



DEPRESSÃO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: A EPIDEMIA DO SÉCULO XXI

GABRIEL LAZZAROTTO

RESUMO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) em crianças e adolescentes é um problema de saúde significativo, causando prejuízos profundos no funcionamento social, acadêmico e familiar, além de considerável morbidade e mortalidade. Durante a adolescência, a incidência de sintomas depressivos e Transtorno Depressivo Maior aumenta drasticamente, onde a adolescência é um período de risco para o início da depressão, com altas taxas de recorrência e desfechos funcionais desfavoráveis. A depressão em crianças geralmente surge de uma combinação de vulnerabilidade genética, experiências de desenvolvimento precoces subótimas e exposição a estresses, porém, síndromes depressivas às vezes ocorrem como sequelas de doenças físicas, como infecções virais, e podem se sobrepor a síndromes de fadiga. Eventos estressantes da vida podem desencadear a primeira ocorrência de depressão, mas raramente são suficientes por si só para causar a depressão e, pós a primeira incidência de depressão, níveis mais baixos de estresse são necessários para provocar episódios subsequentes da doença. Os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) apresentaram evidências científicas mais sustentadas no tratamento farmacológico para a depressão pediátrica, especialmente para fluoxetina, sertralina e escitalopram. Não alcançar uma resposta ao tratamento é relativamente comum em crianças e adolescentes, e estudos mostram que pelo menos 25% dos adolescentes têm uma resposta insatisfatória ao primeiro tratamento antidepressivo. A psicoterapia, ou intervenção psicossocial de forma mais ampla, tem sido considerada uma parte importante do tratamento do transtorno depressivo, mas ainda existem dados limitados sobre crianças e adolescentes com depressão resistente ao tratamento, mas as diretrizes recomendam a psicoterapia como monoterapia ou em combinação com farmacoterapia para um episódio agudo de depressão em crianças e adolescentes.

Palavras-chave: Transtorno Depressivo Maior; Suicídio; Psicoterapia; Distímia; Antidepressivos.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) em crianças e adolescentes é um problema de saúde significativo, causando prejuízos profundos no funcionamento social, acadêmico e familiar, além de considerável morbidade e mortalidade (Chang, *et al.*, 2023). A depressão é a principal causa de incapacidade global e frequentemente começa na adolescência, sendo que a arquitetura genética e os perfis de resposta ao tratamento para adultos e crianças/adolescentes diferem, embora critérios idênticos sejam usados para diagnosticar a depressão em diferentes faixas etárias, não há um consenso claro sobre como esses grupos diferem em seus perfis de sintomas (Rice *et al.*, 2019).

A depressão pode afetar de 2 a 8% das crianças e adolescentes, com uma incidência máxima por volta da puberdade. Embora possa ser autolimitada, cerca de 40% das crianças afetadas experimentam um novo episódio, um terço delas fará uma tentativa de suicídio e 3-4% morrerão por suicídio (Hazell, 2009). Durante a adolescência, a incidência de sintomas depressivos e Transtorno Depressivo Maior aumenta drasticamente, onde a adolescência é um período de risco para o início da depressão, com altas taxas de recorrência e desfechos

funcionais desfavoráveis (Rice *et al.*, 2019).

Em comparação com a depressão em adultos, a depressão em crianças (6-12 anos) e adolescentes (13-18 anos) pode ter um início mais insidioso, sendo observada mais pela irritabilidade do que pela tristeza e ocorrer mais frequentemente em associação com outras condições, como ansiedade, transtorno de conduta, hiperatividade e problemas de aprendizado (Hazell, 2009). O termo Transtorno Depressivo Maior é usado para distinguir episódios discretos de depressão de um humor baixo leve e crônico (com duração de 1 ano ou mais), ou irritabilidade, também caracterizada por distímia (Hazell, 2009).

As mudanças físicas, psicológicas e sociais da adolescência tornam essa transição de vida um período de alto risco para o desenvolvimento do TDM e, estudos mostram diferenças de gênero na extensão dos sintomas depressivos surgem após os 13 anos nas meninas, mas permanecem constantes nos meninos, sendo que as meninas podem apresentar TDM com mais frequência do que os meninos devido a eventos de desenvolvimento que aumentam sua vulnerabilidade e a um conjunto cognitivo que promove negatividade e ruminação (Hauenstein, 2003). Em crianças e adolescentes, apenas dois antidepressivos inibidores da receptação de serotonina (fluoxetina e escitalopram) são aprovados para o tratamento do TDM. Além disso, a diretriz do *National Institute for Health and Care Excellence*, de 2019, recomenda a fluoxetina como a primeira linha de intervenção farmacológica (Chang *et al.*, 2023).

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho consiste em uma revisão bibliográfica, de caráter descritivo, acerca da depressão em crianças e adolescentes, suas diferenças de apresentação e tratamento quando comparadas à depressão no adulto, com o objetivo de reunir informações da literatura para desmistificá-la e torná-la notória para pais e profissionais. Para a realização do presente trabalho, foi feita uma busca de artigos na base de dados PubMed, publicados no período de 2003 à 2024, utilizando as seguintes palavras-chaves: *Depression, Children e Adolescents*.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A depressão em crianças geralmente surge de uma combinação de vulnerabilidade genética, experiências de desenvolvimento precoces subótimas e exposição a estresses, porém, síndromes depressivas às vezes ocorrem como sequelas de doenças físicas, como infecções virais, e podem se sobrepor a síndromes de fadiga (Hazell, 2009). A depressão recorrente parece ter uma associação familiar mais forte em comparação com a depressão de episódio único, sendo que indivíduos propensos à depressão apresentam um estilo cognitivo caracterizado por uma visão excessivamente pessimista sobre os eventos (esse estilo cognitivo precede o início da depressão e parece ser independente de eventos recentes da vida e estresses em andamento) (Hazell, 2009).

Pesquisadores que examinam os efeitos do ambiente familiar mostraram que as interações familiares de adolescentes depressivos são caracterizadas por mais conflitos, rejeição, menor expressão de emoções e mais abuso do que as de jovens não depressivos; adolescentes e jovens adultos com histórico de maus-tratos na infância tinham três vezes mais chances de se tornarem depressivos ou suicidas do que indivíduos sem esse histórico (Hauenstein, 2003). Eventos estressantes da vida podem desencadear a primeira ocorrência de depressão, mas raramente são suficientes por si só para causar a depressão e, pós a primeira incidência de depressão, níveis mais baixos de estresse são necessários para provocar episódios subsequentes da doença. (Hazell, 2009).

Do ponto de vista clínico, é útil considerar a depressão em adultos e adolescentes como o mesmo transtorno, no entanto, é amplamente aceito que existem diferenças etiológicas e de resposta ao tratamento entre a depressão em adolescentes e em adultos (Rice *et al.*, 2019). As evidências sugerem que os sintomas vegetativos são uma manifestação comum na depressão

adolescente (tais como insônia, perda de peso e apetite, fadiga) e, dado que o tratamento precoce melhora o curso a longo prazo da depressão em adolescentes, esforços para aprimorar a identificação, o acesso a suporte terapêutico breve e o encaminhamento para serviços especializados continuam sendo necessários, adjuntos à importância de avaliar sintomas biológicos em jovens e são consistentes com as diferenças etiológicas e de tratamento entre a depressão em adultos e adolescentes (Rice *et al.*, 2019).

A gravidade da depressão pode ser definida pelo nível de comprometimento e pela presença ou ausência de alterações psicomotoras e sintomas somáticos e as definições de depressão refratária (também conhecida como depressão resistente ao tratamento) é caracterizada como a depressão que não respondeu, ou respondeu apenas parcialmente, a um teste adequado de pelo menos dois tratamentos reconhecidos (Hazell, 2009). Até 15% das crianças e adolescentes sofrem de TDM, e uma parte deles, cerca de 30 a 40%, não responde ao tratamento inicial com inibidores seletivos de receptação de serotonina, sendo única recomendação baseada em evidências é a troca de medicação para outro ISRS e a complementação com terapia cognitivo-comportamental (Chang, *et al.*, 2023).

Em crianças e adolescentes, a taxa de recorrência após um primeiro episódio depressivo é de 40%; Jovens que vivenciam um episódio depressivo moderado a severo podem ter mais probabilidade do que os adultos de ter um episódio maníaco nos anos seguintes (Hazell, 2009). Ensaios clínicos de tratamentos para a depressão infantil e adolescente encontraram altas taxas de resposta ao placebo (de até dois terços das pessoas em alguns estudos hospitalares), sugerindo que os episódios de depressão podem ser autolimitados em muitos casos; um terço dos jovens que experienciam um episódio depressivo fará uma tentativa de suicídio em algum momento, e 3-4% daqueles que vivenciam depressão morrerão por suicídio (Hazell, 2009).

Os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) apresentaram evidências científicas mais sustentadas no tratamento farmacológico para a depressão pediátrica, especialmente para fluoxetina, sertralina e escitalopram; outros ISRS, inibidores da recaptção de serotonina-norepinefrina (IRSN) e antidepressivos atípicos (por exemplo, bupropiona, mirtazapina, vilazodona e vortioxetina) não possuem dados concretos que justifiquem a sua utilização (Chang *et al.*, 2023).

Não alcançar uma resposta ao tratamento é relativamente comum em crianças e adolescentes, e estudos mostram que pelo menos 25% dos adolescentes têm uma resposta insatisfatória ao primeiro tratamento antidepressivo, mesma forma, entre as crianças e adolescentes diagnosticados com transtorno depressivo maior (TDM), cerca de 30 a 40% apresentaram uma resposta pobre ao tratamento inicial baseado em evidências com apenas ISRS, apenas psicoterapia ou a combinação de ISRS e psicoterapia em muitos estudos (Chang *et al.*, 2023).

A psicoterapia, ou intervenção psicossocial de forma mais ampla, tem sido considerada uma parte importante do tratamento do transtorno depressivo, mas ainda existem dados limitados sobre crianças e adolescentes com depressão resistente ao tratamento, mas as diretrizes recomendam a psicoterapia como monoterapia ou em combinação com farmacoterapia para um episódio agudo de depressão em crianças e adolescentes (Chang *et al.*, 2023). Porém, o efeito da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) parece ter resultados menos favoráveis para o tratamento da depressão em adolescentes, quando comparada à depressão em adultos.

4 CONCLUSÃO

Apesar de ser extremamente prevalente, o Transtorno Depressivo Maior ainda passa por muitos desafios, seja na sua identificação ou no seu tratamento. Quando a depressão surge em crianças e adolescentes, onde a psique ainda está em desenvolvimento, ela pode acarretar em desfechos negativos no futuro, tais como depressão recorrente ou até suicídio. Estigmas

sociais impedem que as crianças e adolescentes expressem os seus sentimentos, culminando em que eles sofram em silêncio, percorrendo um caminho mais árduo. A psicoterapia adjunta à farmacologia, no momento do presente estudo, é a melhor combinação terapêutica para garantir o adequado tratamento para as crianças e adolescentes que sofrem tanto de TDM como outras injúrias psíquicas, facilitando o seu dia a dia e ajudando-os a expressarem suas angústias e sentimentos.

REFERÊNCIAS

CHANG, J. *et al.* Treatment-resistant depression in children and adolescents. **Progress in Brain Research**, Epub, v. 1, n. 281, p. 1-24, jun./2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2023.03.004>. Acesso em: 24 set. 2024.

HAUENSTEIN, Emily J. Depression in adolescence. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 32, n. 2, p. 239-248, mar./2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12685676/>. Acesso em: 24 set. 2024.

HAZELL, Philip. Depression in children and adolescents. **BMJ Clinical Evidence**, Epub, v. 1, n. 1008, p. 1-1, jan./2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2907806/>. Acesso em: 24 set. 2024.

RICE, F. *et al.* Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. **Journal of Affective Disorders**, Epub, v. 15, n. 243, p. 175-181, jan./2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.015>. Acesso em: 24 set. 2024.