

DEPRESSÃO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Edição 2015

Joseph M Rey, Tolulope T Bella-Awusah & Jing Liu

Edição em Português

Editor: Flávio Dias Silva

Tradutores: Fellipe Matos Melo Campos, Rinaig Yanniz Mendes Carvalho, Thiago Gatti Pianca, Marlon Daniel Gomes Coelho, Larissa de Freitas do Lago e Abreu



Foto de: repowerup.com

Joseph M Rey MD, PhD,
FRANZCP
Professor de Psiquiatria, Notre
Dame University Medical
School Sydney & Honorary
Professor, University of
Sydney Medical School,
Sydney, Australia
Conflito de interesses: nenhum
divulgado

Tolulope T Bella-Awusah
MBBS(IB), FWACP
Departamento de Psiquiatria,
College of Medicine, University
of Ibadan & University College
Hospital, Ibadan, Nigeria
Conflito de interesses: nenhum
divulgado

Jing Liu MD
Professor & Diretor, Clinical
Department for Children
and Adolescents, Mental
Health Institute & the Sixth
Hospital, Peking University,
Beijing, China. Vice-Presidente,
Asian Society for Child and
Adolescent Psychiatry & Allied
Professions

Esta publicação é direcionada para profissionais em treinamento ou em atividade no campo da Saúde Mental e não para o público em geral. As opiniões expressas são as dos autores e não necessariamente representam o ponto de vista do Editor ou da IACAPAP. Esta publicação busca descrever os melhores tratamentos e condutas baseados nas evidências científicas disponíveis e avaliadas pelos autores no momento da escrita da mesma e esses podem mudar de acordo com o resultado de novas pesquisas. Os leitores devem aplicar tal conhecimento em pacientes em concordância com as diretrizes e leis do respectivo país de atuação. Algumas medicações podem não estar disponíveis em alguns países e os leitores devem consultar as informações específicas das drogas, pois nem todas as dosagens e efeitos adversos são mencionados. Organizações, publicações e *websites* são citados e *linkados* para ilustrar problemas ou como fonte de mais informações. Isso não significa que os autores, o Editor ou a IACAPAP endossam seus conteúdos ou recomendações, os quais devem ser criticamente avaliados pelo leitor. *Websites* também podem mudar ou deixar de existir. ©IACAPAP 2012. Essa é uma publicação de livre acesso sob a [Licença Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). Uso, distribuição e reprodução em qualquer meio são permitidos sem permissão prévia desde que o trabalho original seja devidamente citado e o uso seja não comercial. Citação sugerida: Rey JM, Bella-Awusah TT, Jing L. Depression in Children and Adolescents. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (edição em Português; Dias Silva F, ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2018.

Depressão maior é um transtorno episódico e recorrente, caracterizado por tristeza e infelicidade persistentes e penetrantes, perda do prazer em atividades cotidianas, irritabilidade, e sintomas associados, como pensamento pessimista, perda de energia, dificuldade em atenção e concentração, inapetência e perturbação do sono. As manifestações podem variar de acordo com a idade, gênero, contexto cultural ou educacional. Os muitos subtipos de depressão são identificados baseados na gravidade, penetrância, prejuízo funcional, ou pela presença de episódio maníaco ou psicótico.

Os termos “depressão”, “episódio depressivo”, “transtorno depressivo” e “depressão clínica” serão usados no capítulo para significar o que o DSM-5 define como “episódio depressivo maior” ou “transtorno depressivo maior”, e “episódio depressivo” / “transtorno depressivo recorrente” pela CID-10. As informações do capítulo se referem à depressão UNIPOLAR, exceto outras especificações.

EPIDEMIOLOGIA

A prevalência varia, dependendo da população (por exemplo, pelo país), do período considerado (p.ex. último trimestre, último ano, ao longo da vida), do informante (cuidadores, pacientes) e dos critérios usados para o diagnóstico. A maioria dos estudos mostra entre 1% e 2% de prevalência para pré-púberes e cerca de 5% para adolescentes, para um quadro depressivo clinicamente significativo em qualquer período. A prevalência acumulada (acúmulo de casos novos em indivíduos sem histórico ao longo da vida, ou prevalência ao longo da vida) é maior. Por exemplo, por volta dos 16 anos, 12% das moças e 7% dos rapazes teriam sofrido algum episódio depressivo ao longo da vida (Costello et al. 2003). A prevalência de *transtorno distímico* é menos conhecida, mas estudos sugerem uma taxa de 1% a 2% em crianças e 2% a 8% nos adolescentes. Posteriormente, foram estimados 5 a 10% de jovens com sintomas subsindrômicos de depressão (ou “depressão menor”). Depressão menor na juventude traz algum prejuízo funcional, aumento no risco de suicídio e de desenvolver depressão maior.

Gênero e Cultura

A razão da depressão entre os gêneros é semelhante em pré-púberes, mas passa a ser quase o dobro no feminino durante a adolescência. Apesar de a informação ser limitada, os dados disponíveis sugerem que as taxas de Depressão são maiores em pacientes que sofrem de doenças crônicas e em grupos particulares, como crianças deficientes ou em minorias indígenas (nativos-americanos, esquimós, aborígenes).

Fardo da Doença

A Depressão impõe uma carga substancial ao indivíduo que sofre dessa condição, assim como para a sociedade como um todo. Relacionamentos interpessoais, particularmente, sofrem mais quando alguém está deprimido – poucas famílias e amigos podem não ser atingidos pela depressão. Ademais, depressão tende a progredir para um curso crônico, uma doença recorrente, caso não tratada. A carga da depressão é maior porque aparenta estar associada a comportamentos ligados a outras condições crônicas,

Conflito de interesses:
nenhum declarado.
Agradecimentos: nossa
gradidão aos doutores
Olga Rusakovskaya
(Rússia) e Jenifer Bergen
(Austrália) e pelos seus
comentários

• Você tem
perguntas?
• Comentários?
[Clique aqui para
acessar a página no
Facebook do livro-
texto para dividir suas
impressões sobre o
capítulo com outros
leitores, questionar os
autores ou editor e
fazer comentários](#)

como tabagismo, etilismo, sedentarismo e distúrbios do sono, além de outros, apesar de a natureza das associações não ser clara.

Os dados específicos sobre a carga econômica da depressão na infância são atualmente indisponíveis. Entretanto, considerando a continuidade da doença na idade adulta, tal carga tende a ser substancial. Por exemplo, um estudo estimou que uma amostra randomizada de mulheres de 21 anos com quadro depressivo de início precoce poderia almejar remunerações futuras por volta de 12 a 18% mais baixas do que mulheres de 21 anos cujo quadro depressivo iniciou após os 21 anos ou sem depressão (Berndt et al, 2000).

IDADE DE INÍCIO E CURSO DA DOENÇA

Pacientes deprimidos podem demonstrar sintomas clínicos em qualquer idade; entretanto, o padrão varia de acordo com o estágio de desenvolvimento, resultando em diferenças nas manifestações da própria doença no curso da vida, como ilustrado na tabela E.1.1.

A idade de início não parece definir subgrupos depressivos, mas início precoce está associado a indicadores múltiplos de maior carga de doença ao longo da idade adulta, através de vários domínios, como nunca ter casado, funcionamento social e ocupacional, menor qualidade de vida, mais comorbidades clínica e psiquiátrica, mais episódios depressivos ao longo da vida e tentativas de suicídio, e maior gravidade dos sintomas (Berndt et al, 2000).

Apesar de para se fazer o diagnóstico clínico de depressão serem necessários sintomas presentes diariamente, na maior parte do dia por pelo menos 2 semanas, os adolescentes, particularmente os que sofrem de depressão leve ou moderada, geralmente têm afeto reativo e podem, com esforço, esconder seus sintomas.

A depressão na juventude está aumentando?

Alguns pesquisadores sugeriram ter havido um aumento secular na prevalência de depressão, com taxas maiores em nascidos no fim do século 20. Isso não está definido, pois a qualidade de estudos que apoiam o achado não é adequada e são geralmente retrospectivos. É possível que o aumento na percepção se deva a uma maior vigilância para sintomas pelos pais ou um início mais precoce dos sintomas

Tabela E.1.1 Diferenças na apresentação da depressão, de acordo com a idade. Todos esses sintomas podem estar presentes em qualquer idade, mas são mais comuns em um grupo etário específico.

Pré-púberes	Adolescentes	Adultos
<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidade (birras, desobediência) • Afeto é reativo* • Frequentemente comórbido com ansiedade, problemas de comportamento e TDAH • Queixas somáticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidade (resmungar, hostilidades, facilmente frustrável, explosões de raiva) • Afeto é reativo* • Hipersonia • Aumento do apetite e ganho ponderal • Queixas somáticas • Sensibilidade extrema a rejeição (por exemplo, sensação errônea de ser depreciado ou criticado) resultando, por exemplo, na dificuldade em manter relacionamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Anedonia • Sem reatividade no afeto • Agitação ou retardo psicomotor • Variação diária do humor (pior pela manhã) • Insônia final (despertar mais precoce)
<p>*Habilidade de se animar momentaneamente em resposta a eventos positivos (por exemplo, receber visitas de pares).</p>		

Curso

Semelhante ao que acontece com adultos, a depressão na juventude apresenta-se com um padrão de recorrência. Um episódio depressivo em pacientes clínicos dura, em média, de 7 a 9 meses, mas pode ser mais curto em amostras comunitárias não-clínicas. Portanto, episódios depressivos são, na sua média, condições de remissão espontânea. Contrariamente, há 40% de probabilidade de recorrência dentro de 2 anos. Recorrência é alta mesmo após tratamento. Por exemplo, os participantes de um seguimento de 5 anos do “*Treatment of Adolescent Depression Study (TADS)*” mostraram que, apesar de a imensa maioria (96%) recuperarem do primeiro episódio, quase metade (46%) apresentou recorrência após 5 anos (Curry et al, 2010).

A chance de novos episódios na idade adulta é de até 60% (Birmaher et al, 1996). Logo, a doença depressiva deveria ser conceitualizada como um transtorno com remissões e recorrências. Isso promove implicações importantes no manejo, cujo objetivo deve ser não apenas reduzir a duração do episódio recorrente e diminuir consequências, mas também prevenir tais recorrências. Preditores de recorrência incluem: pouca resposta ao tratamento, maior gravidade, cronicidade, episódios prévios, presença de comorbidades, desesperança, estilo cognitivo negativo, problemas familiares, pior condição socioeconômica, e exposição a abuso ou a conflito familiar (Curry et al, 2010).

SUBTIPOS DE DEPRESSÃO

Tipificar a doença depressiva é relevante porque o tipo de depressão pode influenciar o tratamento e o prognóstico. Por exemplo, transtorno de humor sazonal pode especificamente responder com fototerapia, e o tratamento da depressão bipolar é diferente da depressão unipolar. Com a exceção da distinção de unipolar / bipolar, muitos outros subtipos (p. ex., primário e secundário, endógeno e reativo, neurótico e psicótico) foram propostos ao longo dos anos, geralmente sem dados empíricos convincentes ou evidência de valor clínico. Há atualmente divergências de opiniões na utilidade da dicotomia melancólico vs. não-melancólico. Alguns desses conceitos ainda são populares em alguns países ou contextos. Os subtipos de depressão mais usados, independente da validade científica, estão resumidos na tabela E.1.2.

ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO

A etiologia da depressão é complexa, multifatorial, e é objeto de muitas discussões acadêmicas. Consequentemente, não é discutida aqui em detalhes. Leitores interessados poderão consultar o resumo de Krishnan e Nestler (2010). As pesquisas descobriram amplitude de fatores associados com o início, manutenção ou recorrência do quadro. Isso pode ser confuso ou levar a expectativas falsas (p. ex., lidar com o fator de risco pode, por conta própria, já ser suficiente para resolver a depressão). Fatores de risco que têm implicação na prevenção, detecção ou tratamento estão listados na tabela E.1.3.

Em resumo, depressão na juventude parece ser resultado de interações complexas entre vulnerabilidades biológicas e influências ambientais. Vulnerabilidades biológicas podem resultar da carga genética da criança e de fatores pré-natais. Influências ambientais incluem relacionamentos da família do paciente, estilo cognitivo – a maioria dos

Reatividade do afeto em adolescentes deprimidos.

“Hoje eu vou levantar da cama. Hoje eu vou para a escola. Hoje farei minhas provas de matemática. Hoje vou dar conta do meu projeto de Inglês na hora do almoço e vou socializar com meus amigos. Eu vou rir, zoar e conversar com meus amigos. Vou contar estórias engraçadas do meu fim de semana e sem perceber, já vai ter acabado a escola e ninguém vai saber como me sinto por dentro. Então, quando eu chegar em casa, vou poder voltar para a cama e terei que fingir para mais ninguém.” As palavras acima são de uma chamada de um jornal para o qual escrevi em Abril de 2000. Na época, eu tinha 14 anos. Nathan B. “*E Então as Minhas Lágrimas Amenizaram*”

<http://www.blackdoginstitute.org.au/docs/AndThenMyTearsSubsided.pdf>

adolescentes depressivos apresentam pensamentos negativos sobre si, sobre o mundo ou o futuro que parece surgir de forma espontânea (pensamentos automáticos), que contribuem para um estilo cognitivo negativo – eventos estressantes na vida, e características na escola e vizinhança. Depressão parental é o fator mais consistentemente replicável para depressão na prole. Eventos estressores na vida – principalmente perdas – podem aumentar o risco de depressão; esse risco é maior se as crianças tendem a processar perdas (ou outros eventos estressantes na vida) usando atribuições negativistas. Baixo cuidado parental e rejeição parental podem ser relevantes também.

<i>Depressão unipolar</i>	Depressão sem histórico de episódio maniaco, misto ou hipomaniaco
<i>Depressão Bipolar</i>	Quando existe história de, pelo menos, um episódio maniaco, hipomaniaco ou misto não induzido por droga
<i>Depressão psicótica</i>	O jovem apresenta delírios e alucinações durante o episódio depressivo, na ausência de um transtorno psicótico próprio
<i>Depressão melancólica, depressão maior com características melancólicas, melancolia</i>	Episódios são caracterizados por mudanças neurovegetativas, como perda de peso, retardo psicomotor, notável distúrbio do sono, variação diurna do humor, insônia final e redução da reatividade. A depressão melancólica é bem equivalente à depressão "endógena"
<i>Transtorno distímico ou distímia</i>	Humor cronicamente deprimido por pelo menos um ano, mas não grave o suficiente para qualificar o diagnóstico de depressão maior, com períodos assintomáticos que duram menos de 2 meses.
<i>Depressão dupla</i>	O episódio depressivo ocorre em um paciente que já sofre de distímia
<i>Depressão catatônica</i>	Quando o transtorno de humor se apresentar com sintomas de estupor
<i>Depressão pós-psicótica</i>	Ocorre no curso evolutivo da Esquizofrenia, geralmente após resolução dos sintomas psicóticos
<i>Disforia pré-menstrual</i>	Mudanças de humor pré-menstruais – disforia, tensão, irritabilidade, hostilidade, e labilidade – que mimetizam depressão. Sua natureza e validade ainda estão sendo estudados.
<i>Depressão sazonal, depressão maior com padrão sazonal, transtorno de humor sazonal</i>	O início e fim do período depressivo seguem um padrão (por pelo menos 2 anos) relacionado com períodos específicos do ano, geralmente iniciando no outono ou inverno, com remissão na primavera
<i>Transtorno de humor não especificado</i>	Sintomas significativos de humor, com prejuízos que não preenchem critérios para um transtorno específico, comumente devido a apresentações mistas (por exemplo, com sintomas depressivo e maníacos)
<i>Transtorno de ajustamento com humor deprimido</i>	Sintomas de humor e prejuízos significativos que ocorrem dentro de 3 meses após estressores identificáveis e que não preenchem critérios para depressão maior ou luto. Espera-se que os sintomas desapareçam dentro de 6 meses da cessação do fator estressor
<i>Depressão menor, depressão subsindrômica, depressão subclínica</i>	Sintomas depressivos não fecham os critérios para episódio depressivo maior (por exemplo, um critério maior, com um critério menor e prejuízo muito leve)

COMORBIDADES

A ocorrência simultânea de duas ou mais doenças distintas no mesmo indivíduo é um assunto comum e complexo nos dos transtornos mentais em crianças e adolescentes, e tem implicações teóricas e práticas importantes – por exemplo para tratamento – e ainda não está bem entendida.

Os dados de pesquisas comunitárias sugerem que a depressão comórbida com outros transtornos é frequente em crianças e adolescentes. Isso é particularmente o caso em contextos clínicos, porque a chance de encaminhamento é uma função entre as chances de encaminhamento de cada transtorno em separado – conhecido como *efeito Berkson*. Os pacientes com transtornos comórbidos apresentam mais prejuízo do que aqueles com único

diagnóstico. A comorbidade é também associada com desfechos piores na vida adulta. Por exemplo, depressão na infância comórbida com transtorno de conduta ou uso de substâncias está associada a maior probabilidade de cometer crime violento ou severo por volta dos 24 anos, do que qualquer um deles isolados (Copeland et al, 2007).

Transtornos psiquiátricos geralmente comórbidos com depressão incluem transtornos de ansiedade, problemas de conduta, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno obsessivo compulsivo, e dificuldades de aprendizagem. Um estudo epidemiológico (Costello et al, 2003) mostrou que em um período de 3 meses, 28% dos jovens diagnosticados com transtorno depressivo também tinham transtorno de ansiedade, 7% TDAH, 3% transtorno de conduta, 3% transtorno de oposição e desafio e 1% transtorno por uso de substâncias. A implicação clínica de estabelecer se a criança está apresentando sintomas de uma condição (como depressão) é só um primeiro passo na avaliação; clínicos devem questionar sintomas de outras condições também.

A ligação entre depressão e ansiedade já é bem conhecida porque sintomas de ambos geralmente coexistem e os indivíduos frequentemente vivenciam episódios depressivos e ansiosos em momentos diferentes ao longo da vida. Passar por um episódio depressivo não só aumenta as chances de próximos episódios depressivos (continuidade homotípica), mas também de episódios ansiosos (continuidade heterotípica).

Depressão é frequentemente comórbida de transtorno de estresse pós-traumático (vide capítulo F.5). Particularmente, adolescentes são vulneráveis a depressão e suicidalidade durante o ano seguinte ao evento traumático. Os mecanismos incluem a chamada *culpa do sobrevivente* (em que os outros vieram a óbito ou sofreram danos graves), luto complicado, problemas em gerenciar tarefas cotidianas devido a concentração prejudicada, memórias intrusivas do trauma, e desconforto causado por sintomas crônicos de ansiedade. Outras complicações psiquiátricas do estresse traumático que podem interagir com depressão incluem transtorno de pânico, outros transtornos de ansiedade, comportamentos disruptivos, transtorno dissociativo, e uso de substâncias.

Depressão e perfil de personalidade

Os traços de personalidade tornam-se progressivamente estáveis ao longo da adolescência e início da idade adulta, e os estilos de personalidade podem influenciar na apresentação e manifestação da depressão. Isso já é claro em adultos, mas ocorre também na juventude.

Depressão “mascarada”:

Até a segunda metade do século 20, acreditava-se que a depressão na infância não existia. Na década de 50, emergiram novas teorias postulando que depressão nesse grupo etário de fato existia, mas que não se expressava como tal, porém através de *equivalentes depressivos*. Entre eles, problemas de conduta, hiperatividade, queixas somáticas, enurese e problemas escolares. Sendo assim, as crianças poderiam estar deprimidas e expressar a depressão diferentemente dos adultos – *depressão mascarada*. Tal conceito foi muito criticado e subsequentemente abandonado. Na década de 70, pesquisadores começaram a mostrar que a depressão na infância realmente existia e tinha muitos sintomas semelhantes aos adultos. Uma vez que crianças deprimidas podem inicialmente apresentar uma variedade de sintomas que pode esconder o quadro depressivo (como birras, cefaleia, fadiga, dificuldades de concentração), um clínico competente de ser apto a descobrir a depressão (Carlson & Cantwell, 1980)

Interação gene-ambiente: o gene transportador de serotonina, maus-tratos na infância e depressão.

O *New Zealand's Dunedin Health and Development Study* acompanhou uma coorte de 1037 jovens entre 3 e 26 anos de idade, seguindo cautelosamente o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, eventos vitais graves e outros fatores como maus-tratos. Um relato baseado em tais dados concluiu que um polimorfismo funcional no gene do transportador de serotonina (5-HTT) moderava a influência de eventos vitais estressantes na gênese da depressão. Sendo assim, indivíduos com o alelo curto deste gene eram mais suscetíveis de desenvolver depressão em resposta a eventos estressores mais severos ou a maus-tratos na infância, comparados com indivíduos com alelo longo expostos a esses mesmos eventos (Caspi et al, 2003).

Esse achado causou frenesi e pareceu finalmente comprovar uma interação gene-ambiente plausível na gênese da depressão. Contudo, uma metanálise subsequente concluiu que alterações isoladas no gene do transportador de serotonina, ou mesmo em associação com eventos estressores, não estavam associadas a risco aumento de depressão (Risc et al, 2009). Outra metanálise publicada pouco depois (Karg et al, 2011) concluiu o oposto, enquanto um estudo prospectivo – também neozelandês – falhou em confirmar tal associação (Fergusson et al, 2011). Claramente, mais pesquisas são necessárias para resolver esse assunto torturante, o que ressalta a importância da replicação dos achados antes de serem aceitos, ou utilizados na prática clínica (por exemplo, para detectar vulnerabilidade para depressão).

Tabela E.1.3. Fatores de risco e implicações na prevenção, detecção ou tratamento		
	Fator de risco	Implicações em prevenção, detecção ou tratamento
Biológico	<i>Histórico familiar de depressão</i>	Aumenta a suspeita de depressão quando com histórico familiar positivo para depressão ou suicídio
	<i>Uso de substâncias pelos pais</i>	Detectar e tratar uso de substâncias pelos pais
	<i>Histórico familiar de transtorno bipolar</i>	Aumenta a suspeita de que a depressão possa ser bipolar. Implicações no manejo farmacológico
	<i>Gênero feminino</i>	Moças que buscam atendimento de médicos da família devem ser rastreadas para depressão
	<i>Puberdade</i>	Depressão é mais comum pós-puberdade, principalmente, moças. Menarca precoce (<11,5 anos) aumenta o risco. Rastrear adolescentes para depressão
	<i>Doença mental crônica</i>	Exclui depressão no paciente com doenças física crônica ou deficiência
Psicológico	<i>Histórico de depressão</i>	Estratégias de prevenção de recaída como parte integral do tratamento
	<i>Comorbidade psiquiátrica, particularmente ansiedade</i>	Detecção e tratamento de comorbidades psiquiátricas
	<i>Temperamento neurótico ou altamente emotivo</i>	Detecção de indivíduos em risco e intervenções preventivas
	<i>Estilo cognitivo negativista, baixa autoestima</i>	Detecção de indivíduos em risco e intervenções preventivas
	<i>Traumas</i>	Detecção de indivíduos em risco e intervenções preventivas
	<i>Luto e outras perdas</i>	Detecção de indivíduos em risco e intervenções preventivas
Família	<i>Abuso, negligência</i>	Intervenções preventivas direcionadas, como treino parental e programas de prevenção de uso de substâncias
	<i>Estilos parentais negativos: rejeição déficit de cuidados</i>	Intervenções preventivas direcionadas, como treino parental
	<i>Transtorno mental parental</i>	Detecção e tratamento do transtorno mental parental. Almejar intervenções preventivas, como treino parental e suporte
	<i>Conflito em pais e filhos</i>	Psicoeducação parental e programas de treino parental
Social	<i>Bullying</i>	Programas de prevenção de bullying nas escolas
	<i>Criminosos juvenis</i>	Detecção de indivíduos em risco e intervenções preventivas direcionadas
	<i>Jovens abrigados, institucionalizados, refugiados, moradores de rua</i>	Detecção de indivíduos em risco e intervenções preventivas direcionadas

AY, uma jovem de 14 anos, atualmente no 8º ano do ensino fundamental, foi trazida ao hospital há cerca de 4 horas, após ingestão de pequena quantidade de solução antisséptica com intenção de suicídio. Ela se queixava de sentir tristeza na maior parte do dia nos últimos 6 meses e pensar muito em se matar. A decisão da intoxicação veio após ser noticiada de que repetiria o ano na escola. Antes disso, suas notas vinham caindo progressivamente. Ela se sentia culpada porque a baixa performance escolar estava causando um consumo maior das finanças do pai. AY descreveu dificuldades de longa data para pegar no sono e mantê-lo. Ela ainda curti ver televisão e brincar com amigos e amigas, mas percebeu dificuldade crescente em sair de casa pois se sentia fraca e cansada. A família a interpretou como sendo preguiça e ela geralmente levava broncas ou apanhava por deixar as atividades incompletas. Ela também se sentia isolada dos pares por causa de sua baixa performance escolar.

A mãe de AY já sofreu episódio de doença mental no passado e se separou do pai de AY, que recentemente recasou. AY e 4 irmãos estavam vivendo com uma tia paterna porque a família extensiva estava com medo de eles adquirirem a doença mental da mãe da paciente. Apesar de a mãe agora trabalhar bem em outra cidade, AY só a via de forma rápida, uma a duas vezes por ano. O pai vivia ainda mais longe e ela quase nunca o via.

Traços da personalidade do adolescente são amplificados durante um quadro depressivo. Por exemplo, aqueles que são ansiosos, têm aumento da ansiedade, de padrões evitativos ou de sintomas somáticos quando deprimidos (depressão ansiosa), e aqueles que são mais externalizantes tendem a mostrar mais hostilidade e irritabilidade.

Padrões de personalidade *borderline* (Vide capítulo H.5) são particularmente relevantes para depressão, e indivíduos com tais traços tendem a ser disfóricos e extremamente sensíveis a rejeições. Seus medos de abandono podem ser acompanhados de episódios intensos, porém breves, de tristeza, raiva ou irritabilidade, que eventualmente culminam com autoagressão. Ambos os transtornos (depressivo e *borderline*) ou traços *borderline* podem coexistir. A depressão pode, por um lado, ser erroneamente diagnosticada quando adolescentes com traços *borderline* apresentam quadro de tristeza, irritabilidade e autoagressão. Por outro lado, o quadro depressivo pode exacerbar traços de personalidade, que podem sugerir um transtorno de personalidade, inexistente naquele caso. Nesse último caso, os sintomas de transtorno de personalidade tendem a remitir com a resolução do quadro depressivo. O diagnóstico de transtorno de personalidade deve ser realizado a partir de sintomas e do funcionamento do adolescente fora do quadro depressivo.

Depressão e comportamento suicida

Suicídio é uma das principais causas de morte em adolescentes no mundo. Para cada suicídio efetivado em adolescentes, há cerca de 100 tentativas documentadas. Pensamentos suicidas são comuns entre os jovens; cerca de um sexto das jovens entre 12 e 16 anos refere algum pensamento nos últimos 6 meses (e cerca de um em cada dez rapazes), mas as taxas são maiores em amostras clínicas. Uma vez que suicídio é o resultado de interações complexas, nas quais fatores individuais e psicossociais, assim como fatores de saúde mental, exercem grande papel, há evidência considerável de que a depressão é o principal fator de risco isolado (há exceções, como na China, onde impulsividade se apresenta como principal fator isolado).

Cerca de 60% dos jovens deprimidos afirmam já terem tido pensamentos suicidas e 30% de fato tentam suicídio. O risco aumenta se:

- Houve suicídios na família
- O(a) jovem já tentou suicídio antes
- Há outros transtornos psiquiátricos comórbidos (p. ex., uso de substâncias), impulsividade ou agressão
- Há acesso a ferramentas letais (como armas de fogo)
- Há experiência de eventos negativos (p. ex., problemas disciplinares, abuso sexual), entre outros.

Comportamentos suicidas e risco de suicídio devem ser avaliados cuidadosamente em cada jovem deprimido (Vide capítulo E.4)

DIAGNÓSTICO

Apesar de o diagnóstico em si não ser normalmente difícil, a depressão em crianças e adolescentes é frequentemente subdiagnosticada ou não é tratada. Jovens tendem a apresentar inicialmente queixas físicas ou comportamentais que podem obscurecer os sintomas depressivos típicos observados em adultos. Queixas que devem alertar os clínicos para possível quadro depressivo incluem:

- Irritabilidade ou humor rancoroso
- Tédio crônico ou perda de interesse em atividades previamente prazerosas (por exemplo, largar atividades esportivas, dança, aulas de música)
- Retraimento social, ou não querer mais sair com os amigos
- Ausências na escola
- Queda na performance acadêmica
- Mudança no padrão do sono (por exemplo, mais sonolência diurna e se recusar em ir à escola)
- Queixas frequentes inexplicadas de “estar mal”, cefaleias, epigastralgia
- Problemas comportamentais (conduta desafiadora, fugas de casa, realizar *bullying* contra colegas)
- Uso de substâncias psicoativas

É importante ressaltar que os sintomas de conduta devem ser uma mudança no padrão de funcionamento do adolescente. Por exemplo, depressão deve ser considerada uma possibilidade para um adolescente de 14 anos com história atual de sintomas opostos e de conduta, mas com histórico prévio sem queixas de conduta ou oposição. De forma semelhante, a depressão pode ocorrer em uma jovem de 15 anos com baixo rendimento escolar atual, mas que antes era uma das melhores da classe.

Apesar de serem semelhantes, seguimos as definições do DSM-5, pois as da CID-10 se apresentam de forma mais ambígua. Fazer o diagnóstico clínico de depressão requer:

- Sintomas nucleares (critérios maiores)
- Alguns sintomas associados (geralmente 4 devem estar presentes)
- Penetrância (a maior parte do dia, todos os dias)
- Duração (por pelo menos duas semanas)
- Os sintomas devem causar algum nível de prejuízo ou desconforto subjetivo significativo e,
- Os sintomas não são manifestações do uso de alguma droga ou de outra condição médica.

Sintomas de depressão:

Sintomas principais:

- Tristeza ou infelicidade persistentes
- Perda no interesse ou prazer nas atividades diárias
- Irritabilidade.

Sintomas associados:

- Pensamento negativo ou baixa autoestima
- Desesperança
- Ideias indesejáveis de culpa / remorso / desvalia
- Pensamentos de morte e ideias suicidas
- Perda de energia / mais fadigabilidade
- Dificuldade de concentração
- Alteração do apetite (mais ou menos)
- Problemas de sono (insônia ou hipersonia).

Os *sintomas nucleares* são tristeza, infelicidade ou irritabilidade, e anedonia. Irritabilidade é o mais ambíguo porque pode estar presente em uma ampla gama de condições psiquiátricas (por exemplo, TOD, TOC, transtorno bipolar).

Os *sintomas associados* incluem:

- Mudança significativa no apetite ou no peso (sem vigência de dieta)
- Insônia ou hipersonia
- Agitação ou retardo psicomotor
- Fadiga ou perda de energia
- Sentimentos de desvalia ou culpa inapropriada
- Redução na concentração, no raciocínio, tendência a indecisão, e
- Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio.

Um fator-chave na entrevista de qualquer jovem deprimido é a avaliação de *risco*, particularmente para suicídio e homicídio (vide capítulo E.4). O resultado da avaliação de risco terá um peso importante no manejo do caso, por exemplo como para decidir o melhor contexto (hospitalar ou ambulatorial) para tratar o paciente.

Informante

Pais e professores tendem a subestimar sentimentos depressivos em crianças, enquanto jovens tendem a superestimá-los. Além disso, relatos e dados de questionários de informantes diferentes tendem a discordar entre si. Isso não necessariamente implica em faltar com a verdade – geralmente denota a dificuldade dos observadores em interpretar as emoções e comportamentos da criança, e seu conhecimento limitado sobre a criança (por exemplo, professores observam os comportamentos do jovem na sala de aula, e não em casa ou em outras situações de convívio social). Portanto, é essencial entrevistar a criança, em algumas ou várias ocasiões, para obter um panorama adequado sobre como a criança se sente. Integrar informações de fontes diferentes, uma habilidade clínica importante, é particularmente difícil nesse contexto. Entretanto, ao contrário do que acontece com outras condições (como TDAH), os clínicos devem dar mais peso às declarações do próprio paciente quando diagnosticam depressão, apesar da grande importância das informações dos pais e professores.

Gravidade

Avaliar a gravidade de um quadro depressivo é importante porque as diretrizes de tratamento se baseiam na gravidade do quadro para indicar qual o tratamento deve ser feito primeiro. Todavia, as definições atuais de gravidade estão inadequadas; avaliação de gravidade é amplamente baseada em julgamento clínico e depende muito da habilidade e experiência pessoal do clínico. A tabela E.1.4 fornece um guia sobre avaliação de gravidade. Escalas de depressão também podem auxiliar na avaliação.

Além dos sintomas depressivos e do prejuízo, outros fatores (por exemplo, risco para si ou para terceiros) influenciam decisões de tratamento, particularmente sobre o

Fazer o diagnóstico de depressão na prática requer:

- Presença de 2 sintomas maiores (principais)
- Alguns sintomas associados
- Persistência (sintomas devem estar presentes na maior parte do dia)
- Duração de pelo menos 2 semanas
- Perdas funcionais ou impressões subjetivas.

contexto de tratamento mais apropriado. Por exemplo, um adolescente com alto risco de suicídio pode requerer hospitalização, enquanto um quadro depressivo tão grave quanto, mas com baixo risco de suicídio, pode não requerer a internação.

Tabela E.1.4 Avaliando a gravidade do episódio depressivo (DSM4)		
Leve	Moderado	Grave
<ul style="list-style-type: none"> • Cinco sintomas depressivos (pelo menos um sintoma principal) • Prejuízo mínimo no funcionamento (estresse pelos próprios sintomas, dificuldade e continuar no mesmo trabalho comum e atividades sociais, que podem ser feitos com esforço extra) 	<ul style="list-style-type: none"> • Seis ou sete sintomas (pelo menos um sintoma principal) • Dificuldade considerável em dar continuidade a trabalhos na escola, atividades sociais e familiares 	<ul style="list-style-type: none"> • Mais que 7 sintomas depressivos • Alucinações ou delírios podem estar presentes (depressão psicótica) • Perda severa na maioria dos aspectos de funcionamento (casa, escola, social) • Risco significativo de suicídio é geralmente presente

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tristeza e infelicidade são componentes da experiência humana normal, principalmente quando sucedem perdas ou frustrações. Algumas vezes, no entanto, esses sentimentos são tão intensos e persistentes que os indivíduos tornam-se incapazes de serem funcionais em seu nível habitual. É nessas situações que os rótulos de “depressão clínica”, “depressão maior”, “doença depressiva”, ou “melancolia” são aplicados. As pessoas citam diariamente se sentirem “deprimidas”, com o significado de se sentirem infelizes, tristes, ou “para baixo”. A questão é diferenciar a depressão clínica por um lado, dos altos e baixos normais da vida do adolescente, e por outro lado, de condições que podem mimetizar a depressão.

Depressão e comportamento normal do adolescente

Uma das preocupações mais comuns dos clínicos quando diagnosticam depressão é: como podemos distinguir um comportamento normal de adolescente de um quadro depressivo na juventude? Isso ocorre porque adolescentes geralmente descrevem como normal estarem amargurados, irritáveis, anedônicos ou entediados. A tabela E.1.5 traz algumas diferenças.

Doença física ou medicação

Uma variedade de condições médicas, tratamento e substâncias podem mimetizar depressão em crianças e adolescentes. Estas incluem (a lista não é exaustiva):

- **Medicações:** isotretinoína, corticoides e estimulantes (anfetaminas, metilfenidato)
- **Abuso de substâncias:** anfetaminas, cocaína, maconha, solventes
- **Infecções:** influenza, AIDS, mononucleose

- Distúrbios neurológicos: epilepsia, enxaqueca, TCE
- Endocrinológico: doença de Addison, doença de Cushing, hipopituitarismo, tireoidopatias

TABELA E.1.5. Distinção entre comportamento adolescente normal e depressão

Adolescente normal	Adolescente com depressão clínica
<ul style="list-style-type: none"> • Apesar de algumas angústias*, alterações de humor e outras dificuldades, não demonstram mudanças de humor persistentes ou significativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe uma mudança do comportamento prévio (por exemplo, tornar-se triste, irritável, perda de interesse em atividades diárias, respostas dramáticas a mínimos sinais sugestivos de rejeição, queixas frequentes de tédio)
<ul style="list-style-type: none"> • Mesmo podendo ficar tristes e chorosos às vezes, isso se deve geralmente em resposta a eventos na vida e tem curta duração 	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomas nucleares de depressão (tristeza ou anedonia) estão presentes todos os dias, na maior parte do dia, por pelo menos duas semanas
<ul style="list-style-type: none"> • Sem mudança significativa na funcionalidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Há deterioro da funcionalidade prévia (por exemplo, em lidar com demandas da escola, piora das notas escolares, interromper atividades previamente prazerosas). Demoram mais para completar tarefas de casa e na sala do que antes e o fazem com mais esforço; a performance escolar tende a cair. Isolacionismo, restringindo-se ao próprio quarto, à internet, e dispensando o contato de amizades ou outras atividades sociais.
<ul style="list-style-type: none"> • Pensamentos sobre morte e suicídio são raros 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamentos suicidas (“não vale a pena viver”, “seria melhor se estivesse morto”) e tentativas de suicídio são comuns
<ul style="list-style-type: none"> • Comportamentos arriscados, como direção perigosa, consumo de álcool, e experimentação sexual são comuns, mas geralmente contidos em limites razoáveis para o padrão daquele adolescente 	<ul style="list-style-type: none"> • Podem se engajar em atividades arriscadas e perigosas que não condizem com o padrão, como direção perigosa, libação alcoólica, sexo sem segurança
<p>*Angústias – medo, ansiedade. Angústia é comumente usada para descrever os sentimentos intensos de apreensão, ansiedade e outras experiência emocionais turbulentas dos adolescentes</p>	

Unipolar ou Bipolar?

Um ponto-chave da avaliação de um quadro depressivo é certificar de se ser uma depressão unipolar ou bipolar devido a implicações no tratamento. Apesar de a apresentação clínica poder ser semelhante em ambos, há características mais sugestivas de se tratar de um episódio de depressão bipolar, como histórico familiar de transtorno bipolar, e a presença de sintomas psicóticos ou de catatonia. Entretanto, o diagnóstico de transtorno bipolar não deve ser feito sem pelo menos um episódio de mania, hipomania ou quadro misto, sem indução por substâncias. A suspeita vai encorajar a conduzir a entrevista em busca de sintomas hipomaniacos ou maníacos no passado. A distinção é mais difícil porque o transtorno bipolar geralmente se inicia com quadros depressivos, sem história prévia de sintomas maníacos.

Transtorno por uso de substâncias

Dada a frequência do consumo de substâncias entre adolescentes, é sempre importante esclarecer se os sintomas depressivos estão etiológicamente relacionados ao uso de substâncias como anfetaminas, cocaína, maconha e solventes.

Detectando depressão

A depressão nos adolescentes geralmente não é detectada por familiares, professores e clínicos, algumas vezes com consequências trágicas. Hannah Modra, uma excelente estudante de 17 anos, confidenciou recentemente seus sintomas depressivos ao seu diário.

Apesar de sua família adequada e instruída ter percebido que algo estava errado, eles não entediam o que ou o quão séria era a questão. Nas palavras de sua mãe:

“Eu ainda podia ver que havia algo não muito certo com Hannah, mas eu não tinha ideia. Eu não sabia o que era, nem o que eu podia fazer, nem o que eu devia fazer em relação a isso. Então, no dia 29 de Janeiro, eu disse ‘Olha, por que eu não simplesmente te levo no médico?’ O médico não a conhecia de fato. Hannah não falava muito, ela só ficava sentada lá. E o médico pensou que, sabe como é, uma garota daquela idade, sabe, geralmente tem alguma coisa a ver com deficiência de ferro ou anemia. Então nós saímos para fazer a coleta de sangue, e na volta para casa Hannah disse ‘Mãe, eu sei que isso não tem nada a ver com meu sangue.’ Mas eu não pensei mais nisso. Sabe que talvez eu poderia ter perguntado ‘Bom, então o que é Hannah?’. Mas eu não falei. Eu não fiz a pergunta, e nem ela me respondeu nada. Então eu supus que ela estaria dizendo ‘Eu estou bem’”.

Hannah, que, retrospectivamente, tinha sintomas de depressão, matou-se no dia seguinte (Australian Broadcasting Corporation, 2008).”

Por exemplo, abstinência de anfetaminas pode se apresentar (principalmente após episódios de uso intenso) com quadros de disforia, fadiga, distúrbios de sono e retardo psicomotor (“*crash*”) que se assemelham a um quadro depressivo. É de se esperar que os sintomas depressivos esvançam nos dias que seguem a abstinência quando induzidos por substâncias. Se o quadro depressivo persistir ou preceder o próprio uso da substância, deve-se atentar para o quadro depressivo ser comórbido ao uso da droga.

Esquizofrenia

Quando adolescentes se apresentam com sintomas depressivos assim como alucinações ou delírios é importante clarificar se Esquizofrenia ou Depressão Psicótica são os diagnósticos adequados. Marcos sugestivos de depressão psicótica incluem histórico familiar de transtorno bipolar ou depressão, início relativamente rápido dos sintomas psicóticos, ausência de pródromos, alucinações congruentes com o humor (por exemplo, vozes pejorativas contra o paciente ou de comando para suicídio) ou delírios congruentes com humor (por exemplo, de pecado, pobreza, desastre iminente, culpa). Apesar dessas diferenças, a distinção dos quadros é de fato difícil no contexto clínico. Por exemplo, não é incomum que a disforia e a perda do autocuidado prodrômicos da esquizofrenia sejam confundidos com depressão. Frequentemente, o próprio curso da doença ajuda a resolver a questão diagnóstica. Em circunstâncias de dúvida, em vez de concluir um diagnóstico de depressão psicótica ou de esquizofrenia, pode ser preferível diagnosticar como “primeiro episódio psicótico” e deixar a decisão final para depois, quando o curso da doença fica mais claro e há mais informações disponíveis.

TDAH e transtornos disruptivos

Irritabilidade e desmotivação são sintomas muito comuns em crianças – particularmente em pré-púberes – que sofrem com TDAH, TOD, transtorno de conduta,

Estigma

“O medo de passar vergonha e o orgulho estão me mantendo longe tanto da medicação quanto dos conselheiros. Entretanto, eu poderia ser de grande ajuda para outros se eu me livrasse disso e repassasse as experiências que funcionaram ou não para o público. Todos saberiam que eu tenho uma fraqueza (depressão), mas pelo menos estaria ajudando a mim mesmo e aos outros”
(Australian Broadcasting Corporation, 2008).

Adolescentes são conscientes da sua saúde mental e geralmente consideram depressão um sinal de fraqueza ou falha de caráter. O estigma torna o diagnóstico e tratamento mais difíceis.

geralmente em um contexto de disfunção familiar significativa, pobreza, negligência, habitação em abrigo ou institucionalização. Nesses casos, é difícil estabelecer se desmotivação é consequência dos repetidos fracassos enfrentados pela criança, ou se é um sintoma clínico de depressão. Se os sintomas preenchem critérios de depressão, um diagnóstico comórbido da mesma é encorajado pelo DSM. Na CID, por outro lado, a recomendação é de apenas um diagnóstico: *transtorno misto de condutas e emoções* ou *transtorno de conduta depressiva*. Nesse ponto, as vantagens de uma recomendação sobre a outra não são claras, apesar de pesquisas mostrarem que crianças com ambos os quadros de conduta e depressão tenderem a crescer com mais semelhança a quadros patológicos de conduta do que depressivos.

Transtornos de ajustamento com humor depressivo e luto

Os clínicos tendem a diagnosticar transtorno de ajustamento quando o início dos sintomas se sucede a algum evento significativo na vida. Isso está correto somente se sintomas depressivos clinicamente significativos ocorrem dentro de 3 meses após o evento estressor bem definido, sem preencher critérios de depressão ou luto. No transtorno de ajustamento, também se espera que os sintomas se encerrem dentro de 6 meses após o fim do estímulo estressor.

O *luto* pode ter apresentação clínica muito similar ao quadro depressivo, mas a depressão não pode ser diagnosticada se os sintomas não forem severos, persistentes e incapacitantes (culpa persistente e inapropriada, sentimento de desvalia, perda funcional significativa). Sintomas de luto tendem a diminuir com o passar dos dias ou semanas, e geralmente estão vinculados a pensamentos saudosistas do ente falecido, não têm a penetrância de um quadro depressivo, podem apresentar períodos de sentimentos mais positivos e leve melhora do humor e, diferente do sentimento persistente de desvalia da depressão, a autoestima geralmente está intacta.

ESCALAS DE QUANTIFICAÇÃO

Existem inúmeras escalas de depressão para crianças e adolescentes. A *Escala de Depressão de Hamilton*, apesar de amplamente usada em adultos, não tem uso extenso na população pediátrica. A *Children's Depression Rating Scale (CDRS)* (Poznanski & Mokros, 1996) também é uma escala aplicada pelo clínico e foi desenvolvida especialmente para os jovens. Essa escala tem sido usada em ensaios mais extensos, como o TADS (Curry et al, 2010). Há também instrumentos diagnósticos baseados em entrevistas, como o *Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)* (Agnold & Costello, 2000) que são mais usados em pesquisas.

As escalas mais usadas são autopreenchidas, a maioria possuindo versões para jovem, dos pais e professores. Uma vez que as escalas não têm validade diagnóstica – pois o diagnóstico depende da entrevista clínica realizada por profissional competente, de preferência entrevistando informantes-chave – tais instrumentos são mais usados para rastreamento (por exemplo, em indivíduos considerados de risco em escolas) ou para acompanhar a resposta clínica a um tratamento ao longo do tempo (desfecho). Além disso, elas vêm sendo modificadas para serem preenchidas pelos jovens através de outras plataformas, como computadores, *smartphones*, e *tablets* (Stevens et al, 2008).

Virada Maníaca

A taxa de viradas para hipomania ou mania em jovens com depressão é maior que em adultos, com alguns pesquisadores referindo taxas de cerca de 40%. Entretanto, no seguimento do estudo TADS, apenas cerca de 6% desenvolveram Transtorno Bipolar dentro de 5 anos (Curry et al, 2010). Pode-se concluir, a partir deste e de outros estudos, que o Transtorno Bipolar ocorrerá em cerca de 10% dos adolescentes deprimidos. As taxas podem ser maiores se há histórico familiar de Transtorno bipolar e em crianças que sofrem viradas

TRATAMENTO

Deve-se almejar sempre a remissão total dos sintomas e o retorno ao nível de funcionamento pré-mórbido (*recuperação*). Qualquer resultado abaixo da remissão total é considerado subótimo, pois a persistência de sintomas residuais aumenta a chance de piores desfechos psicossociais, suicídio e outros problemas (como uso de substâncias), assim como recaída e recorrência.

TABELA E.1.6. Escalas selecionadas para medir sintomas depressivos que são de domínio público ou disponíveis gratuitamente para uso clínico.

Escala	Fonte	Comentários
CES-DC: Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (Faulstich et al, 1986)	Paciente, familiares (criança, adolescente)	<ul style="list-style-type: none"> Há questionamentos sobre a especificidade da aferição de sintomas depressivos
MFQ: Mood and Feelings Questionnaire (Agnold et al, 1995)	Paciente, familiares, professores (criança, adolescente)	<ul style="list-style-type: none"> Livre para uso clínico ou pesquisa, com permissão
DSRS: Depression Self-Rating Scale (Birlleson, 1981)	Paciente (criança, adolescente)	<ul style="list-style-type: none"> Disponível em diversas línguas Poucos estudos
KADS: Kutcher Adolescent Depression Scale (Brooks et al, 2003)	Paciente (adolescente)	<ul style="list-style-type: none"> Duas versões com 6 e 11 itens, respectivamente. O KADS de 6 itens é feito para uso em ambientes institucionais (como escolas ou na atenção primária), onde pode ser usado como ferramenta de rastreamento para identificar jovens em risco de depressão por profissionais de saúde treinados (profissionais de Atenção Primária) ou por educadores (como conselheiros de classe) para ajudar a avaliar jovens que estejam sob estresse ou que tenham sido identificados como possivelmente tendo problemas de saúde mental. Está atualmente disponível em inglês, francês, chinês, alemão, espanhol, português, coreano e polonês. O KADS de 11 itens está disponível em inglês, português e turco.
PHQ-A: Patient Health Questionnaire-Adolescent (Johnson et al, 2002)	Paciente (adolescente)	<ul style="list-style-type: none"> Um breve questionário desenvolvido como parte do pacote PRIME-MD, fundado pela Pfizer
SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman et al., 2000)	Paciente (adolescente), familiares, professores	<ul style="list-style-type: none"> Afere psicopatologia geral, mas uma subescala pode ser usada para rastrear o risco de depressão Razoavelmente sensível e específico para rastrear doença depressiva “provável” Pode ser completado pelo jovem on-line e recebe feedback imediate no: site

Clique na figura para ter acesso à diretriz do National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2005).



Na maioria dos casos, é de bom tom envolver os cuidadores na avaliação do processo de tratamento (por exemplo, em discussões sobre opções disponíveis e possíveis riscos e benefícios), mas o grau de envolvimento dependerá da idade do paciente, estágio de desenvolvimento, seus desejos pessoais e circunstâncias, e do contexto sociocultural. Reservar um tempo para isso fortalecerá a relação terapêutica, melhorará a adesão ao tratamento e o próprio desfecho. Recomenda-se que sempre se monitore a gravidade dos sintomas com uma escala quantitativa (vide tabela E.1.6). O risco de suicídio deve também ser avaliado regularmente e apenas na entrevista inicial porque esse risco tende a ser flutuante.

A *conduta expectante* e cuidadosa é uma possibilidade de manejo nos casos em que se pode dar um tempo antes de considerar outra modalidade terapêutica. Por vezes é usada em condições de alta probabilidade de resolução espontânea, ou em casos onde os riscos superam os benefícios da intervenção (p.ex., câncer de próstata). Um elemento-chave é a clara definição de uma transição temporal bem definida para outra forma de intervenção, se necessária. A diretriz do NICE (2005) introduz a conduta expectante como uma estratégia para casos leves, casos de recusa da intervenção prescrita, ou casos com tendência à resolução espontânea dentro de duas semanas. É válido ressaltar que conduta expectante *não significa ausência de tratamento*. Durante o período de conduta expectante, o tratamento de apoio deve ser implementado, conforme descrito abaixo.

Medidas de suporte

O parâmetro de práticas da Academia Americana de Psiquiatria de Infância e Adolescência (AACAP) (Birmaher et al, 2007) indica que, em vez da medicação, é sensato que o paciente, com quadro leve ou breve, com mínimo prejuízo funcional, e na ausência de elementos clínicos de suicidalidade ou psicose, inicie o tratamento com psicoeducação, suporte e manejo do caso relacionado com estressores associados ao ambiente familiar e à escola. Espera-se uma resposta dentro das primeiras 4 a 6 semanas de terapia de apoio. Tal manejo é válido, amplamente usado, mas pobremente estudado.

Muitos pacientes buscam auxílio após uma crise (por exemplo, uma tentativa de suicídio); nessas circunstâncias com alta carga emocional, os sintomas tendem a ser exacerbados. Lidar com a própria crise pode ser o suficiente para lidar com a própria depressão particularmente no contexto de atenção primária. Como parte do manejo de apoio, avaliar o adolescente – e os pais, se apropriado – em duas ou três ocasiões permite uma avaliação mais profunda da doença e dos fatores mantenedores, bem como discutir opções de tratamento, riscos e efeitos colaterais com mais detalhes. Portanto, manejo de apoio e uma conduta expectante são estratégias úteis quando risco de suicídio é baixo e o quadro em geral não é grave.

Intervenções Psicossociais

As intervenções psicossociais (vide tabela E.1.7), em particular a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e Psicoterapia Interpessoal (TIP) aparentam ser efetivas no tratamento de quadros leves a moderados, apesar do número e qualidade limitados de estudos avaliando especificamente as terapias. O número ideal de sessões em TCC ou TIP é desconhecido, mas a maioria dos estudos reportam sessões semanais de uma hora, com

Os alvos do tratamento são:

- Reduzir os sintomas e prejuízos funcionais ao mínimo
- Encurtar o episódio depressivo
- Prevenir recorrências.

[Clique na imagem para acessar o parâmetro de práticas em transtornos depressivos da American Academy of Child & Adolescent Psychiatry \(2007\).](#)



total de 8 a 16 semanas, apesar de sessões de “reforço” melhorarem desfechos e reduzirem recorrências. Na prática, o número de sessões é estabelecido de acordo com as necessidades do paciente, gravidade da doença e outros fatores relevantes.

Apesar de os antidepressivos atingirem melhores resultados em curto prazo, as diferenças de desfechos entre as intervenções psicossociais e antidepressivos tendem a desaparecer após 24 a 36 semanas (TADS Team, 2007). A qualidade do terapeuta (treinado vs. semiprofissional), assim como a força do vínculo paciente-terapeuta, parecem ser fatores relevantes para resposta em todas as psicoterapias.

Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

A TCC se baseia na suposição de que o humor deprimido está associado aos pensamentos e comportamentos do indivíduo, e mudar os padrões de comportamento e cognição do paciente levará a uma redução dos sentimentos depressivos, e a melhora funcional. Os indivíduos são expostos a uma gama de estressores e respondem automaticamente a todos com sentimentos; nos adolescentes deprimidos, essas respostas automáticas são irreais e negativas – geralmente catastróficas: “ninguém gosta de mim”; “não sou bom para nada”. Esses pensamentos depressivos e suas ações subsequentes os fazem sentirem-se pior, normalmente gerando uma “espiral para baixo”: sentimentos infelizes levam a pensamentos negativos irreais e comportamentos. O foco do tratamento está em desfazer o ciclo vicioso através da aprendizagem de que os sentimentos, pensamentos e atitudes do indivíduo estão interligados, e em desenvolver estratégias para padrões mais positivos de pensamento e comportamento, a fim de promover sentimentos também positivos (Langer et al, 2009).

A *primeira meta* da TCC é ajudar os pacientes a identificar ligações entre os pensamentos e atividade nas suas vidas (como conversar com um amigo ao telefone pode resultar em melhora do humor) e desafiar algumas das crenças negativas; ao mesmo tempo, o número de atividade é aumentado utilizando estratégias como agendamento de atividades. Idealmente, isso requer o uso de um “diário do humor” (vide figura E1.1). *Outro objetivo* é ajudar o paciente a discriminar pensamentos úteis de inúteis, desenvolver estratégias para gerar mais pensamentos úteis e a praticar os pensamentos úteis como resposta em eventos estressores (reestruturação cognitiva). O *terceiro ponto* é equipar o jovem com habilidades de construir e manter relacionamentos, uma vez reduzidos e minimizados pelo quadro depressivo, através do treino de habilidades sociais, comunicação e assertividade.

Psicoterapia Interpessoal (TIP)

A psicoterapia interpessoal ressalta o desconforto nos relacionamentos interpessoais que a pessoa vivencia quando ocorrem disrupções importantes e apegos significativos. Isso causa perda de apoio social e mantém os sentimentos depressivos. Os terapeutas interpessoais não se ocupam do passado do adolescente, mas focam em seus conflitos interpessoais atuais, almejando melhora das habilidades interpessoais do adolescente deprimido e na melhora desses relacionamentos (Mufson et al, 2009).

A TIP tem muitas semelhanças com TCC. Por exemplo, as metas são ligar o humor com eventos interpessoais acontecendo no momento, para promover psicoeducação sobre



[Clique na imagem para visualizar uma descrição breve de TCC e TIP por Neal Ryan MD.](#)

depressão, encorajar participação em atividades prazerosas (especialmente na escola) como meios de se sentir melhor. Entretanto, o foco está em questões interpessoais (examinando padrões desadaptativos de comunicação e interações interpessoais) e em ensinar o adolescente a lidar com os mesmos de forma construtiva.

Recentemente, técnicas de *mindfulness* vêm sendo adicionadas à TCC e à TIP, com evidência crescente de efetividade no tratamento de depressão e na prevenção de recorrência. *Mindfulness* é uma técnica na qual o foco do indivíduo se dá no momento presente, enquanto reconhece calmamente e aceita os sentimentos, pensamentos e sensações corporais.



Clique na imagem para visualizar um clipe explicando mindfulness (18:05)

Medicação

Os antidepressivos e sua eficácia estão resumidos na tabela E.1.8. Os antidepressivos são ferramentas importantes no tratamento da depressão na juventude, porém muitos antidepressivos que são efetivos nos adultos não o são nos jovens (por exemplo, os tricíclicos) ou muito arriscados para essa faixa etária (por exemplo os IMAOs) – ressaltando o fato de que os resultados empíricos obtidos de ensaios com adultos não podem necessariamente ser generalizados para as crianças e adolescentes. O próprio efeito “placebo” é mais intenso em crianças e adolescentes que em adultos, com uma ressalva em relação à gravidade do episódio depressivo: os antidepressivos *não* são mais efetivos que o placebo nos quadros leves, porém o são quando a depressão é grave.

Um elemento-chave em prescrever e obter o consentimento informado é discutir com o(a) paciente, e a família se apropriado:

- Motivos da prescrição
- Possíveis efeitos adversos (incluindo surgimento ou piora do pensamento suicida, nervosismo, agitação, irritabilidade e instabilidade do humor)
- Necessidade de tomar a medicação conforme prescrito
- Demora do início do efeito antidepressivo (para desfazer expectativas de efeitos imediatos)

Tabela E.1.7. Resumo das evidências da efetividade das terapias psicossociais para a depressão unipolar	
Tratamento	Comentários
Terapia cognitivo-comportamental (TCC)	<ul style="list-style-type: none"> • Algumas evidências mostrando que TCC individual (8 a 16 sessões semanais de 01 hora) é efetiva em curto prazo • Diferenças entre TCC e medicações geralmente desaparecem em 12 meses
Psicoterapia Interpessoal (TIP)	<ul style="list-style-type: none"> • Algumas evidências mostrando que TIP é efetiva em curto prazo
Psicoterapia psicodinâmica (psicanalítica)	<ul style="list-style-type: none"> • Poucos estudos, mas alguma evidência de que pode ser efetiva • Requer tratamento de longa duração (por exemplo, um ano)
Terapia Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Mais efetivo que nenhum tratamento. É incerto o quão efetiva em relação aos demais tratamentos • Pode ser particularmente útil em casos de desavenças familiares
Terapias em grupo (maioria baseada em TCC)	<ul style="list-style-type: none"> • A evidência é limitada e os resultados são conflitantes • Mais usado como intervenção preventiva para indivíduos em risco
Autoajuda (por exemplo, relaxamentos, livros ou panfletos educativos, grupos de apoio)	<ul style="list-style-type: none"> • Dados são limitados e resultados são conflitantes • Interesse crescente em autoajuda pela internet baseada em TCC, porém com pouca evidência de efetividade por enquanto • Psicoeducação é geralmente incluída como parte do tratamento clínico

Figura E.1.1. Exemplo de uma planilha de humor completa

		Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
HUMOR	M	2	1	4	1	3	6	5
	T	4	3	2	2	5	6	7
ATIVIDADES	M	Escola: sofri bullying	Escola: nota baixa; não pude fazer a tarefa de matemática	Escola: fiz hora com um amigo	Escola: flagrado fumando - detenção	Escola	Dormi até tarde Joguei tênis	Visitei a vovó no hospital
	T	Jogos de PC Levei o cão para passear	Jogos de PC Tarefa de casa	Jogos de PC Discuti com irmã	Jogos de PC Discuti com mãe	Fui ao cinema com amigos	Ajudei o pai na jardinagem	Visitei um bom amigo Levei o cão para passear

Escreva as atividades relevantes de cada dia (manhã e tarde) e gradue seu humor de zero (muito triste), a cinco (nem triste e nem feliz) até dez (muito feliz). Use todas as medidas da escala.

A boa prática recomenda retornos semanais (pessoalmente ou, quando não possível, pelo telefone) no primeiro mês de prescrição. Esses retornos permitem um manejo no apoio e monitorização dos efeitos adversos e resposta (pela aplicação de uma escala de sintomas a cada consulta).

Tratamento subótimo – baixa dose ou por tempo abaixo do necessário – é uma falha comum na prática clínica. Apesar de ser importante iniciar o tratamento com doses reduzidas, a quantidade de medicação deve ser aumentada progressivamente até que os sintomas diminuam ou apareçam os efeitos colaterais, tendo em mente que há uma grande variação individual na dose necessária do medicamento.

Efeitos colaterais da medicação

Uma vez que outros depressivos não ISRSs são raramente usados na juventude, somente os efeitos colaterais destes são discutidos a fundo. No caso dos tricíclicos, efeitos colaterais anticolinérgicos e cardiotoxicidade são os principais, enquanto crises hipertensivas são o principal risco dos IMAOs.

Suicidalidade

Tem sido sugerido que, paradoxalmente, os ISRSs podem induzir comportamento suicida nos jovens. Comprovar a veracidade disso é difícil porque a depressão também aumenta o risco de suicídio. Por hora, os dados são conflitantes. Por um lado, estudos com fármacos e estudos ecológicos têm mostrado que o uso de ISRSs podem ter resultado não em aumento, mas em redução do suicídio na juventude. Por outro lado, uma revisão do FDA de ensaios controlados com mais de 4400 crianças e adolescentes mostrou um pequeno, porém robusto, aumento de 2% na suicidalidade (ideação suicida e tentativas de suicídio), majoritariamente com ISRSs, em comparação com placebo. Não houve suicídios.

Uma sessão típica de TCC começa pelo estabelecimento colaborativo de uma agenda para a sessão, revisando tarefas de casa da semana anterior, ensinando e praticando a técnica cognitivo-comportamental do dia, abordando crises e assuntos relacionado a vivências do jovem ao longo da semana, auxiliando o jovem a resumir as habilidade aprendidas durante a sessão, e definindo a próxima tarefa de casa” (Langer et al, 2009).

Auxiliando adolescentes a resolver problemas de uma forma construtiva

- 1- “Qual é o problema?” – peça ao jovem para escrever
- 2- Liste todas as possíveis soluções – *brainstorm* e liste todas as soluções possíveis. O adolescente deve escrever todas as soluções que puder pensar sem julgá-las (como soluções boas ou ruins)
- 3- Tome cada possível solução da lista e pense sobre os prós e contras
- 4- Peça ao jovem para escolher a solução melhor ou mais prática
- 5- Trabalhe como implementar a melhor solução, e as ferramentas necessárias para fazê-lo. Pode ser necessário ensaiar os passos mais difíceis com o jovem.

Tal fato resultou em um aviso do FDA e de outras agências reguladoras sobre o risco. Os mecanismos subjacentes ao fenômeno não são claros. ISRSs podem induzir acatisia, agitação, irritabilidade e desinibição. Como os outros antidepressivos, os ISRSs também podem induzir virada maníaca.

As implicações desses achados são que os pacientes precisam ser avisados desse risco e os clínicos para fazer uso de estratégias de manejá-los, tal como com retornos semanais no primeiro mês, e educar o paciente e a família sobre como detectar mudanças no comportamento (agitação, pensamentos de automutilação) uma vez que iniciado o medicamento.

Outros efeitos colaterais

ISRSs também estão associados com taxas maiores de agitação, acatisia, pesadelos e perturbação do sono, problemas gastrointestinais, ganho ponderal, disfunção sexual (redução da libido, anorgasmia, impotência sexual) e aumento do risco de sangramentos. A maioria desses efeitos são dose-dependentes e podem ser controlados com redução da dose. Dependendo da meia-vida do ISRS, a interrupção abrupta do tratamento pode causar *sintomas de retirada*, incluindo: náuseas, cefaleia, tontura e síndromes gripais (infrequente com fluoxetina, comuns com paroxetina). Cessação abrupta pode aumentar também o risco de recaídas e recorrência.

Uso de antidepressivos na gravidez

O uso de ISRSs (os demais não são geralmente recomendados na juventude) durante a gravidez é um assunto importante devido aos relatos de os ISRSs estarem associados a teratogênese, abortamento espontâneo e parto prematuro, baixo peso ao nascer, e hipertensão pulmonar. As evidências são conflitantes, mas tendem a sugerir segurança para os ISRSs. Por conta disso, a maioria das diretrizes de tratamento ressaltam que tais preocupações não devem contraindicar a prescrição de ISRSs (exceto a paroxetina) para o tratamento de Depressão Maior na gravidez, uma vez que os benefícios potenciais superam os riscos, levando em consideração que a depressão na gravidez tem seus próprios perigos. A paroxetina não deve ser usada devido à associação tanto com malformações maiores e quanto específicas cardíacas (Bellantuono et al, 2007).

Tratamentos Físicos

Os tratamentos físicos estão resumidos na tabela E.1.9. Além da medicação, alguns tratamentos físicos são usados no manejo da depressão em crianças e adolescentes. Entre

Resposta ao placebo e gravidade da depressão

Um dos aspectos mais intrigantes do tratamento da depressão é a alta resposta ao placebo, estimada entre 50 e 60% e ECRs que examinaram a resposta ao tratamento farmacológico da depressão clínica nos jovens. Uma revisão de ECRs descobriu que a resposta ao placebo era maior em crianças que em adolescentes, entre aqueles com quadros mais leves, e aumentou com o número de centros participando do estudo (Bridge et al, 2009). A efetividade dos antidepressivos não parece aumentar em quadros mais graves, mas a efetividade do placebo diminui. Sendo assim, a resposta ao placebo é similar à dos antidepressivos em quadro leves de depressão, enquanto a resposta é claramente inferior à medicação na depressão grave. No TADS por exemplo, onde os participantes estavam gravemente deprimidos, em 12 semanas, 35% dos que tomavam placebo apresentaram resposta, em comparação com 61% dos tratados com fluoxetina. Resultados similares foram observados em adultos. Essa é uma das razões pelas quais antidepressivos não são geralmente recomendados como primeira linha no tratamento de depressão leve.

eles, a eletroconvulsoterapia (ECT) tem sido aplicada em jovens há cerca de 60 anos – sendo descrita como “salva-vidas” em alguns casos – e tem seu lugar no arsenal de tratamento da depressão. Entretanto não há ensaios controlados nos jovens (pois traz desafios éticos importantes) e não há consenso amplo em quando a ECT deve ser usada, se de forma precoce no tratamento (por exemplo, se baixa tolerabilidade dos antidepressivos), como *último recurso*, ou nunca ser usada de fato. Nisso se reflete a conduta individual de cada país em relação ao uso da ECT, que vem sendo duramente estigmatizada devido ao uso eventual prévio como ferramenta de controle político, apresentação negativa na mídia, ou uso inadequado por alguns psiquiatras. Como resultado, muitos estados impõem restrições legais – em alguns países (Eslovênia) o uso é ilegal.

Tabela E.1.8. Resumo das evidências de efetividade dos medicamentos antidepressivos para depressão unipolar	
Tratamento	Comentários
<ul style="list-style-type: none"> • Antidepressivo tricíclico (ADTs): amitriptilina, clomipramina, desmipramina, imipramina, doxepina, dolusepina, nortriptilina, trimipramina, protriptilina, lofepramina, • Antidepressivo tetracíclico (ADTe): amoxapina, mirtazapina, maprotilina, mianserina 	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma evidência de superioridade em relação ao placebo para nenhum deles, particularmente em pré-púberes • Efeitos colaterais significativos (anticolinérgico, prolongamento de QT) • Tóxicos (cardiotóxico) em overdose (exceto mirtazapina) • Devem-se evitar em crianças e adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> • Inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs): - citalopram - escitalopram - fluoxetina - sertralina - paroxetina - fluvoxamina 	<ul style="list-style-type: none"> • Como grupo, os ISRSs são mais efetivos que o placebo, particularmente em adolescente com depressão grave • Poucos efeitos colaterais, mas podem aumentar suicidalidade • Fluoxetina é a melhor estudada e a que tem a melhor evidência de efetividade. Aprovada pela FDA e pela EMEA* a partir dos 8 anos de idade • Sertralina, citalopram e escitalopram: menos evidências robustas de efetividade, mas podem ser efetivos em paciente que não responderam à fluoxetina (Brent et al, 2008). Escitalopram foi aprovado pela FDA para depressão em adolescentes. • Paroxetina: aparenta não ser efetiva em jovens e causa mais efeitos colaterais que outros ISRSs. A meia-vida curta resulta facilmente em sintomas de retirada; o uso não é recomendado.
<ul style="list-style-type: none"> • Inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSNs): Venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina, milnaciprano, lev omilnaciprano 	<ul style="list-style-type: none"> • Um estudo mostrou que venlafaxina é tão efetiva quanto ISRS em depressão refratária, mas tem pior perfil de efeitos colaterais (Brent et al, 2008). Não recomendada em jovens. • Não há evidências consistentes para os demais
<ul style="list-style-type: none"> • Inibidores de monoamina oxidase (IMAOs): Modobemida, selegilina, tranilcipromina, fenzelina 	<ul style="list-style-type: none"> • Sem evidência consistente de efetividade em jovens • Risco significativo de efeitos colaterais devido à má adesão às restrições dietéticas • Devem ser evitados em crianças e adolscertes
<ul style="list-style-type: none"> • Outros antidepressivos: 	<ul style="list-style-type: none"> • Faltam evidências de efetividade nesta faixa etária

Benefício do antidepressivo e risco de suicidalidade

Dentre os antidepressivos, principalmente os ISRSs, uma metanálise que incluiu 14 ECRs para depressão reportou *números necessários para tratar* (NNT) na base de 4 para fluoxetina, 20 para nefazodona, com média ponderada de 10 (Bridge et al, 2007). Assim sendo, quatro jovens deprimidos precisam se submeter ao tratamento com fluoxetina para melhorarem por conta do tratamento (ao contrário de outros fatores, como efeito placebo e curso natural da doença).

A mesma metanálise reportou um *número necessário para causar danos* (NNH) – definido como comportamento suicida emergente – que variou de 112 (entre 13 ensaios de depressão) a 200 (entre 6 ensaios para TOC) e 143 (entre 6 ensaios para transtorno de ansiedade não relacionados a TOC), com uma média ponderada de 143. Desta forma, 112 adolescentes deprimidos devem ser submetidos ao tratamento para desenvolverem comportamento suicida decorrente do próprio tratamento. Em resumo, entre essas indicações, os benefícios dos antidepressivos parecem ser bem maiores que os riscos de ideação suicida ou tentativa de suicídio.

Farmacogenética e tratamento individualizado

Antidepressivos têm efetividade moderada, mas há uma ampla variedade de respostas entre os pacientes em tratamento individual com antidepressivos. Características clínicas (por exemplo, se há melancolia ou não) não são indicadores úteis da resposta ao antidepressivo. A única opção atualmente aceita é a tentativa-e-erro (por exemplo, tentar um antidepressivo, e caso não funcione, tentar um outro), o que consome tempo e recursos.

Já é bem sabido que, quando familiares tiverem apresentado resposta satisfatória a um antidepressivo, as crianças terão mais chances de também responder ao mesmo fármaco. Como resultado, há um interesse crescente em detectar variantes genéticas (por exemplo, transportador de serotonina, transportador de norepinefrina) que podem estar associadas a respostas aos antidepressivos. Isso também varia porque os antidepressivos são metabolizados por enzimas que variam de pessoa a pessoa. Por exemplo, a enzima 2D6 do citocromo P450 (CYP) é fundamental para o metabolismo de vários antidepressivos, porém mais de 74 variantes de alelos do gene CYP2D6 foram descobertas e o número se mantém crescente. Como resultado, essa variação considerável da atividade do 2D6 na população divide em metabolizadores “pobres”, “intermediários”, “amplos” e “ultrarrápidos”. A distribuição desses alelos também varia entre as etnias. As consequências clínicas do polimorfismo CYP2D6 podem ser desde efeitos colaterais das drogas a falta de resposta.

Existe uma expectativa que a testagem genética pode, no futuro, auxiliar na escolha do antidepressivo certo para um dado indivíduo. Até agora, isso não é possível.

Mais recentemente, a *estimulação magnética transcraniana* (EMT) tem sido usada em jovens, mas por enquanto é considerada ainda um tratamento experimental. Para mais detalhes, vide Walter and Ghaziuddin (2009). *Fototerapia* tem sido usada para transtornos de humor sazonais com alguns resultados de sucesso.

Tratamentos médicos alternativos e complementares

O uso de Tratamentos médicos alternativos (TMA) está difundido (veja capítulo J.2). Por exemplo, a erva-de-São-João é um dos antidepressivos mais prescritos para crianças na Alemanha. Uma gama de intervenções alternativas tem sido recomendadas ou usadas para o tratamento de depressão, mas dificilmente apoiadas por um corpo crível de evidências de efetividade, particularmente em crianças e adolescentes. Isso devido ao fato que tais remédios precisam satisfazer critérios mais brandos de eficácia e segurança que as drogas comumente prescritas. Por exemplo, falta-lhes um preparo padronizado, são mais propensos a contaminação, adulteração e baixa acurácia na dosagem, entre outros problemas. Mesmo quando os clínicos reconhecem os interesses das famílias e dos pacientes nos medicamentos alternativos, muitas vezes não se sentem confortáveis em perguntar ou discutir sobre os mesmos, ou ainda recomendá-los. Ainda assim, uma investigação clínica competente deve incluir perguntas sobre o uso de medicações alternativas. Uma postura aberta e curiosa do profissional assistente geralmente leva a concordância, conhecimento das preferências e crenças do paciente, uma melhor psicoeducação e melhores desfechos. Os TMA estão sintetizados na tabela E.1.10.

Toxicidade

A toxicidade – morte por intoxicação aguda por uma única droga, com ou sem ingestão de álcool – é muito mais baixa entre os ISRSs (1,3 mortes por milhão de prescrições) do que entre os tricíclicos (34,8) e IMAOs (20,0). Assim sendo, a toxicidade é 27 vezes maior com tricíclicos que com ISRSs. A toxicidade da venlafaxina é bem alta (13,2) (Buckley & McManus, 2002).

MANEJO DE EPISÓDIOS DEPRESSIVOS AGUDOS

Episódio depressivo unipolar

O tratamento atual dos episódios depressivos unipolares é muito guiado pela própria gravidade do quadro. Após a avaliação inicial, clínicos devem contatar ativamente jovens com depressão que não retornarem a atendimento

- *Quadros leves*: medidas de suporte ou tratamento psicossocial, se disponível. Caso não haja resposta em 4 a 6 semanas: TCC, TIP ou medicação.
- *Quadros moderados*: medidas de suporte ou tratamento psicossocial, se disponível; em alguns casos (por exemplo, preferência do paciente, indisponibilidade de tratamento psicossocial), medicação. A medicação também deve ser usada se os pacientes não se beneficiarem após 4 a 6 semanas de medidas de suporte ou tratamento psicossocial.
- *Quadros graves*: tratamento psicossocial junto com medicação
- *Depressão psicótica*: tratamento de quadro grave, mas adiciona antipsicótico de segunda geração.

Episódio depressivo bipolar (ver também capítulo E.2)

Há pouca evidência para diretriz de tratamento nos jovens. As recomendações são extrapolações de referências de adultos (Fyre, 2011):

- Tratamento inicial (primeira linha) seriam geralmente carbonato de lítio ou quetiapina
- Tratamentos de segunda linha seriam: (a) combinação de lítio ou valproato com ISRS; (b) olanzapina com ISRS, ou (c) lamotrigina

Tabela E.1.9. Resumo das evidências de efetividade de tratamentos físicos para depressão unipolar

Tratamento	Comentários
Eletrconvulsoterapia (ECT)	<ul style="list-style-type: none"> • ECT é raramente usada nessa faixa etária. Parece ter eficácia semelhante à de adultos. • Usada em depressões graves, quando outros tratamentos falharam ou não foram tolerados • ECT não deve ser usada em pré-púberes, exceto em circunstâncias mais extremas • Poucos efeitos adversos, sendo a amnésia retrógrada a principal • Uso sujeito a restrições legais em alguns países
Estimulação Magnética Transcraniana (EMT / TMS)	<ul style="list-style-type: none"> • Poucos estudos, resultados recentes são promissores • Em estágio de tratamento experimental • Efeitos adversos são geralmente leves e temporários, principalmente cefaleia e dor no escalpo
Fototerapia	<ul style="list-style-type: none"> • Dados limitados, mas incluem ensaios controlados que reportam resultados positivos • Usada para depressão sazonal. Suposições de ser também efetiva em depressão "não sazonal" (por exemplo em idosos) • Poucos efeitos colaterais

Síndrome serotoninérgica

A síndrome serotoninérgica é um efeito tóxico potencialmente sério, resultante do excesso de serotonina. Ele é observado na intoxicação (a) com um único agente (geralmente ISRS), (b) pelo uso simultâneo de duas drogas que aumentam os níveis de transmissão serotoninérgica (por exemplo, uso de IMAOs ou moclobemida com qualquer droga que iniba a receptação de serotonina, como ISRSs e alguns tricíclicos), ou (c) ou ao falhar o washout do medicamento durante a troca de antidepressivos. Situações arriscadas incluem polifarmácia, uso de substâncias medicinais não prescritas ou alternativas, como Erva-de-São-João, ou drogas ilícitas, como ecstasy. O quadro clínico da síndrome serotoninérgica inclui:

- Mental: confusão, agitação, hipomania, hiperatividade, inquietação
- Neuromuscular: clônus (espontâneo, induzível ou ocular), hipertonia, hiperreflexia, ataxia, tremor (hipertonia e clônus são simétricos e mais óbvios em membros inferiores no início). O clônus é o sinal mais importante do quadro.
- Autonômico: hipertermia, diaforese, taquicardia, hipertensão, midríase, rubor, calafrios

- Não há evidências que a monoterapia com antidepressivos (sem estabilizadores de humor) seja útil e *não é recomendada*, devido ao risco de virada maníaca ou de indução de ciclagem rápida.
- Lítio e valproato devem ser evitados em jovens em idade fértil (risco de teratogênese).

Tabela E.1.10. Resumo das evidências da efetividade de tratamentos alternativos para depressão unipolar

Tratamento	Comentários
Erva-de-São-João (<i>Hypericum</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Muitos ECRs com pacientes adultos, geralmente com depressão leve. Resultados inconsistentes – estudos maiores e mais bem desenhados com pacientes graves mostram mais resultados negativos do que estudos menores com paciente menos graves. Dados muito limitados para crianças • <i>Hypericum</i> podem ser tão benéfico quanto antidepressivos em quadros depressivos leves • Poucos efeitos adversos • Risco significativo de interação medicamentos com fármacos prescritos devido à indução do citocromo P450
Ácidos-graxos Ômega 3	<ul style="list-style-type: none"> • Alguns ECRs em adultos de qualidade heterogênea, mas poucos estudos em crianças • Não está claro ainda se é efetivo • Poucos e leves efeitos colaterais
S-Adenosil-metionina (SAME)	<ul style="list-style-type: none"> • Ensaios de qualidade inconsistente mostram que SAME pode ser tão efetiva quanto tricíclicos em adultos. Sem evidências em crianças.
Exercícios físicos	<ul style="list-style-type: none"> • Alguma evidência de benefícios específicos em paciente mais velhos com depressão leve. Sem evidência para jovens

Qual antidepressivo?

- A escolha do antidepressivo deve se guiar por 2 considerações: *efetividade e segurança*. Enquanto grupo, ISRSs são os mais seguros antidepressivos; entre estes, a fluoxetina tem a melhor evidência de efetividade nessa faixa etária
- A resposta ou não, ou os efeitos adversos ao tratamento durante um episódio prévio influenciará na decisão da medicação do episódio atual
- Começar com 10mg de fluoxetina. Se bem tolerada, aumentar dose para 20mg depois de 01 semana; 20mg geralmente é suficiente para pré-púberes. Em adolescentes, a dose pode ser aumentada para 30 ou 40mg se não responderem adequadamente e se os 20mg forem bem tolerados, apesar de tal dose ser geralmente suficiente na maioria dos casos.
- Se a fluoxetina não for bem tolerada ou se há outros motivos para não usá-la, tentar outro ISRS (como sertralina ou escitalopram).

Duração do tratamento

É amplamente aceito que interromper o tratamento prematuramente (após 8 a 12 semanas), quando o paciente está melhorando, geralmente leva a recaídas. O conhecimento clínico sugere que o tratamento deve continuar por pelo menos 6 meses após a recuperação. Para retirada da medicação, a mesma deve ser gradualmente reduzida, e não suspensa abruptamente, para evitar fenômenos de retirada, comum a todos os antidepressivos, mas particularmente a ISRSs de meia-vida curta.

Paciente não melhora

A maioria dos pacientes melhora; com tratamento continuado, a melhora continua após 12 semanas. Por exemplo, no seguimento do estudo TADS, 88% haviam se recuperado após 2 anos e 96% após 5 anos (Curry et al, 2010). Contudo, isso também mostra que uma pequena minoria dos pacientes não se recupera (vide figura E.2.2). Antes de considerar um paciente como *respondedor parcial*, *não respondedor* ou *resistente ao tratamento*, é imperativo investigar os fatores que podem ter contribuído para a baixa resposta do paciente; eles estão listados na tabela E.1.11. Por exemplo, no caso de uma depressão em uma criança sem melhora, o seguimento da avaliação revelou que a mãe estava em depressão, e tratar a depressão na mãe levou a melhora do quadro da criança. Uma revisão clínica no adolescente que não melhora mostrou episódios de sintomas hipomaníacos e um avô que sofreu de Transtorno Bipolar; o tratamento com carbonato de lítio levou a melhora dos sintomas.

Um dos elementos-chave é que deve se certificar se o paciente foi tratado com um antidepressivo efetivo e em dose apropriada (por exemplo, 40mg de fluoxetina) e pelo tempo suficiente (p. ex., 12 semanas). Dosagem inadequada também pode ser consequente a uma má adesão ao tratamento, acidental ou proposital.

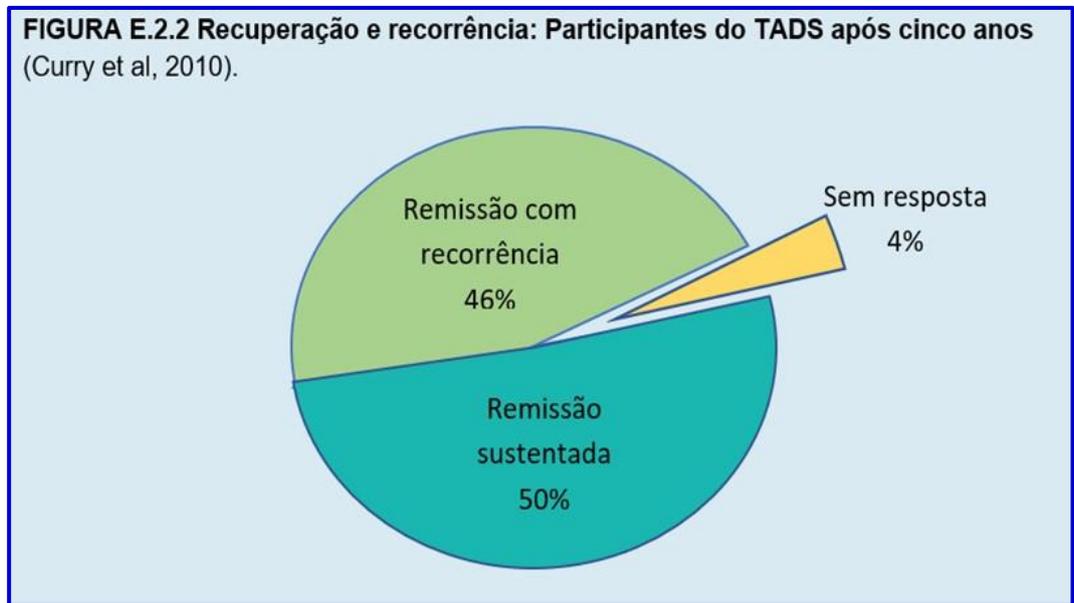
Resistência ao tratamento

Apesar da importância do assunto, há poucos dados empíricos em depressão resistente ao tratamento na juventude e não há definição consensual. Birmaher e colaboradores (2009) propuseram essa definição de resistência de tratamento: jovem cujos sintomas depressivos e perdas funcionais persistem após 8-12 semanas de tratamento farmacológico otimizado ou 8-16 sessões de TIP ou TCC e, além disso, mais 8-12 semanas de um antidepressivo alternativo ou terapêutica potencializante com outras medicações ou psicoterapia baseada em evidência. Assim sendo, resistência ao tratamento deve ser diagnosticada apenas após 2 tentativas com tratamento baseado em evidência em dosagem e tempo adequados (p. ex., 12 semanas).

Uma vez confirmada a resistência ao tratamento, há algumas opções disponíveis (de acordo com sabedoria clínica e extrapolação de dados de adultos, todavia não embasado em evidências). Isso inclui otimização, troca, potencialização e ECT. Um aspecto prático importante é que as mudanças no tratamento devem ser feitas uma de cada vez; senão será difícil precisar qual mudança levou à melhora.

Há poucos dados empíricos para nos guiar em relação às vantagens de troca versus aumento de dose, apesar de a troca de fluoxetina por outros ISRS ou por venlafaxina

resultar em melhora em cerca de um terço dos pacientes, o que é consistente com os dados em adultos (Brent et al, 2008). Entretanto, aqueles tratados com venlafaxina apresentaram mais efeitos colaterais. Isso sugere que a troca seria a opção a escolher, e que inicialmente seria por outro ISRS ou por venlafaxina.



Setting do tratamento

A maioria dos jovens deprimidos devia otimamente receber tratamento ambulatorial, o qual minimiza ausências na escola, relacionamentos familiares e sociais e o estigma. Tratamento intra-hospitalar pode ser justificado quando a segurança do paciente não pode ser garantida (por exemplo, risco de suicídio), quando a depressão é muito severa (p. ex., com sintomas psicóticos), ou na ausência de resposta. No último caso, a internação pode permitir uma investigação mais acurada sobre as razões da ausência de resposta, e monitorizar a adesão e as mudanças de tratamento de forma mais próxima.

DEPRESSÃO RECORRENTE

Já foi ressaltado que depressão nos jovens é uma doença com tendência à recorrência. No seguimento do TADS, por exemplo, quase metade (47%) daqueles que se recuperaram tiveram recorrência em 5 anos. Adolescentes com resposta pobre, gênero feminino e aqueles com ansiedade comórbida foram mais prováveis de apresentar novo episódio. Todavia, as taxas de recorrência foram as mesmas, independente do tratamento (p. ex., aqueles que receberam fluoxetina combinada com TCC não pareceram ter benefício extra) (Curry et al, 2010). O tratamento do quadro recorrente deve ser o mesmo do quadro agudo. Recorrências frequentes podem requerer tratamento continuado com antidepressivos.

Potencializar é aumentar a dose da medicação (ou da psicoterapia) ao máximo, ou prolongar a duração do tratamento. Essa é a primeira estratégia a considerar quando o paciente não apresenta melhora, a não ser que o paciente apresente efeitos colaterais ou relute em seguir o tratamento.

Combinar o tratamento vigente é adicionar um outro tipo de medicação (por exemplo lítio, outra classe de antidepressivo) ou, se não ainda feito, ao adicionar TCC ou TIP.

Troca significa interromper ou mudar gradualmente uma medicação enquanto outra é gradativamente introduzida. A troca pode ser: (a) para outro medicamento da mesma classe (como de um ISRS para outro ISRS), (b) para uma classe diferente de antidepressivo (por exemplo um ISRS por um ISRN), ou (c) para psicoterapia.

Tabela E.1.11. Fatores associados a resposta parcial ou a ausência de resposta ao tratamento.			
Paciente	Família	Ambiente	Clínicos
<ul style="list-style-type: none"> • Mais jovens • Depressão grave • Resposta inicial pobre • Baixa funcionalidade • Alteração de apetite ou peso • Alteração de sono • Baixa adesão • Comorbidades psiquiátricas ou condições médicas • Efeitos colaterais • Medicamentos (ex. esteroides) 	<ul style="list-style-type: none"> • Depressão materna • Baixa cooperação • Inconfiabilidade • Maus-tratos, conflitos • Psicopatologias (ex. uso de álcool e outras drogas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bullying • Estressores • Escola ou vizinhança disfuncionais • Grupo antissocial de pares • Questões étnicas / culturais 	<ul style="list-style-type: none"> • Erro diagnóstico • Tratamento inapropriado (não embasado em evidências, dose inadequada ou por pouco tempo) • Não reconhecimento de efeitos colaterais • Relação médico-paciente pobre

TRATANDO DEPRESSÃO COMÓRBIDA COM OUTROS TRANSTORNOS

Tratar depressão nos jovens em comorbidade com outros transtornos psiquiátricos (como ansiedade, TDAH) requer habilidades particulares. Pode-se buscar amenizar sintomas do transtorno mais grave primeiro e a mudança nos sintomas deve ser monitorizada com escalas de avaliação específicas, e não apenas através de escalas globais de funcionamento.

- Se possível, começar com monoterapia
- Fazer uma mudança ou aumento de dose por vez, e permitir tempo adequado para observar resposta e ajuste da dose
- Uma mudança da medicação deve ser feita após 4 a 8 semanas de tratamento, se houve resposta mínima ou se não a houve com dose adequada. Caso haja resposta adequada, manter a medicação, com garantia da dose adequada.
- Se os sintomas persistirem, mesmo após a administração de 2 tratamentos baseados em evidências, seguir o protocolo para depressão resistente.
- Se o uso de múltiplos medicamentos se faz necessário (p. ex., para tratar comorbidades), deve-se estar atento ao risco de interações medicamentosas.

Uso de Substâncias

A depressão comórbida com o uso de substâncias traz desafios particulares e fazer os pais se envolverem construtivamente nesse esforço é crucial. Devido ao maior risco de danos, implementar um plano de segurança já no início da avaliação do adolescente e maior vigilância durante o tratamento é muito importante. Pode-se incluir psicoeducação sobre sexo seguro, DSTs incluindo HIV, contracepção e sobre o impacto adicional da depressão

e do uso de substâncias nesses riscos. É importante enfatizar que álcool e outras drogas não são *tratamentos* aceitáveis para depressão; eles podem dar a impressão de aliviarem os sintomas a curto prazo, mas irão piorar o quadro depressivo em longo prazo.

O tratamento deve ser integrado; ou seja, concomitante em vez de sequencial. Por exemplo, não se deve esperar a abstinência de drogas para iniciar o antidepressivo. Psicoterapias como terapia familiar, terapias motivacionais e TCC também devem ser iniciadas em conjunto.

Manejar um paciente com uso de substâncias concomitante requer coletas laboratoriais, como exames regulares de urina. Nesse caso, deve-se já saber – geralmente após debater com o adolescente – a quem informar os resultados, sob que circunstâncias, e como usar tais informações (vide capítulos G.1, G.2 e G.3).

Depressão em deficientes intelectuais

A depressão é difícil de diagnosticar e é subdiagnosticada em deficientes intelectuais. Não há dados confiáveis sobre prevalência da depressão em crianças com deficiência intelectual, mas infere-se que é mais comum que na população geral. Jovens portadores de deficiência intelectual, quando deprimidos, apresentam expressão facial triste ou miserável, choro e irritabilidade, perda do interesse em atividades cotidianas ou interesses estereotipados, distúrbios do sono e apetite em um contexto de mudança do comportamento. Inapetência ou recusa alimentar, bradicinesia, prejuízo do autocuidado e catatonia são sugestivos de depressão em quadros mais graves de deficiência. Adolescentes com deficiências mais leves costumam conseguir reportar seu mundo interno e descrever sintomas depressivos, como tristeza, desesperança, e pensamento suicida. As informações de familiares, cuidadores, professores e cuidadores temporários é importante.

Uma vez que não há evidência empírica que se refira especificamente ao tratamento de crianças e adolescentes deprimidos portadores de deficiência intelectual, o manejo recomendado é o mesmo do tratamento de jovens sem deficiência com os ajustes apropriados (por exemplo, aspectos cognitivos são geralmente inapropriados). Consentir com questões do tratamento, principalmente métodos invasivos (como ECT) é um problema particular para estes pacientes.

Depressão comórbida com doenças físicas

A depressão é comum entre jovens com doenças físicas crônicas e seu impacto na qualidade de vida deles é considerável. De acordo com Ortiz-Aguayo e Campo (2009) “em vez de ser somente um outro transtorno sofrido por uma criança fisicamente doente, a relação entre a doença física e a depressão é geralmente complexa e bidirecional”. Como resultado, o reconhecimento e diagnóstico da depressão em crianças cronicamente doentes é geralmente um desafio, porque há o risco de se atribuir sintomas da própria doença física (por exemplo, fadiga insônia ou inapetência) ao transtorno de humor e vice-versa. A avaliação de mudanças na funcionalidade é essencial.

Assim como o tratamento descrito para transtornos depressivos em outros jovens, a medicação é particularmente bem aplicada ao tratamento da depressão em contextos clínicos, mas também apresenta malefícios, com maior probabilidade de eventos adversos

Combinando medicação antidepressiva e TCC

O estudo TADS mostrou que combinar um ISRS (fluoxetina) com TCC era melhor que fluoxetina ou TCC sozinhos. Resultados em adultos depressivos também sugerem que adicionar TCC ao medicamento antidepressivo resulta em maiores taxas de melhora. Como consequência, muitas diretrizes de tratamento recomendam o uso de qualquer ISRS combinado com TCC como o tratamento de escolha para casos graves de depressão em jovens. Uma metanálise (Dubicka B et al, 2010) focou em questionar se TCC confere benefício adicional no tratamento antidepressivo em pacientes adolescentes com depressão unipolar. Os resultados não mostraram evidência de uma vantagem do tratamento combinado em detrimento ao uso apenas de medicação para sintomas depressivos, suicidalidade e melhora global após o tratamento agudo e durante o seguimento. O tratamento combinado de fato resultou em redução do prejuízo funcional em curto prazo (em 12 semanas). Esses resultados, portanto, desafiam o conhecimento vigente, mas necessitam ser replicados. Contudo, alguns subgrupos específicos de jovens podem se beneficiar dessa combinação. Há evidência crescente de que a combinação do antidepressivo com TCC pode ser mais efetiva que outras intervenções em adolescentes que apresentaram falha terapêutica ao curso adequado de um antidepressivo.

e interações farmacológicas, o que requer um acompanhamento mais cuidadoso. Por exemplo, ISRSs podem aumentar o risco de sangramento gastrointestinal em crianças com distúrbios da coagulação ou em combinação com anti-inflamatórios não-esteroidais.

PERSPECTIVAS CULTURAIS

Será que todos os jovens, independente da cultura, sentem a depressão e os seus sintomas de forma similar, ou ela varia de acordo com o contexto cultural? Existem muitos obstáculos para responder essa questão. Uma delas é a bem documentada falta de evidências epidemiológicas sobre transtornos mentais na infância em países em desenvolvimento. Além disso, as pesquisas são limitadas, não confiáveis, e compostas por variações nos métodos diagnósticos. Uma vez que considerações culturais sobre investigação diagnóstica e tratamento da depressão na infância são necessárias, é difícil distinguir o que é biológico, cultural, e o que é devido à prestação de serviços. Por exemplo, tem sido sugerido que o aumento nas taxas de depressão na América do Norte e na Europa seria apenas um reflexo da redução do limiar para o diagnóstico, enquanto o aumento das taxas de suicídio entre mulheres jovens chinesas, comparadas com os homens, e a sua fraca associação com depressão parece se dever amplamente ao acesso fácil a pesticidas, porém pobre a cuidados médicos de emergência nas comunidades rurais chinesas. Por não serem especificamente relacionados com sintomas depressivos, mas com sintomas emocionais e comportamentais em geral, os dados disponíveis sugerem que as diferenças dentro dos grupos de uma sociedade podem ser maiores que as diferenças entre as próprias sociedades (Achenbach et al, 2008).

Há muitos relatos de caso sobre diferenças culturais na manifestação da depressão. Por exemplo, sintomas depressivos no Afeganistão são similares aqueles em outros países, mas no Afeganistão a maioria dos pacientes depressivos expressam desejos passivos de morte passivos em vez de pensamentos suicidas francos. Apesar de sugerido que haveria uma maior incidência de pensamentos de culpa em países ocidentais devido à influência na religião judaico-cristã, quando religiões diferentes são comparadas, a presença ou ausência de pensamentos de culpa está associada com o nível de educação e o grau de depressão, em vez do contexto cultural (Inal-Emiroglu & Diler, 2009). Pacientes japoneses não descrevem depressão do mesmo jeito que os americanos e nem expressam seus sentimentos da mesma maneira. Para os japoneses, imagens concretas da natureza permitem que expressões emocionais sejam feitas de forma impessoal, e como resultado, eles geralmente apresentam carência de conexão pessoal quando expressam emoções. Em vez de pensamentos de culpa ou humor deprimido, a depressão é frequentemente experienciada somaticamente por populações hispânicas. Os clínicos devem se atentar que um jovem hispânico deprimido pode se apresentar com cefaleia, sintomas gastrointestinais e cardiovasculares ou problemas de “nervos”. Muitas pessoas chinesas, quando deprimidas, não referem se sentirem tristes; queixam-se de tédio, sentimentos de pressão interna, dor, tontura e fadiga, e geralmente consideram diagnóstico de depressão moralmente inaceitável e sem importância.

BARREIRAS NA IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS BASEADOS EM EVIDÊNCIAS NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

Há numerosas barreiras na implementação de cuidados baseados em evidências para depressão em países em desenvolvimento (para mais detalhes, vide Inal-Emiroglu & Diler, 2009). Isso é mais preocupante porque a proporção da população abaixo de 18 anos é muito maior nas nações em desenvolvimento.

As barreiras nos cuidados existem em todos os países, mas são maiores nos países com renda menor. Além de problemas com o transporte e na capacidade de pagar pelos serviços, a carência de profissionais treinados nessa área é um problema global. Não apenas existem poucos psiquiatras de infância e adolescência, mas também a própria profissão não é reconhecida formalmente como especialidade em diversos países, mesmo em alguns desenvolvidos. O número de psiquiatras infantis por milhão de pessoas era estimado, em 2006, em 21 nos Estados Unidos, 2,8 em Singapura, 2,5 em Hong Kong e 0,5 na Malásia. Com raras exceções, o número de psiquiatras de infância e adolescência é irrisório na maioria dos países na África, no leste Mediterrâneo, sudeste asiático e no Pacífico. Isso também se aplica a psicólogos infantis, assistentes sociais, enfermeiros treinados na área e aos serviços disponíveis. Tais lacunas são geralmente preenchidas por figuras religiosas, como padres, xamãs e curandeiros (vide Capítulo J.2). Internações para crianças e adolescentes não existem em muitos países, incluindo alguns desenvolvidos.

Os países na Europa central e oriental merecem menção especial. São 30 novas democracias, com uma população ao redor de 400 milhões, que se manteve sob regimes comunistas por 50 a 70 anos, e mudaram para sistemas democráticos de governo no fim do século 20 (vide Capítulo J.10). Esses países da Europa central e oriental desenvolveram um sistema único de cuidados em saúde mental, baseado na ideologia Soviética que se ateve a instituições residenciais, as quais refletiam políticas estatais baseadas na exclusão social de grupos vulneráveis. A solução comum era institucionalizar crianças quando as famílias estavam em crise, ou se as crianças desenvolviam problemas. Ignorar esses fatores psicossociais foi uma consequência da crença que problemas psicossociais haviam sido resolvidos com sucesso pelo sistema soviético. Tais atitudes e estruturas estão mudando gradativamente (Puras, 2009).

O conhecimento de pais, professores e profissionais de saúde sobre o tratamento da depressão podem levar ao atraso da busca de ajuda, fazendo-a de forma inapropriada, ou podem prejudicar adesão às recomendações clínicas. Em geral, o conhecimento sobre depressão em países em desenvolvimento é limitado: problemas emocionais são vistos de forma estigmatizada, como sinais de fraqueza ou doenças contagiosas, mais em algumas culturas do que em outras. Entretanto, tal estigma parece ser uma barreira mais significativa ao tratamento em países ricos do que em países pobres. As percepções de depressão são geralmente inconsistentes. Por exemplo, uma pesquisa sugeriu que o povo turco identificava a depressão como a doença, combatia como um problema social e acreditava que a depressão poderia ser tratada com drogas, mas tinha pouco conhecimento sobre medicações e tratamento, e duvidava sobre aceitação de pacientes deprimidos pela sociedade (Inal-Emiroglu & Diler, 2009). O treinamento de clínicos da atenção primária no diagnóstico e tratamento de depressão pode ser o melhor jeito de aprimorar o tratamento.

De acordo com Kleinman (2004): “a cultura confunde o diagnóstico e o manejo, ao influenciar não apenas a experiência da depressão, mas também a busca de cuidado, a comunicação entre paciente e profissional, e a prática clínica. A cultura também afeta a interação dos fatores de risco com suporte social e fatores psicológicos de proteção que contribuem inicialmente para depressão. A cultura pode até modificar o ambiente para a expressão gênica e reação psicológica, resultando em uma biologia localizada da depressão: as pesquisas já mostram que pessoas de diferentes etnias metabolizam fármacos por meios distintos entre si.”

Barreiras se referem a:

- Recursos: treino de profissionais, disponibilidade de serviços, custos
- Questões culturais: percepções sobre a depressão, estigmas
- Uso de medicação

O acesso a tratamentos psicossociais em países em desenvolvimento é muito pobre devido à falta de treinamento de profissionais, bem como o acesso à medicação. A lista da OMS em 2010 de medicações essenciais para pacientes pediátricos inclui apenas a Fluoxetina, enquanto que para adultos, apenas fluoxetina e amitriptilina para o tratamento de transtornos de humor. Da mesma forma, sendo o carbonato de lítio, carbamazepina e ácido valpróico tratamentos para transtorno bipolar, menos da metade dos países do mundo provém alguma forma de subsídio para medicação. Mesmo se a medicação é prescrita, o acompanhamento provavelmente é inadequado.

PREVENÇÃO

O objetivo da prevenção é diminuir as chances de desenvolvimento de sintomas e episódios depressivos na população (intervenção *universal*). Existem outras opções preventivas, mais específicas, que podem ser mais úteis, por exemplo, a intervenção precoce em indivíduos com sintomas depressivos em níveis subclínicos, buscando reduzir tais sintomas e prevenir o desenvolvimento de um episódio depressivo maior: prevenção *seletiva* (se os participantes da intervenção tem fatores de riscos significativos), e prevenção *indicada* (com indivíduos que já demonstram níveis subclínicos de sintomas depressivos). A tabela E.1.3 lista os fatores de risco e implicações na prevenção.

De modo geral, os desfechos de programas de intervenção têm sido mistos. Os programas de prevenção (seletiva ou indicada) mostram um tamanho de efeito pequeno a moderado, porém maior que programas de prevenção universais, os quais têm sido percebidos com amplamente ineficazes. Programas mais eficazes concentram-se na reestruturação cognitiva, resolução de problemas, treino de habilidades sociais, comunicação interpessoal e assertividade através de treinamentos individuais ou em grupo. Os programas de prevenção são geralmente conduzidos por grupos de crianças ou adolescentes em ambientes clínicos ou escolares (Garber 2009; US Preventive Services Task Force, 2009). Uma abordagem que aparenta estar atingindo mais sucesso é *Coping with Depression Course for Adolescents*. O programa consiste em 8 sessões de grupo semanais de 90 minutos, seguidas de 6 sessões de continuação. Em um estudo, o programa mostrou efeitos sustentados significativos, em comparação aos utilizados comumente na prevenção do início dos sintomas depressivos em jovens em risco dentro de um período de três anos (Beardslee et al, 2013).

Os princípios que guiam a prevenção (Garber, 2009) são:

- Simplicidade
- Atratividade
- Relevância

REFERÊNCIAS

- Angold A, Costello EJ, Messer SC et al. Te development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1995; 5:237–249.
- Angold A, Costello EJ. Te Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000; 39:39–48.
- Australian Broadcasting Corporation. *Te Girl Less Likely*. 15 September 2008.
- Beardslee WR, Brent DA, Weersing VR et al (2013). Prevention of depression in at-risk adolescents: Longer-term effects, *JAMA Psychiatry*, 70:1161-1170.
- Berndt ER, Koran LM, Finkelstein SN et al. Lost human capital from early-onset chronic depression. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157: 940-947.
- Birleson P. Te validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: A research report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1981;22:73-88.
- Birmaher B, Brent D and the AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2007; 46:1503-1526.
- Birmaher B, Brent D. Treatment resistant depression. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:209-219.
- Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996; 35:1427-1439.
- Brent D, Emslie G, Clarke G et al. Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression. Te TORDIA randomized controlled trial. *JAMA*, 2008; 299:901-913.
- Bridge JA, Birmaher B, Iyengar S et al. Placebo response in randomized controlled trials of antidepressants for pediatric major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 2009;166: 42–49.
- Bridge JA, Iyengar S, Salary CB et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment. A meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*, 2007; 297:1683-1996.
- Brooks SJ, Krulwicz S, Kutcher S. The Kutcher Adolescent Depression Scale: Assessment of its evaluative properties over the course of an 8-week pediatric pharmacotherapy trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2003; 13:337–349.
- Buckley NA, McManus PR. Fatal toxicity of serotonergic and other antidepressant drugs: analysis of United Kingdom mortality data. *BMJ* 2002;325:1332–1333.
- Carlson GA, Cantwell DP. Unmasking masked depression in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* 1980; 137:445-449.
- Caspi A, Sugden K, Moffitt TE et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003; 18;301(5631):386-389.
- Copeland WE, Miller-Johnson S, Keeler G et al. Childhood psychiatric disorders and young adult crime: A prospective, population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 2007; 164:1668–1675.
- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A et al. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry* 2003; 60:837-844.
- Curry J, Silva S, Rohde P, Ginsburg G et al. Recovery and recurrence following treatment for adolescent major depression. *Archives of General Psychiatry* 2010. Published online November 1, 2010. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.150.
- Dubicka B, Elvins R, Roberts C et al. Combined treatment with cognitive behavioural therapy in adolescent depression: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 2010; 197: 433-440.
- Faulstich ME, Carey MP, Ruggiero L et al. Assessment of depression in childhood and adolescence: An evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC). *American Journal of Psychiatry*, 1986; 143(8):1024–1027.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Miller AL, Kennedy MA. Life stress, 5-HTTLPR and mental disorder: findings from a 30-year longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry* 2011;198:129-135.
- Frye MA. Bipolar disorder. A focus on depression. *New England Journal of Medicine*, 2011;364:51-59.
- Garber J. Prevention of depression and early intervention with sub-clinical depression. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:274-294.
- Goodman R, Ford T, Simmons H et al. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. Te British Journal of Psychiatry, 2000; 177: 534-539.
- Inal-Emiroglu FN, Diler RS. International views and treatment practices. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:332-340.

- Johnson JG, Harris ES, Spitzer RL et al. Te Patient Health Questionnaire for Adolescents: Validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *Journal of Adolescent Health*. 2002;30:196-204.
- Kleinman A. Culture and depression. *New England Journal of Medicine*, 2004; 351:951-953.
- Karg K, Burmeister M, Shedden K, Sen S. Te serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited: Evidence of genetic moderation. *Archives of General Psychiatry*. Published online January 3, 2011. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.189
- Krishnan V, Nestler EJ. Linking molecules to mood: new insight into the biology of depression. *American Journal of Psychiatry* 2010; 167:1305-1320.
- Langer DA, Chiu A, Asarnow JR. How to use CBT for youth depression: A guide to implementation. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:100-113.
- Mufson L, Verdelli H, Clougherty KF et al. How to use interpersonal psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A). In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:114-127.
- Nathan B. "And Ten My Tears Subsided..."
National Institute for Health and Clinical Excellence. *Depression in Children and Young People: Identification and Management in Primary, Community and Secondary Care*. National Clinical Practice Guideline Number 28. Leicester, UK: Te British Psychological Society 2005.
- Ortiz-Aguayo R, Campo JV. Treating depression in children and adolescents with chronic physical illness. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:295-309.
- Puras D. Development of child mental health services in Central and Eastern Europe. *IACAPAP Bulletin*, 2009; 24:9-10.
- Poznanski E, Mokros H. *Children's Depression Rating Scale-Revised Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services; 1996.
- Rey JM. How to use complementary and alternative medicine treatments. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:151-161.
- Risch N, Herrell R, Lehner T et al. Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression. A meta-analysis. *JAMA*, 2009; 301:2462-2471.
- Stevens J, Kelleher KJ, Gardner W et al. Trial of computerized screening for adolescent behavioral concerns. *Pediatrics* 2008; 121: 1099-1105.
- US Preventive Services Task Force. Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Pediatrics*, 2009; 123:1223-1228.
- TADS Team. Te treatment for adolescents with depression study (TADS). Long-term effectiveness and safety outcomes. *Archives of General Psychiatry*. 2007;64:1132-1144.
- Walter G, Ghaziuddin N. Using other biological treatments: Electroconvulsive therapy (ECT), transcranial magnetic stimulation, vagus nerve stimulation, and light therapy. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:87-99.
- WHO Model List of Essential Medicines 16th list (updated) March 2010.
-