferentes antidepressivos. A escolha do tipo de antidepressivo e da dose obedece a critérios clínicos e deve ser feita por médico psiquiatra. Entretanto, além dos diversos psicofármacos considerados eficazes no tratamento da depressão, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem demonstrado considerável sucesso na redução de muitos sintomas depressivos. Essas duas abordagens podem ser utilizadas isoladamente ou em associação. A TCC visa não apenas o alívio imediato da sintomatologia depressiva, mas principalmente a manutenção da melhora clínica, reduzindo o risco de recaídas a longo prazo.

Segundo LET’S (1999), muitas pessoas com depressão podem ser ajudadas com psicoterapia, medicações ou ambos: psicoterapia, significa falar sobre sentimentos com um profissional treinado que pode ajudar a mudar relacionamentos, pensamentos ou comportamentos que contribuam para a depressão. Medicações tem sido desenvolvidas e tratam efetivamente a depressão. Essas medicações antidepressivas não causam euforia nem dependência.

EY; BERNARD; BRISSET (1981) relatam que na maioria dos casos de doentes hospitalizados podemos começar por um tratamento farmacológico. Os medicamentos a disposição são, atualmente, de dois tipos principais: os “derivados tricíclicos”, principalmente os derivados da iminodibenzila, cujo protótipo é a imipramina e os “inibidores da monoamino-oxidase”.

PEREIRA; CASTELLÓN (2002) acreditam que até o final de 2002 esteja disponível nos Estados Unidos a duloxetina (laboratório Eli Lilly). A droga faz parte de uma nova classe de remédios conhecidos como duais por atuarem simultaneamente sobre a serotonina e a noradrenalina. Esses neurotransmissores (substâncias que fazem a comunicação entre os

neurônios) têm papel importante na depressão se estiverem em desequilíbrio. Os primeiros medicamentos criados contra a doença – os tricíclicos – também agem sobre os dois neurotransmissores, mas apresentam muitos efeitos colaterais, como a visão turva. Um das vantagens dos duais é que eles provocam bem menos efeitos em relação aos pioneiros. Além disso, testes mostram que a duloxetina tem ação mais rápida. Enquanto os remédios levam de duas a três semanas para começar a atuar, ela age em cerca de uma semana.

DEPRESSÃO INFANTIL

Existe ou não? Conceito

Para SOLOMON; PATCH (1975a), as opiniões são divergentes quanto à ocorrência da verdadeira depressão em crianças, especialmente nos primeiros anos da infância. Os estudos clássicos de René Spitz com crianças hospitalizadas atestam o desenvolvimento de apatia (frequentemente irreversível), retardo do crescimento e desenvolvimento e “depressão”, após uma ausência prolongada de cuidados maternos. Este tipo de reação e de manifestações depressivas nos anos pré-escolares e início dos anos escolares, possuem uma dinâmica intrapsíquica diferente dos episódios transitórios de tristeza observados em crianças mais velhas ou nos distúrbios mais próximos do tipo das depressões do adulto. Não existe uma síndrome clássica de depressão na infância semelhante à dos adultos, a despeito de existirem semelhanças consideráveis quanto à sua dinâmica.

Conforme KOLB (1977a), o estado afetivo de bem-estar, induzido ou mantido por meio de um carinho maternal concreto e interessado, como descrito por Sandler e Joffe, pode interromper algum estágio do desenvolvimento por intermédio da privação, perda, ou até mesmo da fantasia de uma perda daquilo de que a criança depende. Sua interrupção leva a criança ao estado subjetivo de perda, que pode ser de tal magnitude que a criança reage com um comportamento caracterizado pela fragilidade e passividade, talvez mais bem caracterizado como depressão infantil. A depressão do bebê e da criança, então, não se relaciona necessariamente a sentimentos de agressão, no sentido da perda dos pais ou de seus substitutos.

De acordo com GRÜNSPUN (1980), a depressão é um abatimento geral físico, emocional e intelectual, vivenciado pelas crianças, em situações ligadas à perda de algo que amam ou de algo de que têm necessidade.

SCHOR (1995a) afirma que há não muito tempo psiquiatras discordavam se as crianças poderiam de fato ficar depressivas. Hoje, no entanto, todos concordam que a depressão pode ocorrer em qualquer idade.

BALLONE (1999) diz que se aceitamos, seguramente, a existência de um estado depressivo de base orgânica nos adultos, evidentemente, sendo a criança o mesmo adulto em momentos precoces de sua existência, não há porque deixar de considerar também a possibilidade desta depressão endógena no infante.

ESSAU; PETERMANN; REYNOLDS (1999) afirmam que a depressão em crianças era deduzida

pelos comportamentos negativos do tipo agressões, agindo diferentemente do normal, delinquências como pelos psicossomáticos e hipocondríacos.

DEPRESSION (2000) relata que a depressão em crianças e adolescentes é associada a um aumento no risco de comportamentos suicidas. Os riscos podem aumentar, particularmente, sobre adolescentes homens, se a depressão é acompanhada do uso de álcool ou de outras substâncias.

Segundo PIOLI; AZEVEDO (2001), os estados depressivos podem ser observados em crianças de um ano e meio em diante. São crianças nas quais aparecem de forma lenta e cada vez mais marcante, um quadro de tristeza e apatia, com falta de interesse em brincadeiras e outras atividades, crianças que prestam escassa atenção ao ambiente familiar, com qual costumam ser muito exigentes e dependentes.

Sintomas

As crianças às vezes afirmam que gostariam de estar mortas, porém esta afirmação não contém a mesma força ou urgência como no adulto. Todavia, algumas crianças – geralmente psicóticas – tentam o suicídio. Esta tentativa representa desamparo e desespero em face de conflitos insolúveis. Alguns casos de obesidade, hipocondria, propensão a acidentes e “fugas” constituem manifestações de depressão na infância. Até certo ponto, processos tais como colites ulcerativas e anorexia nervosa podem ser equivalentes depressivos. (SOLOMON; PATCH, 1975a)

KOLB (1977a) diz que de acordo com Sandler e Joffe, a criança madura reage ao sofrimento de privação de uma das seguintes maneiras: por um protesto rancoroso e rejeição agressiva; pela negação através da passividade; pela reversão do senso de humor; pela orientação do sofrimento contra si própria; ou pela presença de sintomas psicossomáticos.

GRÜNSPUN (1980) afirma que a psicopatologia é manifestada por distúrbios psicossomáticos e se expressa através de: distúrbios do sistema respiratório, distúrbios do sistema digestivo, distúrbios do sistema dermatológico, distúrbios do sistema geniturinário, distúrbios do sistema cardiovascular, distúrbios do sistema neuromuscular, distúrbios do sistema glandular e distúrbios do sistema dos órgãos do sentido.

Segundo SCHOR (1995a), uma criança com depressão tem sintomas mais sutis do que se espera. Ela pode apenas fazer menos contato visual que antes. Seu humor e comportamento pode mudar de boa natureza para irritável e raivoso. Pode ficar mais difícil de conviver, e brigas com os pais podem se tornar um problema. Ocasionalmente, durante acessos de raiva ou tristeza, as crianças podem dizer frases como “eu vou me matar”, “ninguém gosta de mim”, “sou estúpido”, “queria estar morto”. Mais do que qualquer coisa, essas ameaças servem para agitar os pais e conseguir sua atenção, pois as crianças não têm a intenção de realmente se matar. No entanto, essas frases são mensagens de uma criança muito triste e precisa-se ter a certeza de que ela não está brincando. Dos 6 aos 12 anos raramente cometem suicídio. Um número pequeno tenta. As crianças que tentam suicídio,

primeiro dão sinais de alarme incluindo tristeza, perda de apetite e distúrbio no sono. Podem se desfazer de seus pertences mais preciosos. Algumas vezes o suicídio de um amigo ou colega pode induzir que se matando a criança irá diminuir a dor psicológica que está sentindo.

Ainda segundo o mesmo autor acima, uma criança deprimida pode passar mais tempo sozinha no quarto e parar de brincar com seus amigos. Suas notas na escola podem declinar. Pode ficar mais quieto e falar menos do que o normal, comer devagar ou perder o apetite. Pode ter dificuldade de dormir ou permanecer acordado, se cansa facilmente e não se preocupa com as roupas. Pode reclamar de cefaléias, dores de estômago e dores no peito.

Crianças que internalizam seus estresses podem apresentar sintomas físicos, tais como dores de estômago, dores de cabeça, entre outras manifestações. Crianças que demonstram estresse, colocando para fora, podem perder seu controle facilmente, perturbando seus colegas, tornando-se exigentes e destruidoras. Pesquisas mostram que, por trás de situações estressantes, meninos tendem a estar mais agressivos e destruidores, enquanto meninas ficam ansiosas ou depressivas. (HELPING, 1996c)

A mesma instituição relata alguns sintomas de estresse em crianças, que podem ser do tipo físico (dores de cabeça, dores de estômago e vômito); emocional (medo, irritabilidade e tristeza); comportamental (choro, tique nervoso, impaciência); ou de interação com outras crianças (xingamento, desdenha, extrema timidez).

Conforme BALLONE (1999), são sinais e sintomas sugestivos de depressão infantil: mudanças de humor significantes, diminuição da atividade e do interesse, queda no rendimento escolar, perda da atenção, distúrbios do sono, aparecimento de condutas agressivas, autodepreciação, perda de energia, queixas somáticas, fobia escolar, anorexia e perda de peso, cansaço matinal, aumento da sensibilidade (irritação ou choro fácil), negativismo, sentimento de rejeição, idéias mórbidas, enurese e encoprese, condutas anti-sociais e destrutivas, ansiedade e hipocondria.

São sinais de depressão em crianças e adolescentes: distração, dores de cabeça, dores musculares, dores de estômago, cansaço, faltas frequentes na escola ou rendimento baixo, falar em fugir de casa, gritos, irritabilidade inexplicável ou choro, mal humor, falta de interesse em brincar com os amigos, uso de bebidas alcólicas ou outras substâncias, isolamento da sociedade, comunicação baixa, medo da morte, sensibilidade a rejeição, aumenta a irritabilidade, raiva ou hostilidade, comportamento imprudente e dificuldade de relacionamento. Na infância, meninos e meninas aparecem com riscos iguais de depressão; mas durante a adolescência, meninas são duas vezes mais suscetíveis de desenvolverem depressão. (DEPRESSION, 2000)

Segundo PIOLI; AZEVEDO (2001), as condutas mais importantes que classificam os sintomas da

depressão infantil, são: oscilações no humor (tristeza/euforia), autodesvalorização (“eu não consigo”, “eu estou cansado”, “eu não posso”), comportamento agressivo (crises de fúria, mentiras, furtos, fugas, violência com outras crianças e consigo mesma), modificação do desempenho escolar (desadaptação da criança, dificuldade de concentração, atraso no desenvolvimento psicomotor, fobia), diminuição da socialização, retraimento/isolamento, queixas somáticas, perturbações (sono, aparelho digestivo, asma, dores de cabeça, enurese, encoprese, eczema), perda da energia habitual, abatimento, desmotivação, muito cansaço, modificação inabitual do apetite e/ou do peso, anorexia, obesidade, atitude permanente de desalinho e desleixo. Muito próximo disso, estão as crianças que incessantemente perdem suas coisas particulares: roupas, brinquedos, chaves, material escolar.

Ainda segundo o autor supracitado, o suicídio ou a sua tentativa constituem a expressão do agravamento deste quadro. Poder-se-ia assinalar que a intenção consciente de suicidar-se costuma surgir somente a partir dos seis anos de idade. Ao contrário, na primeira infância, trata-se muito mais de atitudes inconscientes veiculadas através da ingestão de tóxicos (detergentes, inseticidas, produtos de limpeza, etc.) ou de medicamentos que acham em casa. Outro meio utilizado para tal, são os atos motores perigosos, como subir em lugares arriscados, saltar de alturas descomedidas, correr precipitadamente, brincar temerariamente com fogo ou explosivos.

CARLSON (2000) relata que dois sintomas-chaves de distúrbios depressivos são dificuldade de concentração e de tomar decisões e perda de interesse e motivação por atividades antes prazerosas. O principal impacto que isso tem em jovens é na performance escolar. A ocorrência desta queda nas notas ou do interesse na escola são manifestações frequentes destes sintomas na juventude. É sempre bom observar a evolução das notas. Pode-se observar flutuações em certas séries ou estações do ano (p. ex., no inverno). Comportamento suicida e suicídio são complicações da depressão em qualquer idade, e especialmente no jovem. No entanto, antes de se tornar suicida, seus pensamentos, escrita e desenhos se tornam mórbidos e estranhos. Pessimismo é uma marca da depressão. Baixa auto-estima é um dos sintomas mais importantes da depressão em crianças e adolescentes. O pensamento negativo que caracteriza a depressão é um dos sintomas que a terapia visa melhorar. Sintomas somáticos, particularmente, dores de estômago e de cabeça são comuns em jovens. Essas pessoas passam muito tempo em enfermarias na escola. Sintomas vegetativos também podem ser enquadrado nesta categoria.

Etiologias

Segundo GRÜNSPUN (1980), nos distúrbios psicossomáticos, acredita-se na hipótese de que a “depressão não é etiologia, mas sim a causa, onde os efeitos são os distúrbios psicossomáticos”. A depressão, como causa, pode ter diferentes etiologias.

No campo filosófico, Aristóteles, em sua Metafísica, apresenta quatro tipos de causas: causa eficiente ou causa original (é como o processo se inicia – nos distúrbios psicossomáticos, por exemplo, desde o nascimento ou logo depois), causa material (são as modificações evidentes, causadas por substratos bioquímicos ou emoções), causa formal (são as causas da própria personalidade ou ambientais), causa final (são as finalidades, as motivações e as conseqüências futuras).

De acordo com COUTINHO JÚNIOR (1994), é muito frequente observarmos mães que chegam ao consultório com sentimento de culpa, o que faz com que elas, angustiadas, desloquem essa culpa para os seus filhos, neurotizando-os ao exigirem comportamentos perfeitos que agredem o próprio desenvolvimento neurofisiológico e psicossocial da criança. Essa conduta materna “queima” etapas, conflita os filhos, criando condições favoráveis ao desenvolvimento de distúrbios emocionais na infância, adolescência ou mesmo, futuramente, na idade adulta.

SCHOR (1995a) mostra as circunstâncias etiológicas de depressão mais mencionadas por crianças, em ordem: adoecer, não ter nada para fazer, não ter dinheiro suficiente, pressão para ter boas notas, ter ficado de fora do grupo de amigos, não passar tempo suficiente com os pais, não fazer dever de casa, não ser bom nos esportes, não se vestir como gostaria, mudanças no corpo, atrasar-se no colégio, ser mais baixo que outras crianças da mesma idade, presenciar brigas dos pais, não se dar bem com os professores, estar acima do peso ou ser maior que outras crianças da mesma idade, se mudar, mudar de escola, brigar com os pais sobre regras da família, separação dos pais, serem pressionados a experimentar algo que não querem.

Segundo o mesmo autor, as crianças ficam deprimidas por uma variedade de razões. Fatores genéticos são importantes, mas o fato de um dos pais ter depressão é o fator de risco mais importante para que uma criança fique com depressão. O comportamento dos pais com depressão pode ser um fator para que manifeste a mesma doença na criança, porque esses pais são menos capazes de atender as necessidades emocionais de seus filhos. As crianças sentem-se menos amparadas e conflitos pais-crianças podem ser mais comuns. Outros eventos muito estressantes, tais como discórdia familiar, falha escolar ou dificuldades com amigos, podem produzir sintomas depressivos. Algumas vezes não é possível identificar a causa da depressão.

SCHOR (1995b) afirma que, seja qual for a forma de estresse, se é muito duradouro ou intenso, pode algumas vezes afetar a criança. Podem predispor a enfermidades. Eventos maiores, especialmente aqueles que mudam a família, como a morte de um parente, pode ter efeitos tardios na saúde e bem-estar da criança. Estresses menores e diários também podem ter conseqüências.

Ele ainda nos ensina que, a mudança na estrutura familiar, a presente alta incidência de famílias

divorciadas, famílias de pais solteiros e padrastos, têm alterado drasticamente a experiência da infância. Milhões de jovens precisam se ajustar a tais mudanças. Até nas famílias estáveis e intactas, o número crescente de membros da família que são sustentados por pais que trabalham muito tempo, força a criança a gastar mais tempo em atividades extras (após as aulas ou em casa sozinha). Para algumas crianças, essa perda de tempo sem seus pais é estressante. Também o é a responsabilidade de cuidar de si mesma e da casa e algumas vezes de cuidar de uma criança ainda menor, após as aulas.

São fontes de estresse para crianças: estar longe de casa (crianças de 5-7 anos), medo de se molharem (crianças de 5-7 anos), medo das punições dos professores, preocupação em se dar bem com os colegas, preocupação com os trabalhos da escola, medo de serem escolhidos por último nas brincadeiras de grupo, medo de serem diferentes dos outros, preocupações com mudanças no corpo (crianças de 10-12 anos), divórcio dos pais, mudança de bairro ou cidade, reprovação escolar, doença séria, entre outras. Todas as crianças sentem estresse de tempo em tempo. Mudanças como: começo das aulas, a chegada de um novo bebê ou a aceitação do próprio corpo, que está crescendo durante a pré-adolescência, podem ser difíceis. Problemas em casa, como conflitos, doenças ou divórcio, podem causar estresse. Problemas na escola com professores, outras crianças ou trabalhos escolares também podem criar estresse. A criança que internaliza o estresse tenta ser boa, trabalhando extra na escola e fazendo poucas exigências aos adultos. (HELPING, 1996c)

Segundo PIOLI; AZEVEDO (2001), um elemento constante nos casos clínicos de intoxicação e de tentativas de suicídio é a presença de acentuados traços depressivos nos pais. O suicídio aparece quando o ambiente familiar demonstra uma grande impossibilidade de acompanhar a criança em seu sofrimento e de ajudá-la a superar. Eles acreditam que crianças que apresentam tendências suicidas podem se encontrar em situações como: perda de pessoas significativas ou de seu afeto; comunicação distorcida (por exemplo, dupla mensagem ou indução de culpa direta ou indireta); não aprenderem a encarar seus problemas como consequência da superproteção (não se defendem porque outros o fazem por elas); foram afetadas por estresses negativos que atuaram como precipitadores de comportamento suicida (separação dos pais, morte, abandono, maus tratos).

Tratamento

As idéias seguintes mostram como se pode ajudar crianças a administrar o estresse: conversando sobre o que está a incomodando sem, no entanto, forçá-la a falar, estimular atividades físicas, estar mais tempo com elas, uma alimentação saudável, relaxamento, dar carinho, mostrá-las que podem errar, ensiná-las regras e consequências, ensinar maneiras de lidar com situações estressantes e sendo modelo para essas crianças sabendo enfrentar bem situações traumáticas. (HELPING, 1996c)

Segundo PIOLI; AZEVEDO (2001), a procura por uma psicoterapia com certeza é fundamental, na medida em que a própria criança, e sobretudo sua família, aceite e se mostre capaz de ter uma estabilidade suficiente para conduzir o tratamento a seu termo.

SCHOR (1995a) afirma que uma vez sob os cuidados do psicólogo ou do psiquiatra, a criança fará testes para diagnosticar se está ou não em depressão. O terapeuta também vai conversar exaustivamente com os pais e a criança, revisando sua história para determinar seus sentimentos e humor. Sem uma avaliação cuidadosa, crianças com depressão podem ser diagnosticadas incorretamente como tendo uma conduta de desordem ou um distúrbio de déficit de atenção. Uma vez que um diagnóstico de depressão foi feito, o tratamento pode começar. Psicoterapia (ou terapia de conversar e brincar) vai provavelmente ser parte do programa de tratamento, durante o qual a criança vai ser encorajada a discutir ou representar o que está acontecendo na sua vida. Será pedido para representar suas preocupações, ansiedades, tristezas e outras emoções. Se há eventos negativos que lhe está causando conflito, o terapeuta vai ajudá-la a resolver. Quando a criança entender sua situação de vida, ficará apta a se relacionar de uma forma mais positiva com as pessoas ao seu redor e circunstâncias de sua vida.

Ressaltando a importância da participação dos pais com coadjuvantes no tratamento de seus filhos, SCHOR (1995a) complementa que, o terapeuta vai envolver os pais o máximo possível, marcando consultas regulares com eles, sugerindo maneiras de ajudar a criança a achar suas necessidades e adaptá-las ao mundo em sua volta. Eles também podem ser convidados a participar de terapia em família, na qual a criança e os pais vão explorar como podem funcionar melhor como uma família. Recomenda-se ainda que os pais devem dar ao seu filho atenção extra, gastando mais tempo com ele, longe dos outros membros da família. Deverão conversar sobre os acontecimentos do dia, fazendo com que ele saiba que pode dialogar acerca de quaisquer problemas.

Como forma de terapia medicamentosa, o mesmo autor afirma que algumas vezes o médico pode recomendar não apenas psicoterapia para a criança, mas também medicações como parte do tratamento. Particularmente, quando a depressão é severa – com perda de peso, problemas no sono e dificuldades na escola – a medicação pode ser recomendada. A classe de drogas chamadas antidepressivos tricíclicos é a mais prescrita para criança deprimidas, mas outros tipos de medicações (inibidores da monoaminoxidase e carbonato de lítio) podem ser prescritos. Algumas drogas novas chamadas inibidores seletivos da serotonina são promissores no tratamento de crianças com depressão. No entanto, a experiência ainda é limitada de seu uso nesta faixa etária. A não ser que a depressão seja severa, a maioria dos casos é resolvida com dois a seis meses de tratamento. Particularmente, quando a terapia se der em estágios iniciais da depressão, é rapidamente tratável. No entanto, os

sintomas da depressão podem voltar em larga proporção de crianças.

De acordo com DEPRESSION (2000), o tratamento da depressão em crianças e adolescentes normalmente envolve a psicoterapia, medicação ou a combinação de ambos, em que o alvo de intervenções são a casa ou a escola. A psicoterapia, particularmente a terapia cognitiva-comportamental, pode ajudar no tratamento de depressão em crianças e adolescentes. Ela está baseada na premissa de que pessoas com depressão têm pensamentos distorcidos do mundo e do futuro. A terapia cognitiva-comportamental firmou-se como uma terapia de tempo limitado, focando na mudança destas distorções. Pesquisas demonstram que antidepressivos, especialmente quando combinados com psicoterapia, podem ser bem efetivos para o tratamento em adultos, porém em crianças e adolescentes existem controvérsias.

DISCUSSÃO

CONCEITO

Para MENDELS (1972b), COUTINHO JÚNIOR (1994), STRATTON; HAYES (1994), NUNES FILHO; BUENO; NARDI (1996), ITO *et al.* (1998) e ESSAU; PETERMANN; REYNOLDS (1999), a depressão é uma alteração no estado de humor associado a sentimentos de perda, infelicidade e frustrações, em que os últimos três autores citados acima ainda definem as desordens depressivas pela presença de humor depressivo mais, no mínimo, dois dos sintomas: pensamentos de suicídio, irritabilidade, hipocondria, sintomas alimentares, recusa da escola, percepções alteradas e idéias sobre morte. Já para KANNER (1974) *apud* COUTINHO JÚNIOR (1994) e SCHOR (1995a), a depressão é uma desordem emocional em que o “eu” se sente ameaçado, desencorajado, sem esperança e miserável. De um ponto de vista mais filosófico, em ROWE (1994) é possível entender o sofrimento psicológico pelo qual o paciente vive. Em seus estudos, ele diz: “(...) a depressão é como uma névoa escura à espreita nos cantos do quarto, sempre presente, sempre pronta para avançar e envolvê-lo. É negrume, é o vazio, é a ausência de sentido e total desespero interno”.

CLASSIFICAÇÃO

KOLB (1977c) e ITO *et al.* (1998) concordam em classificar a depressão em dois tipos: “unipolar”, em que ocorrem apenas episódios depressivos maiores e “bipolar”, onde além dos episódios depressivos, ocorrem episódios de mania ou hipomania. Com uma classificação semelhante, LET’S (1999) propõe chamar de “depressão maior” a unipolar e “depressão maníaca” ou “doença bipolar”, a bipolar. SOLOMON; PATCH (1975b) tomam um outro modelo de classificação, em que dividem em depressão neurótica e psicótica. Quanto à intensidade, JOÃO (1987a) e NUNES FILHO; BUENO; NARDI (1996) classificam a depressão em leve, moderada ou grave. EY; BERNARD; BRISSET (1981) mostram o quanto é difícil o problema da classificação, mas propõem uma

divisão: depressão endógena e depressão neurótica ou reativa. JOÃO (1987a), em seus estudos, classifica a depressão de acordo com a origem em: endógena, reativa e neurótica. Este mesmo autor ainda classifica quanto à duração em aguda, recorrente ou crônica, e quanto à qualidade, em retardada ou agitada. Por fim, LIPPI *apud* BALLONE (1999) classifica diferentemente de todos os autores acima citados. Sua classificação divide-se em três tipos: Depressão Biogenética, Depressão Relacional e Depressão Psicológica.

ETIOLOGIA

Para COUTINHO JÚNIOR (1994), ALL (1996a), COPING (1996b), HELPING (1996c), MANAGING (1996d), LET’S (1999) e DEPRESSION (2000), podem ser considerados como fatores etiológicos da depressão: situações traumáticas (desemprego, afastamento da família, morte, conflitos com amigos e parentes, divórcio, depressão em membros da família), afecções orgânicas (doenças como neoplasias, diabetes, deficiência mental, malformações congênitas). No entanto, ITO *et al.* (1998) e LET’S (1999) ainda afirmam que problemas com álcool, drogas e medicamentos também podem contribuir para a depressão, principalmente, em adolescentes. Já para JOÃO (1987a), a depressão era considerada resultante de uma força mística e KOLB (1977b) admite serem as relações humanas as responsáveis por muitos desajustamentos da infância.

SINTOMAS

Em relação aos sintomas encontrados na depressão, todos os autores citados na revisão da literatura expressam de uma maneira bastante semelhante as características para o diagnóstico da depressão. Dentre os sintomas principais estão tristeza, choro, falta de interesse em coisas antes prazerosas, pessimismo, fadiga, dores de cabeça e de estômago, distúrbios do sono, mudanças de apetite, irritabilidade, desencorajamento, desesperança, baixa auto-estima, diminuição da capacidade de concentração, ansiedade, aumento no uso de drogas ou álcool, problemas de relacionamento e idéias de suicídio. Estes sintomas da depressão persistem por pelo menos duas semanas, segundo ESSAU; PETERMANN; REYNOLDS (1999), levando a mudanças no comportamento normal da criança.

TRATAMENTO

Os autores KOLB (1977d), NUNES FILHO; BUENO; NARDI (1996) e EY; BERNARD; BRISSET (1981) concordam quanto à utilização de antidepressivos no tratamento da depressão, em que incluem os compostos tricíclicos e os inibidores da monoamino oxidase, cujo o protótipo é a imipramina. NUNES FILHO; BUENO; NARDI (1996) ainda complementam o estudo dos antidepressivos com a classe dos heterocíclicos, cuja propriedade bloqueadora está sobre o receptor muscarínico da acetilcolina. Segundo estes autores, os inibidores da recaptação de serotonina e a venlafaxina formam um outro grupo de antidepressivos eficazes e com boa tolerância. Porém, uma nova classe de drogas descrita por PEREIRA;

CASTELLÓN (2002) está para ser lançada no mercado até o final de 2002. São as drogas conhecidas como duais. Estes apresentam vantagens sobre os tricíclicos como: diminuição dos efeitos colaterais e ação mais rápida no organismo. Para favorecer o desenvolvimento do processo terapêutico, JOÃO (1987b) afirma que exercícios com abordagem corporal, cuja base do tratamento está na respiração, pode ser bastante eficiente para se chegar ao relaxamento e ao contato com o próprio corpo, favorecendo o restabelecimento do equilíbrio. KOLB (1977d), em sua literatura, faz uso do eletrochoque em casos de depressão severa, observando-se uma melhora gratificante. ITO *et al.* (1998) afirmam que além dos diversos psicofármacos considerados eficazes no tratamento da depressão, a terapia cognitivo-comportamental tem demonstrado considerável sucesso na redução de muitos sintomas depressivos. Essas duas abordagens podem ser utilizadas isoladamente ou em associação.

DEPRESSÃO INFANTIL

Apesar de SOLOMON; PATCH (1975a) não acreditarem na existência da depressão na infância, poucos anos depois KOLB (1977a) evidencia a depressão infantil como um comportamento caracterizado pela fragilidade e passividade como reação a sentimentos de perda ou privação. Nesta mesma linha de acreditarem na existência da depressão infantil estão GRÜNSPUN (1980), SCHOR (1995a), BALLONE (1999), CARLSON (2000), DEPRESSION (2000), e PIOLI; AZEVEDO (2001). DEPRESSION (2000) ainda observa a associação da depressão e o aumento do risco de suicídio quando acompanhado do uso de álcool e outras substâncias. PIOLI; AZEVEDO (2001), citam a depressão em crianças de um ano e meio de idade em diante. São crianças nas quais aparecem de forma lenta e cada vez mais marcante um quadro de tristeza e apatia, com falta de interesse em brinquedos e outras atividades, crianças que prestam escassa atenção ao ambiente familiar. Além destas características, observa-se a presença marcante de sintomas psicossomáticos, como dores de estômago, dores de cabeça, insônia e distúrbios alimentares, citados por SOLOMON; PATCH (1975a), KOLB (1977a), GRÜNSPUN (1980), SCHOR (1995a), HELPING (1996c), BALLONE (1999), CARLSON (2000), DEPRESSION (2000) e PIOLI; AZEVEDO (2001). Um outro sintoma estudado por SOLOMON; PATCH (1975a), SCHOR (1995a), PIOLI; AZEVEDO (2001) é a afirmação de frases como: “eu vou me matar”, “ninguém gosta de mim”, “sou estúpido”, “queria estar morto”. Essas ameaças servem para chamar a atenção dos pais, pois a criança não tem a intenção de se matar. Segundo SCHOR (1995a) e PIOLI; AZEVEDO (2001), a intenção consciente de suicidar-se costuma surgir somente a partir dos seis anos de idade. Ao contrário, na primeira infância, trata-se muito mais de atitudes inconscientes veiculadas através da ingestão de tóxicos ou medicamentos encontrados em casa. Quanto à etiologia dos distúrbios psicossomáticos, GRÜNSPUN (1980) acredita na

hipótese de que a depressão não é etiologia, mas sim a causa, em que os efeitos são os distúrbios psicossomáticos. A depressão como causa pode ter diferentes etiologias. Segundo COUTINHO JÚNIOR (1994), PIOLI; AZEVEDO (2001) e SCHOR (1995a), um fator etiológico importantíssimo para a depressão em crianças é a presença de pais depressivos, pois esses pais são menos capazes de atender às necessidades emocionais de seus filhos. Para SCHOR (1995b) e PIOLI; AZEVEDO (2001), a presença de estresses negativos como separação dos pais, morte, abandono e maus tratos pode ter efeitos diretos e tardios na saúde e bem-estar da criança. Para o tratamento da depressão em crianças, HELPING (1996c) sugere aos pais que eles dêem mais atenção aos seus filhos através de conversas, no entanto, sem forçá-los a falar, estimulando atividades físicas e principalmente dando-lhes carinho. SCHOR (1995a), DEPRESSION (2000) e PIOLI; AZEVEDO (2001) propõem a Psicoterapia (terapia de conversar e brincar) feita por um psicólogo ou psiquiatra. Tanto para esses autores como para HELPING (1996c), é comum a proposta de dar mais atenção à criança em depressão, principalmente através do diálogo. SCHOR (1995a) enfatiza, ainda, a importância da participação dos pais como coadjuvantes no tratamento de seus filhos. Quanto à terapia medicamentosa citada por este mesmo autor, através de antidepressivos tricíclicos, a mesma pode ser recomendada pelo médico, porém DEPRESSION (2000) diz que estes medicamentos podem ser efetivos para o tratamento em adultos, já em crianças e adolescentes existem controvérsias.

CONCLUSÕES

Com base nos estudos realizados, conclui-se que a depressão é um estado exclusivamente humano, e que de fato, a depressão infantil existe e está intimamente ligada ao ambiente e às situações vivenciadas pela criança. A família e a escola são, geralmente, o foco desta depressão. Situações como: divórcio dos pais, morte, abandono, doenças, maus-tratos físicos e mentais, também levam a distúrbios psicológicos na infância.

Quanto aos sintomas da depressão, pode-se constatar que tanto para o adulto como para a criança, estes sintomas são bastante semelhantes. Mudanças no humor, choro, tristeza, distúrbios no sono, no apetite, irritabilidade, dentre outros podem ser facilmente encontrados em indivíduos que sofrem de depressão.

No entanto, é conhecido que a psicoterapia, aliada a uma terapia medicamentosa, podem aliviar em muito o sofrimento psicológico destes pacientes. A terapia cognitivo-comportamental é uma excelente escolha para trabalhar situações frustrantes e que podem ser o alvo da depressão. Quanto aos medicamentos, a promessa de que, até o final do ano, os duais, como a duloxetina, estejam no mercado, aponta como mais uma opção para as pessoas que procuram alívio para a sua dor psicológica.

Portanto, é interessante que, sempre que possível, haja um maior contato interdisciplinar entre o odontopediatra e profissionais da área da Psicologia, na medida em que aquele, com conhecimentos científicos das bases psicológicas, possa reconhecer a necessidade de um encaminhamento a estes, não se limitando apenas ao tratamento da saúde física do paciente, mas também demonstrando uma preocupação mais holística quanto ao indivíduo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BALLONE, G. J. Psiquiatria Infantil, In: Psqweb, Programa de Psiquiatria na Internet, Campinas, 1999. Disponível: <http://meusite.osit.com.br/ballone/>. Acessado em 20/jan/2002.
2. CARLSON, G. A. The Challenge of diagnosing depression in childhood and adolescence. *Journal of Affective Disorders*, New York, n. 61, p. 3 – 8, 2000.
3. COUTINHO JÚNIOR, W. A Depressão na Infância e na Adolescência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 13 – 15, jan./fev. 1994.
4. ESSAU, C. A.; PETERMANN, F.; REYNOLDS, N. M. Classification of Depressive Disorders. In: _____. *Depressive Disorders in Children and Adolescents*. New Jersey: Jason Aronson, 1999. p. 03-23.
5. EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, C. Estados Depressivos e Crises de Melancolia. In: _____. *Manual de Psiquiatria*. 5. ed. São Paulo: Masson, 1981. p. 249 – 285.
6. GRÜNSPUN, H. Diagnóstico dos Distúrbios Psicosomáticos da Criança. In: _____. *Distúrbios Psicosomáticos da Criança*. São Paulo: Atheneu, 1980. p. 49 – 85.
7. ITO, L. M. *et al.* Depressão. In: _____. *Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtornos Psiquiátricos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 91 – 103.
8. JOÃO, M. I. Fundamentando a Depressão. In: _____. *Depressão: Síndrome da Dependência Psicológica*. São Paulo: EPU, 1987a. p. 07 – 10.
9. _____. *Intervenções Terapêuticas para Trabalhar com Terapia da Depressão*. In: _____. *Depressão: Síndrome da Dependência Psicológica*. São Paulo: EPU, 1987b. p. 119 – 129.
10. KANNER, L. *Psiquiatria Infantil*. 4. ed., Buenos Aires: Siglo Veinte, 1974.
11. KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. Transtornos do Humor. In: _____. *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 493 – 544.
12. KOLB, L. C. Distúrbio da Conduta na Infância e Adolescência. In: _____. *Psiquiatria Clínica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1977a. p. 521 – 538.
13. _____. *Psicopatologia*. In: _____. *Psiquiatria Clínica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1977b. p. 91 – 121.
14. _____. *Psicoses Afetivas*. In: _____. *Psiquiatria Clínica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1977c. p. 335 – 364.
15. _____. *Terapia Farmacológica*. In: _____. *Psiquiatria Clínica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1977d. p. 629 – 647.
16. MENDELS, J. Aspectos clínicos. In: _____. *Conceitos de Depressão*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora, 1972a. p. 06 – 20.
17. _____. *Introdução*. In: _____. *Conceitos de Depressão*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora, 1972b. p. 01 – 05.
18. LET'S Talk About Depression. 1999. Disponível: <http://www.nimh.nih.gov/publicat/letstalk.cfm>. Acessado em 02/set/2001.
19. DEPRESSION in Children and Adolescents. 2000. Disponível: <http://www.nimh.nih.gov/publicat/depchildresfact.cfm>. Acessado em 02/set/2001.
20. NUNES FILHO, E. P.; BUENO, J. R.; NARDI, A. E. Transtornos do Humor. In: _____. *Psiquiatria e Saúde Mental: Conceitos Clínicos e Terapêuticos Fundamentais*. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 120 – 138.
21. PATTON, G. C. *et al.* Adolescent Depressive Disorder: a Population-based Study of ICD-10 Symptoms. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Sidney, v. 5, n. 34, p. 741 – 747. out. 2000.
22. PEREIRA, C.; CASTELLÓN, L. Sem Angústia. *Revista Istoé. Cajamar*, n. 1684, p. 54 – 55, jan. 2002.
23. PIOLI, D.; AZEVEDO, M. M. O que É Depressão Infantil? Disponível: www.indaiavirtual.com.br/inpsicologia/textodaniela.htm. Acessado em 15/mai/2001.
24. ROWE, D. Dentro da Prisão. In: _____. *Depressão: Como Sair Desta Prisão*. São Paulo: Mercuryo, 1994. p. 15 – 23.
25. SCHOR, E. L. Depressão. In: _____. *The American Academy of Pediatrics*. New York: Bantam Books, 1995a. p. 255 – 258.
26. _____. *Stress and your Child*. In: _____. *The American Academy of Pediatrics*. New York: Bantam Books, 1995b. p. 233 – 237.
27. SOLOMON, P.; PATCH, V. D. *Psiquiatria Infantil*. In: _____. *Manual de Psiquiatria*. São Paulo: Atheneu, 1975a. p. 530 – 560.
28. _____. *Sintomas Psiquiátricos Comuns*. In: _____. *Manual de Psiquiatria*. São Paulo: Atheneu, 1975b. p. 53 – 89.
29. STRATTON, P.; HAYES, N. *Dicionário de psicologia*. São Paulo: Pioneira, 1994. p. 61 – 62.
30. STRESS Taking Charge – All about Stress, Iowa State University, University Extension, 1996a.
31. _____. *Coping with Unemployment*, Iowa State University, University Extension, 1996b.
32. _____. *Helping Children Manage Stress*, Iowa State University, University Extension, 1996c.
33. _____. *Managing Stress in Later Life Families*, Iowa State University, University Extension, 1996d.
34. _____. *Managing Stress in Midlife Families*, Iowa State University, University Extension, 1996e.