



ARTIGO DE REVISÃO

Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes

Depression in childhood and adolescence: clinical features

Saint-Clair Bahls*

Resumo

Objetivo: apresentar uma revisão sobre o quadro clínico, a evolução, a comorbidade e o comportamento suicida na depressão em crianças e adolescentes, com o objetivo de contribuir com o esclarecimento desta patologia grave, comum e ainda pouco reconhecida.

Fontes dos dados: foram realizados levantamento no sistema Medline no período de 1991 a 2000, e levantamento manual da literatura.

Síntese dos dados: o interesse científico pela depressão em crianças e adolescentes é bastante recente, pois até a década de 70 acreditava-se que fosse rara ou inexistente. Os sistemas diagnósticos atuais definem que os sintomas básicos de um episódio depressivo maior são os mesmos em crianças, adolescentes e adultos; entretanto, os pesquisadores destacam a importância do processo de maturação na apresentação sintomatológica da depressão, com características predominantes em cada fase do desenvolvimento.

Conclusões: atualmente a depressão maior em crianças e adolescentes é considerada comum, debilitante e recorrente, envolvendo um alto grau de morbidade e mortalidade, representando um sério problema de saúde pública.

J Pediatr (Rio J) 2002; 78 (5): 359-66: depressão, infância e adolescência, características clínicas.

Introdução

Os transtornos depressivos constituem um grupo de patologias com alta e crescente prevalência na população geral. Conforme a Organização Mundial de Saúde, haverá nas próximas duas décadas uma mudança dramática nas necessidades de saúde da população mundial, devido ao fato de que doenças como depressão e cardiopatias estão substituindo os tradicionais problemas das doenças infecciosas e de má nutrição. O prejuízo causado pelas doenças medido pela *Disability Adjusted Life Years* mostra que a

Abstract

Objective: this study reviews clinical features, evolution, comorbidity and suicidal behavior in childhood and adolescence depression. Its objective is to provide clear information on this common, severe and not very easily recognized pathology.

Sources: literature searches were performed through Medline (1991-2000), with secondary-source follow-up.

Summary of the findings: scientific concern about depression in childhood and adolescence is recent and up to the 70's depression was considered rare or inexistent in this period. Current diagnostic systems define as basic features of depression in children and adolescents are the same ones found in adults for major depression episodes; however, researches emphasize the significance of the developmental process in the clinical manifestations, with predominant features in each phase.

Conclusions: nowadays, major depression in children and adolescents is understood to be a common, disabling and recurrent disease, with a high level of morbidity and mortality. It is an important public health problem.

J Pediatr (Rio J) 2002; 78 (5): 359-66: depression, childhood and adolescence, clinical features.

depressão maior, quarta causa geradora de sobrecarga em 1990, será a segunda causa no ano 2020, só perdendo para as doenças cardíacas^{1,2}. Entretanto, o interesse científico pela depressão em crianças e adolescentes é bastante recente, até a década de 70 acreditava-se que a depressão nessa faixa etária fosse rara ou até inexistente³⁻⁹. O Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH) oficialmente reconheceu a existência da depressão em crianças e adolescentes a partir de 1975¹⁰, e as pesquisas sobre depressão nestes períodos da vida têm atraído um interesse crescente durante as duas últimas décadas^{3,11,12}.

Vários autores têm chamado a atenção para o fenômeno da depressão em crianças e adolescentes, que além de ter seu reconhecimento estabelecido, parece estar mais fre-

* Pós-graduação em Psiquiatria. Mestrado em Psicologia da Infância e Adolescência. Prof. do Departamento de Psicologia da UFPR.

Artigo submetido em 08.10.01, aceito em 24.04.02

qüente e ocorrendo cada vez mais cedo¹³⁻¹⁹. No estudo *Los Angeles Epidemiologic Catchment Area Project*, conforme Olsson e von Knorring²⁰, 25% dos adultos com depressão maior relataram o primeiro episódio da doença ocorrendo antes dos dezoito anos de idade. Em recente revisão sobre a epidemiologia dos transtornos depressivos em crianças e adolescentes, Bahls³ encontrou o resultado da prevalência-ano para a depressão maior, em crianças, de 0,4 a 3,0%, e de 3,3 a 12,4% em adolescentes.

Considera-se que a depressão maior na infância e na adolescência apresenta natureza duradoura e pervasiva, afeta múltiplas funções e causa significativos danos psicossociais. O objetivo deste artigo é apresentar uma revisão sobre a depressão nestas faixas etárias, destacando o quadro clínico, sua evolução, comorbidades e relação com o comportamento suicida. Foram realizados para o objetivo deste artigo levantamento no sistema Medline com as palavras-chave *depressão, infância e adolescência e características clínicas*, no período de 1991 a 2000, e levantamento manual de referências bibliográficas.

Quadro clínico

Na atualidade, os transtornos depressivos em crianças e adolescentes e aqueles em adultos são compreendidos como entidades fenomenológicas iguais, fato derivado de pesquisas que definiram que os mesmos critérios diagnósticos são confiavelmente aplicados nestas três faixas etárias^{7,8,13,21-23}. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais²⁴ (DSM-IV), os sintomas básicos de um episódio depressivo maior (Tabela 1) são os mesmos em adultos, adolescentes e crianças, embora existam dados sugerindo que a predominância de sintomas característicos pode mudar com a idade, citando sintomas muito comuns em crianças (queixas somáticas, irritabilidade e retraimento social) e sintomas menos comuns em crianças (retardo psicomotor, hipersonia e delírios). Já a Classificação Internacional das Doenças²⁵ (CID-10) lida com os transtornos

depressivos de forma idêntica em todos os grupos etários, com apenas a seguinte citação específica “apresentações atípicas são particularmente comuns no episódio depressivo na adolescência”, mas não fornece maiores esclarecimentos.

A maioria dos autores na área dos transtornos depressivos na infância e adolescência cita que os sintomas variam com a idade, destacando a importância do processo de maturação das diferentes fases do desenvolvimento nos sintomas e comportamentos depressivos, existindo uma caracterização sintomatológica predominante por faixa etária^{8,16,19,26-28}.

Crianças

Em crianças pré-escolares (idade até seis a sete anos), a manifestação clínica mais comum é representada pelos sintomas físicos, tais como dores (principalmente de cabeça e abdominais), fadiga e tontura. Goodyer⁴ cita que aproximadamente 70% dos casos de depressão maior em crianças apresentam queixas físicas. As queixas de sintomas físicos são seguidas por ansiedade (especialmente ansiedade de separação), fobias, agitação psicomotora ou hiperatividade, irritabilidade, diminuição do apetite com falha em alcançar o peso adequado, e alterações do sono. Alguns autores ainda citam, com menor frequência, a ocorrência de enurese e encoprese, fisionomia triste, comunicação deficiente, choro freqüente, movimentos repetitivos e auto e heteroagressividade na forma de comportamento agressivo e destrutivo. O prazer de brincar ou ir para a pré-escola diminui ou desaparece e as aquisições de habilidades sociais próprias da idade não ocorrem naturalmente^{4,8,9,18,19,29} (Tabela 2). Embora a maioria dos autores afirma que neste período não ocorrem ideação ou tentativas de suicídio, Shafii e Shaffi⁸ destacam que o comportamento autodestrutivo na forma de bater a cabeça severa e repetidamente, morder-se, engolir objetos perigosos e a propensão a acidentes pode ser um equivalente suicida em crianças que não verbalizam emoções. Entretanto, a ideação suicida nesta faixa etária é considerada de ocorrência rara, podendo ocorrer em casos especiais. Quanto às famílias, estudos norte-americanos realizados com crianças pré-escolares com depressão encontraram freqüentemente pais também com depressão e envolvidos em graves problemas sociais¹⁹.

Em crianças escolares (idade entre seis a sete anos até doze anos), o humor depressivo já pode ser verbalizado e é freqüentemente relatado como tristeza, irritabilidade ou tédio. Apresentam aparência triste, choro fácil, apatia, fadiga, isolamento, declínio ou desempenho escolar fraco, podendo chegar à recusa escolar, ansiedade de separação, fobias e desejo de morrer. Também podem relatar concentração fraca, queixas somáticas, perda de peso, insônia e sintomas psicóticos humor-congruente (alucinações auditivas depreciativas e, menos freqüentemente, delírios de

Tabela 1 - Sintomas do episódio depressivo maior – DSM-IV

-
1. Humor deprimido ou irritável
 2. Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos
 3. Perda ou ganho significativo de peso, ou diminuição ou aumento de apetite
 4. Insônia ou hipersonia
 5. Agitação ou retardo psicomotor
 6. Fadiga ou perda de energia
 7. Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada
 8. Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão
 9. Pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida, tentativa ou plano suicida
-

Tabela 2 - Sintomas de depressão em crianças pré-escolares

-
1. Dores (de cabeça e abdominais)
 2. Prazer de brincar e ir à pré-escola diminuído
 3. Dificuldade nas aquisições de habilidades sociais da idade
 4. Ansiedade
 5. Fobias
 6. Agitação ou hiperatividade
 7. Irritabilidade
 8. Diminuição do apetite
 9. Alterações de sono
-

culpa e pecado). O declínio no desempenho pode dever-se à fraca concentração ou interesse, próprios do quadro depressivo. É comum a criança não ter amigos, dizer que os colegas não gostam dela ou apresentar um apego exclusivo e excessivo a animais^{8,9,14,22,29,30}. Inabilidade em se divertir (anedonia), pobre relacionamento com seus pares e baixa autoestima, se descrevendo como estúpidas, bobas ou impopulares também podem estar presentes (Tabela 3). É importante destacar que os professores são freqüentemente os primeiros a perceber as modificações decorrentes da depressão nessas crianças. Em pesquisa sobre o rendimento escolar em crianças de nove a doze anos com sintomas depressivos, de uma escola particular na cidade do Recife-PE, Bandim et al.³¹ obtiveram como resultado um prejuízo significativo no desempenho escolar em todas as matérias, principalmente em Português e Ciências, quando comparados com crianças sem sintomas depressivos.

Tanto em crianças pré-escolares como nas escolares a depressão pode tornar-se clara através da observação dos temas das fantasias, desejos, sonhos, brincadeiras e jogos, com os conteúdos predominantes de fracasso, frustração, destruição, ferimentos, perdas ou abandonos, culpa, excesso de autocriticas e morte⁸.

Tabela 3 - Sintomas de depressão em crianças escolares

-
1. Tristeza, irritabilidade e/ou tédio
 2. Falta de habilidade em se divertir
 3. Aparência triste
 4. Choro fácil
 5. Fadiga
 6. Isolamento com fraco relacionamento com seus pares
 7. Baixa auto-estima
 8. Declínio ou desempenho escolar fraco
 9. Ansiedade de separação
 10. Fobias
 11. Desejo ou fantasias de morte
-

Adolescentes

A manifestação da depressão em adolescentes (idade a partir de doze anos) costuma apresentar sintomas semelhantes aos dos adultos, mas também existem importantes características fenomenológicas que são típicas do transtorno depressivo nesta fase da vida. Adolescentes deprimidos não estão sempre tristes; apresentam-se principalmente irritáveis e instáveis, podendo ocorrer crises de explosão e raiva em seu comportamento. Segundo Kazdin e Marciano¹¹, mais de 80% dos jovens deprimidos apresentam humor irritado e ainda perda de energia, apatia e desinteresse importante, retardo psicomotor, sentimentos de desesperança e culpa, perturbações do sono, principalmente hipersonia, alterações de apetite e peso, isolamento e dificuldade de concentração. Outras características próprias desta fase são o prejuízo no desempenho escolar, a baixa auto-estima, as idéias e tentativas de suicídio e graves problemas de comportamento, especialmente o uso abusivo de álcool e drogas^{7,14,18,19,22,30,32}. O desenvolvimento do pensamento abstrato se faz ao redor dos doze anos de idade, trazendo uma compreensão mais clara do fenômeno da morte, conseqüentemente, nos adolescentes depressivos tanto as idéias de suicídio como as tentativas, que costumam apresentar alta letalidade, alcançam uma dimensão maior, pois os adolescentes são altamente vulneráveis às mesmas (Tabela 4). Em pesquisa sobre sintomas de depressão maior em adolescentes entre quatorze e dezoito anos de idade, em amostra comunitária no *Oregon Adolescent Depression Project*, nos EUA, Roberts et al.²³ encontraram como sintomas mais prevalentes o humor deprimido, alterações do sono e dificuldades no pensamento (problemas de concentração e pensamento negativista), e como sintomas mais estáveis o humor deprimido e anedonia.

Alguns autores^{28,33} chamam a atenção para a diferença entre a manifestação depressiva entre adolescentes do sexo feminino e masculino, destacando que as garotas relatam mais sintomas subjetivos, como sentimentos de tristeza, vazio, tédio, raiva e ansiedade. As garotas costumam ter, também, mais preocupação com popularidade, menos satis-

Tabela 4 - Sintomas de depressão em adolescentes

-
1. Irritabilidade e instabilidade
 2. Humor deprimido
 3. Perda de energia
 4. Desmotivação e desinteresse importante
 5. Retardo psicomotor
 6. Sentimentos de desesperança e/ou culpa
 7. Alterações do sono
 8. Isolamento
 9. Dificuldade de concentração
 10. Prejuízo no desempenho escolar
 11. Baixa auto-estima
 12. Idéias e tentativas de suicídio
 13. Problemas graves de comportamento
-

fação com a aparência, mais conscienciosidade e menos auto-estima, enquanto que os garotos relatam mais sentimentos de desprezo, desafio e desdém, e demonstram problemas de conduta como: falta às aulas, fugas de casa, violência física, roubos e abuso de substâncias. Destacam que o abuso de álcool na adolescência pode ser um forte indicador de depressão.

Como orientação aos clínicos, segue a sugestão do que não deve ser considerado normal, alertando para provável presença de quadro depressivo durante a adolescência: os estados de humor irritável ou depressivo duradouro e/ou excessivos, os períodos prolongados de isolamento ou hostilidade com família e amigos, o afastamento da escola ou queda importante no rendimento escolar, o afastamento de atividades grupais e comportamentos como abuso de substâncias (álcool e drogas), violência física, atividade sexual imprudente e fugas de casa²⁸. O adolescente costuma ser a melhor fonte de informação quanto ao seu sofrimento depressivo, e seus colegas e amigos são os que mais facilmente reparam nas modificações ocasionadas pela patologia. Vários autores destacaram que os pais e professores muitas vezes não estão cientes da depressão em seus filhos e alunos adolescentes.

Fatores de risco

Quanto aos fatores de risco para depressão em crianças e adolescentes, o mais importante é a presença de depressão em um dos pais, sendo que a existência de história familiar para depressão aumenta o risco em pelo menos três vezes, seguidos por estressores ambientais, como abuso físico e sexual e perda de um dos pais, irmão ou amigo íntimo^{8,14,34}. Em estudo longitudinal, envolvendo 550 adolescentes estudantes entre 11 e 17 anos de idade, Garrison et al.³⁵, nos EUA, concluíram que no início da adolescência o ambiente familiar é um preditor de sintomas depressivos mais importante do que os eventos estressores de vida. Abou-Nazel et al.³⁶, no Egito, em pesquisa com 1.561 adolescentes estudantes entre 11 e 17 anos de idade, encontraram que o desempenho acadêmico baixo é um marcador de alto risco para depressão nesta faixa etária. Nunes et al.³⁷, em pesquisa realizada na cidade de Londrina-PR, avaliaram a presença de transtornos psiquiátricos em pais de indivíduos entre 7 e 18 anos de idade e encontraram uma predominância de transtornos de humor, especialmente depressão maior e distímia, confirmando a importância do fator familiar na vulnerabilidade das depressões na infância e na adolescência. Patten et al.³⁸, em pesquisa comunitária na Califórnia-EUA, com 5.531 adolescentes entre 12 e 17 anos com sintomas depressivos, concluíram que a falta de percepção de apoio por parte dos pais é altamente relacionada com a presença de sintomas depressivos nos jovens.

Evolução

Em média, a depressão maior na infância surge ao redor dos 9 anos de idade, e na adolescência entre os 13 aos 19 anos. O primeiro episódio depressivo costuma durar apro-

ximadamente entre cinco a nove meses. Quanto ao índice de recuperação, a maioria dos autores cita o artigo de Kovacs et al.³⁹, em que 74% dos casos apresentaram melhora significativa dentro de um ano, e 92% se recuperaram em um período de dois anos^{5,6,8,11,15,20,22}. Os autores são unânimes em afirmar que, após a recuperação, costuma permanecer algum grau de prejuízo psicossocial; e quanto mais precoce for o aparecimento da patologia, maior tenderá a ser o prejuízo, o que foi confirmado na pesquisa de Rohde et al.⁴⁰ com 1.507 adolescentes comunitários, onde concluíram que o aparecimento precoce da depressão maior é uma forma mais perniciosa da doença, e causa um impacto mais severo do que em adultos.

O risco de recorrência da depressão maior na infância e adolescência é mais freqüente alguns meses após o primeiro episódio, com taxas variáveis, entre 33 a 80% em cinco anos, segundo artigos de revisão^{13,22,29}. Em pesquisas longitudinais^{16,39} nos EUA e na Inglaterra, foram encontradas taxas de recorrência entre 60 a 74%. Considera-se que crianças e adolescentes com depressão possuem um grande risco de recorrência que se estende até a idade adulta, representando uma alta vulnerabilidade para transtornos depressivos.

São considerados fatores preditores de recorrência: início precoce, inúmeros episódios anteriores, gravidade do episódio, presença de sintomas psicóticos, presença de estressores, comorbidade (especialmente distímia) e falta de adesão ao tratamento¹⁹. Alguns autores consideram o aparecimento de episódio depressivo maior na infância e na adolescência como preditivo de transtorno bipolar no futuro, entretanto ainda faltam evidências seguras dessa relação^{13,20,41}.

Comorbidade

Crianças e adolescentes deprimidos costumam apresentar altas taxas de comorbidade com outros transtornos psiquiátricos, sendo encontrada mais comumente do que em adultos deprimidos. Os transtornos comórbidos mais comuns em crianças são os transtornos de ansiedade (especialmente o transtorno de ansiedade de separação), o transtorno de conduta, o transtorno desafiador opositivo e o transtorno de déficit de atenção, e em adolescentes acrescentam-se os transtornos relacionados a substâncias e os transtornos alimentares^{5,12,16,22,24,27,40,42}.

Goodyer e Cooper²⁶ destacam que os transtornos depressivos em crianças e adolescentes apresentam 40% de comorbidade com transtornos de ansiedade, e 15% com transtornos de conduta. Birmaher et al.¹³ descrevem que a depressão maior na adolescência costuma apresentar o índice de 40 a 70% de comorbidade psiquiátrica, sendo que pelo menos 20 a 50% têm dois ou mais quadros comórbidos; e destacam que os transtornos de conduta podem persistir após cessar o episódio depressivo. Kazdin e Marciano¹¹ citam que jovens deprimidos, em estudos comunitários, apresentam taxas médias de comorbidade entre 40 e

50% para pelo menos um outro diagnóstico psiquiátrico, podendo chegar até 80%. Martin e Cohen⁴³ e Scivoletto et al.⁷ citam que 20% dos adolescentes deprimidos também apresentam abuso de álcool e drogas.

Kashani et al.⁴⁴, em pesquisa comunitária com adolescentes, nos EUA, encontraram entre aqueles com diagnóstico de depressão maior os seguintes índices de comorbidade: 100% para distímia, 75% para transtornos de ansiedade, 50% para transtorno desafiante opositivo, 35% para transtorno de conduta, e 25% para abuso de substâncias. Roberts et al.²³, nos EUA, em levantamento comunitário com 1.710 adolescentes, encontraram entre os portadores de depressão maior a taxa de 66% de história de outro transtorno mental, e 34% já tinham apresentado um episódio depressivo anterior. Garrison et al.⁴⁵ nos EUA, em estudo epidemiológico longitudinal com 3.283 participantes entre 12 e 14 anos de idade, pesquisando distímia e depressão maior, encontraram alta taxa de comorbidade, sendo que 58% daqueles diagnosticados com distímia também tinham depressão maior, caracterizando a presença de depressão dupla. Ainda nos EUA, Kessler e Walters¹⁶, em investigação com a população de 1.769 indivíduos entre 15 e 24 anos de idade, que fizeram parte do *National Comorbidity Survey*, encontraram que 76,7% daqueles com depressão maior e 69,3% daqueles com distímia apresentavam, pelo menos, um outro transtorno psiquiátrico ao longo da vida, e concluíram que a comorbidade para depressão, nesta faixa etária, é mais a regra do que a exceção.

Em relação à depressão na infância e na adolescência, sabe-se que a probabilidade de transtornos comórbidos aumenta com a severidade do quadro depressivo, assim como a sua presença costuma indicar uma evolução mais grave, e um prognóstico mais pobre^{3,8,22}.

Suicídio

O suicídio na criança e no adolescente é manifestação particularmente dramática e grave, sendo o fato mais relevante do quadro clínico da depressão. Atualmente há uma tendência entre os autores de denominarem a tentativa de suicídio de comportamento autodestrutivo deliberado^{17,46,47} (*Deliberate Self-Harm*).

A ocorrência do comportamento suicida entre jovens aparenta estar aumentando nas últimas décadas, e a adolescência destaca-se como o período mais relacionado à morte devido a causas violentas^{17,38,41,46,48,49}. Em pesquisa realizada na Inglaterra e no País de Gales com indivíduos de 14 a 24 anos de idade, segundo Scivoletto et al.⁷, foi encontrado um aumento nas taxas de suicídio de 78% entre os anos de 1980 e 1990. Atualmente o suicídio é a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 24 anos de idade, tanto nos EUA, conforme o *National Center for Health Statistics*⁴⁹ de 1986, quanto na Inglaterra, segundo o estudo *Office of Population Census and Surveys*⁴², de 1990; e o índice de suicídio na população geral, nesta faixa etária, é de 0,01%⁴⁷.

Em relação à idade, a ideação suicida é comum em crianças escolares e em adolescentes, porém as tentativas são raras em crianças. As tentativas de suicídio e o suicídio aumentam com a idade, tornando-se comum após a puberdade. Dos estudantes do ensino médio, 4% apresentaram uma tentativa de suicídio nos doze meses anteriores, e 8% já tiveram uma tentativa de suicídio anterior na vida, segundo o *United States Youth Risk Survey*¹⁴, de 1990. E os índices de ideação suicida são ainda maiores; levantamentos comunitários encontraram taxas de 12 a 25% em estudantes do ensino fundamental, e mais de 25% em estudantes do ensino médio¹⁴.

Weismman et al.⁴¹, nos EUA, em artigo de pesquisa de acompanhamento em um período entre dez e quinze anos com adolescentes deprimidos, encontraram uma taxa de tentativas de suicídio de 50,7%, e de 7,7% de suicídios. No Brasil, Feijó et al.⁴⁸, em investigação de comportamento autodestrutivo em adolescentes na faixa de 13 a 20 anos de idade, acompanharam diariamente em um período de quatro meses as tentativas de suicídio atendidas no Pronto Socorro do Hospital de Clínicas de Porto Alegre-RS, e encontraram os seguintes resultados: 88% foram causadas por intoxicações (overdose), 84,4% dos casos ocorreram em garotas, 47% já haviam tido uma tentativa de suicídio anterior, e 28% apresentaram diagnóstico de depressão maior. Miranda e Queiroz⁵⁰, pesquisando ideação suicida e tentativas de suicídio em amostra de 875 estudantes de medicina na cidade de Belo Horizonte-MG, obtiveram as taxas de 37% para ideação suicida, e de 2,3% para tentativas de suicídio.

Quanto ao método empregado pelos adolescentes, aproximadamente 80% das tentativas de suicídio ocorrem através de intoxicações, seguido de corte nos pulsos, enquanto que aproximadamente 65% dos suicídios são cometidos com armas de fogo, seguidos pelo enforcamento, saltos e intoxicações. Shafii e Shafii⁸ citam um estudo em Louisville, EUA, em que 57% dos suicídios em adolescentes foram com armas de fogo, alertando que 82% dos casos nunca haviam tido ajuda especializada. A maioria dos adolescentes vítimas de suicídio o fazem de modo impulsivo, e freqüentemente se encontram intoxicados (álcool e drogas) no momento de sua morte. O suicídio é três a quatro vezes mais comum em rapazes do que em garotas, enquanto que as tentativas de suicídio são duas a cinco vezes mais comuns nas garotas^{7,14,22,28,47,51,52}.

São considerados fatores de risco para comportamento suicida na infância e adolescência: idade, presença de tentativas anteriores, história familiar de transtornos psiquiátricos (especialmente com tentativa de suicídio e/ou suicídio), ausência de apoio familiar, presença de arma de fogo em casa, doença física grave e/ou crônica, presença de depressão e comorbidade com transtornos de conduta e abuso de substâncias. O risco de comportamento suicida em adolescentes deprimidos é três vezes maior na presença destas patologias comórbidas^{22,29,46,48,50,52}. O melhor preditor é a existência de tentativa de suicídio prévia, pois

se calcula que 25% dos adolescentes com tentativa de suicídio e 25 a 40% dos jovens que se suicidam já tiveram, pelo menos, uma tentativa de suicídio prévia. Estima-se que até 11% dos adolescentes que fazem tentativa de suicídio através de intoxicação irão se suicidar nos próximos anos⁴⁷. O sentimento de desesperança está fortemente associado ao comportamento suicida, e prediz futuras tentativas^{7,21,49,53}. É sabido que pelo menos 50% dos adolescentes que cometem suicídio fizeram ameaças ou tentativas no passado, e o risco de repetir uma tentativa é maior nos três primeiros meses após uma tentativa de suicídio¹⁴.

Como precipitantes do comportamento suicida nessa faixa etária encontram-se: perdas, crises interpessoais com família ou amigos, estressores psicossociais, abuso físico e sexual, problemas legais ou disciplinares, e a exposição ao suicídio de amigos, familiares ou mesmo através da mídia^{7,14,22,47,51,53}. O conhecimento dos fatores de risco associados aos fatores precipitantes fornecem ao clínico uma indicação útil e precisa daqueles quadros que requerem urgente encaminhamento a especialista.

Conclusões

O estudo dos transtornos depressivos na infância e na adolescência já definiu que sua presença é comum e grave o suficiente para merecer a atenção de clínicos e pesquisadores. Ainda mais se considerarmos a possibilidade sugerida por modernos estudos epidemiológicos do aumento de sua prevalência e de seu início cada vez mais precoce.

As manifestações clínicas da depressão em crianças, adolescentes e adultos são essencialmente as mesmas, a tal ponto, que os principais sistemas de classificação de transtornos mentais utilizam os mesmos critérios diagnósticos nessas três fases da vida. Existe, entretanto, a necessidade de se destacar a relevância das características próprias de cada fase do desenvolvimento infanto-juvenil, que por sua vez modelam as manifestações clínicas da depressão, havendo grupos sintomatológicos predominantes nas diferentes faixas etárias.

É necessário destacar que o transtorno depressivo tem apresentação heterogênea já desde a infância, requerendo cuidadosa avaliação diagnóstica dos profissionais envolvidos com crianças e adolescentes. Seja em relação a sintomatologia ou em relação a evolução, a existência de patologias psiquiátricas comórbidas traz especial complicação no estudo das depressões infanto-juvenis, sendo que a coexistência de múltiplos diagnósticos é mais a regra do que a exceção. Especialmente nestes períodos é necessário considerar a importância da utilização de várias fontes de informações (pais, professores e amigos) ao se estabelecer uma investigação clínica.

Em adolescentes, há atualmente a compreensão de que a depressão maior é comum, debilitante e recorrente, envolvendo um alto grau de morbidade e mortalidade, especialmente através do suicídio, constituindo-se em uma das

principais preocupações da saúde pública^{3,14,22,29,38}. Chamamos a atenção para o fato de que a maioria das crianças e adolescentes deprimidos não é sequer identificada, e muito menos encaminhada a tratamento^{3,21,23,36,42,43,54}. No estudo realizado por Goodyer e Cooper²⁶ na Inglaterra, nenhum dos adolescentes identificados como estando com depressão maior havia sido encaminhado, ou estava em tratamento.

Finalizando, a depressão na infância e na adolescência se reveste de importância especial quando se considera a questão do comportamento suicida. Existem relatos de comportamento suicida e suicídio já em crianças pré-escolares⁸, e a ocorrência em adolescentes está aumentando. Calcula-se que a depressão seja responsável pela maioria dos suicídios entre jovens, alcançando valores próximos a 10% nos casos de depressão maior. Na atualidade já se conhece, de forma relativamente segura, tanto os fatores de risco como os fatores precipitantes do comportamento suicida em crianças e adolescentes, o que permite melhores estratégias de abordagem do problema. E se considerarmos ainda que a depressão, devido ao seu resultado terapêutico comumente satisfatório, é a principal causa evitável de suicídio, muito existe para ser realizado, protegendo e impedindo inúmeras possíveis vítimas de comportamento suicida derivado da doença depressiva.

Referências bibliográficas

1. Bahls S-C. Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *Interação* 1999;3:49-60.
2. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease and injury series. *The global burden of disease (Summary)*. Cambridge: Harvard University Press; 1996.
3. Bahls, SC. Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(2):63-7.
4. Goodyer IM. Physical symptoms and depressive disorder in childhood and adolescence. *J Psychosom Res* 1996;41(5):405-8.
5. Kent L, Vostanis P, Feehan C. Detection of Major and Minor Depression in Children and Adolescents: Evaluation of the Mood and Feelings Questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38(5):565-73.
6. Larsson B, Melin L, Breitholtz E, Andersson G. Short-term stability of depressive symptoms and suicide attempts in Swedish adolescents. *Acta Psychiatr Scand* 1991;83:385-90.
7. Scivoletto S, Nicastrì S, Zilberman ML. Transtorno depressivo na adolescência: diagnóstico e tratamento. *RBM* 1994;51(9): 1211-28.
8. Shafii M, Shafii SL. Clinical Manifestations and Developmental Psychopathology of Depression. In: Shafii M, Shafii SL, editores. *Clinical Guide to Depression in Children and Adolescents*. Washington: American Psychiatric Press; 1992. p.3-42.
9. Souza PR. Depressão endógena em criança de oito anos - relato de caso. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria* 1984;6(21):67-9.
10. Bhatara VS. Early Detection of Adolescent Mood Disorders. *S D J Med* 1992;45(3): 75-8.

11. Kazdin AE, Marciano PL. Childhood and adolescent depression. In: Mash E, Barkley R, editores. *Treatment of Childhood Disorders*. 2ª ed. New York: The Guilford Press; 1998.
12. Olsson G, von Knorring A-L. Depression among Swedish adolescents measured by the self-rating scale Center for Epidemiology Studies – Depression Child (CES-DC). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1997;6:81-7.
13. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(11):1427-39.
14. Brent DA. Depression and Suicide in Children and Adolescents. *Pediatr Rev* 1993;14(10):380-8.
15. Garrison CZ, Addy CL, Jackson KL, McKeown RE, Waller JL. Incidence of major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(4):458-65.
16. Kessler RC, Walters EE. Epidemiology of DSM-III-R Major Depression and Minor Depression among Adolescents and Young Adults in the National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety* 1998;7:3-14.
17. Prosser J, McArdle P. The changing mental health of children and adolescents: evidence for a deterioration? *Psychol Med* 1996;26:715-25.
18. Ryan ND, Williamson DE, Iyengar S, Orvaschel H, Reich T, Dahl RE, et al. A Secular Increase in Child and Adolescent Onset Affective Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31(4):600-5.
19. Versiani M, Reis R, Figueira I. Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. *J Bras Psiquiatria* 2000;49(10-12):367-82.
20. Olsson G, von Knorring A-L. Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99:324-31.
21. Feijó RB, Saueressig M, Salazar C, Chaves MLF. Mental health screening by self-report questionnaire among community adolescents in southern Brazil. *J Adolesc Health* 1997;20:232-7.
22. Pataki CS, Carlson GA. Childhood and Adolescent Depression: A Review. *Harv Rev Psychiatry* 1995;3(3):140-51.
23. Roberts RE, Lewinsohn PM, Seeley JR. Symptoms of DSM-III-R Major Depression in Adolescence: Evidence from an Epidemiological Survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34(12):1608-17.
24. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV*. 4ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
25. Organização Mundial da Saúde. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
26. Goodyer I, Cooper PJ. A Community Study of Depression in Adolescent Girls II: The Clinical Features of Identified Disorder. *Br J Psychiatry* 1993;163:374-80.
27. Nolen-Hoeksema S, Girgus JS. The Emergence of Gender Differences in Depression During Adolescence. *Psychol Bull* 1994;115(3): 424-43.
28. Sadler LS. Depression in Adolescents. Context, Manifestations, and Clinical Management. *Nurs Clin North Am* 1991;26(3): 559-72.
29. Mirza KAH, Michael A. Major depression in children and adolescents. *Br J Hosp Med* 1996;55(1-2):57-61.
30. Kashani JH, Rosenberg T, Reid J. Developmental perspectives in child and adolescent depressive symptoms in a community sample. *Am J Psychiatry* 1989;146:871-5.
31. Bandim JM, Roazzi A, Doménech E. Rendimento escolar em crianças com sintomas depressivos. *J Bras Psiquiatria* 1998;47(7):353-60.
32. Bahls S-C. Medicamentos Antidepressivos e Insônia. *Revista Temas: Teoria e Prática do Psiquiatra*, 2001;31. “no prelo”
33. Baron P, Campbell TL. Gender differences in the expression of depressive symptoms in middle adolescents: an extension of early findings. *Adolescence* 1993;28(112):903-11.
34. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Klein DN, Gotlib IH. Natural Course of Adolescent Major Depressive Disorder in a Community Sample: Predictors of Recurrence in Young Adults. *Am J Psychiatry* 2000;157(10):1584-91.
35. Garrison CZ, Jackson KL, Marsteller F, McKeown R, Addy C. A longitudinal study of depressive symptomatology in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29(4):581-5.
36. Abou-Nazel MW, Fahmy SI, Younis IA, El-Din AGS, Fatah MA, Mokhtar S, et al. A Study of Depression among Alexandria Preparatory School Adolescents. *J Egypt Public Health Assoc* 1991;66(5-6):649-74.
37. Nunes SOV, Dario J, Paulucci I. Avaliação familiar de distúrbios mentais em depressões infanto-juvenis. *J Bras Psiquiatria* 1992;41(8):411-5.
38. Patten CA, Gillin JC, Farkas AJ, Gilpin EA, Berry CC, Pierce JP. Depressive Symptoms in California Adolescents: Family Structure and Parental Support. *J Adolesc Health* 1997;20:271-8.
39. Kovacs M, Feinberg TL, Crouse-Novak MA, Paulauskas SL, Finkelstein R. Depressive disorders in childhood: I. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:229-37.
40. Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR. Are Adolescents Changed by an Episode of Major Depression? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33(9):1289-98.
41. Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, et al. Adolescentes Deprimidos: Como Ficam Quando Adultos. *Jama Brasil* 1999;3(9):2429-35.
42. Harrington R, Bredenkamp D, Groothues C, Rutter M, Fudge H, Pickles A. Adult Outcomes of Childhood and Adolescent Depression. III Links with Suicidal Behaviors. *J Child Psychol Psychiatry* 1994;35(7):1309-19.
43. Martin A, Cohen DJ. Adolescent Depression: Window of (Missed?) Opportunity. Editorial. *Am J Psychiatry* 2000;157(10):1549-51.
44. Kashani JH, Carlson GA, Beck NC, Hooper EW, Corcoran CM, McAllister JA, et al. Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry* 1987;144:931-4.
45. Garrison CZ, Waller JL, Cuffe SP, McKeown RE, Addy CL, Jackson KL. Major Depressive Disorder and Dysthymia in Young Adolescents. *Am J Epidemiol* 1992;135(7):792-802.
46. Gunnell DJ. The epidemiology of suicide. *International Review of Psychiatry* 2000;12(1):21-6.
47. Hurry J. Deliberate self-harm in children and adolescents. *International Review of Psychiatry* 2000;12(1):31-6.
48. Feijó RB, Salazar CC, Bozko MP, Bozko MP, Candiago RH, Ávila S, et al. O adolescente com tentativa de suicídio: características de uma amostra de 13 a 20 anos atendida em emergência médica. *J Bras Psiquiatria* 1996;45(11):657-64.
49. Lamb J, Pusker KR. School-based Adolescent Mental Health Project Survey of Depression, Suicidal Ideation, and Anger. *J Child Adolesc Psychiatr Ment Health Nurs*. 1991;4(3):101-4.
50. Miranda PSC, Queiroz EA. Pensamento suicida e tentativa de suicídio entre estudantes de medicina. *Rev ABP-APAL* 1991;13(4):157-60.

51. Feijó RB, Raupp APG, John AB. Eventos estressores de vida e sua relação com tentativas de suicídio em adolescentes. J Bras Psiquiatria 1999;48(4):151-57.
52. Lippi JRS, Pereira IM, Soares KVS, Camargos Jr. W. Suicídio na infância e adolescência. J Bras Psiquiatria 1990;39(4):167-74.
53. Pfeffer CR. Relationship Between Depression and Suicidal Behavior. In: Shafii M, Shafii SL, editores. Clinical Guide to Depression in Children and Adolescents. Washington: American Psychiatric Press; 1992.p.115-26.
54. Culp AM, Clyman MM, Culp RE. Adolescent depressed mood, reports of suicide attempts, and asking for help. Adolescence 1995;30(120):827-37.

Endereço para correspondência:

Dr. Saint-Clair Bahls

Rua Carneiro Lobo, 570 - conj. 1403 - Batel

CEP 80240-240 – Curitiba, PR

Fone/Fax: (41) 242.6132

E-mail: scbahls@uol.com.br