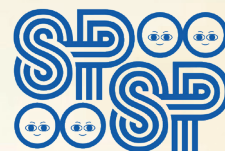


Pediatria

# atualize-se

BOLETIM DA SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO



WWW.SPSP.ORG.BR

ANO 3 • Nº 5 • SET/OUT 2018

ISSN 2448-4466

## O trabalho interdisciplinar nos quadros de DEPRESSÃO na infância e adolescência

Página 4

### DEPRESSÃO NA INFÂNCIA

O tema desafia a todos porque impõe um giro de perspectiva importante; não associamos naturalmente depressão à infância. **Pág. 6**

### DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA

Na adolescência os sintomas podem ser muito semelhantes a algumas características próprias dessa etapa da vida. **Pág. 9**

# Baruel

## MAMÃES BEM ORIENTADAS, CRIANÇAS PROTEGIDAS!

Mantenha seus pequenos  
pacientes protegidos  
contra assaduras.



PróMilk®



## PROTEÇÃO DESDE O PRIMEIRO DIA\*



Barreira  
protetora





Com Óleo  
de amêndoas,  
óxido de zinco  
e glicerina



Fácil de aplicar  
e remover

O **Creme Preventivo de Assaduras Baruel** assegura a proteção necessária para a pele frágil do bebê e da criança. Pode recomendar com a certeza de indicar **qualidade** de quem oferece produtos há mais de **120 anos** no mercado de cuidados e bem-estar.

 [baruel.com.br](http://baruel.com.br)

 [/BaruelOficial](https://www.facebook.com/BaruelOficial)

\*Testes realizados em recém-nascidos, com acompanhamento de pediatras e dermatologistas, comprovaram a segurança e eficácia desde o primeiro dia de vida.

## | Expediente

Diretoria da Sociedade  
de Pediatria de São Paulo  
Triênio 2016-2019

### Diretoria Executiva

#### Presidente

Claudio Barsanti

#### 1º Vice-presidente

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck

#### 2º Vice-presidente

Marcelo Pinho Bittar

#### Secretária-geral

Maria Fernanda Branco de Almeida

#### 1º Secretário

Sulim Abramovici

#### 2º Secretário

Fábio Eliseo F. Alvares Leite

#### 1º Tesoureiro

Mario Roberto Hirschheimer

#### 2º Tesoureiro

Glaucia Veiga Corrêa

### Diretoria de Publicações

#### Diretora

Cléa R. Leone

#### Coordenadores do *Pediatra Atualize-se*

Antonio Carlos Pastorino

Mário Cícero Falcão

#### Departamentos colaboradores:

Adolescência

Saúde Mental

### Informações Técnicas

#### Produção editorial

Sociedade de Pediatria de São Paulo

#### Jornalista responsável

Paloma Ferraz (MTB 46219)

#### Revisão

Rafael Franco

#### Diagramação

Lucia Fontes

#### Projeto gráfico

Raquel Ferreira Cardoso

#### Foto de capa:

© Ale-ks | depositphotos.com

Periodicidade: bimestral

Publicação online: [www.spsp.org.br](http://www.spsp.org.br)

#### Contato comercial

João Batista Vita Neto:

[joao.vita@apm.org.br](mailto:joao.vita@apm.org.br)

Malu Ferreira:

[malu.ferreira@apm.org.br](mailto:malu.ferreira@apm.org.br)

#### Contato produção

Paloma Ferraz:

[paloma@spsp.org.br](mailto:paloma@spsp.org.br)

ISSN 2448-4466

# EDITORIAL



Salvi Cruz

Caros colegas pediatras,

Este número do *Pediatra Atualize-se* traz textos muito interessantes dos Departamentos de Adolescência e Saúde Mental da SPSP que tratam de assuntos cada vez mais presentes em nossas crianças e adolescentes: a depressão e todos os comemorativos que dela se apresentam.

O pediatra que vem tendo dificuldade em atuar de maneira preventiva, pelas imposições do mercado de trabalho que está inserido, também necessita ter tempo para interagir com seus pacientes e as demandas de seus familiares. O crescente distanciamento dos núcleos familiares faz com que a criança e o adolescente fiquem expostos a todas as pressões decorrentes das mudanças de nossa sociedade, muitas vezes sem que sejam notadas as tênues alterações em seu comportamento, em cada etapa de seu desenvolvimento.

O pediatra tem um papel fundamental na identificação dessas mudanças orgânicas e muitas vezes não observa – ou a família não aponta como importante – as alterações que podem evoluir para a depressão e suas consequências.

Os textos a seguir são de fácil leitura e nos mostram a importância do parar para observar, escutar e conhecer os comportamentos de risco e sinais de alerta para uma possível depressão. Alertam também para quando, se não possuímos os instrumentos de auxílio à família e aos seus filhos para combatê-la, pelo menos apontar a necessidade da observação e escuta conjunta entre eles, acolher e entender o que está sendo construído e, se necessário, encaminhar para um profissional que seria aliado nessa fase de diagnóstico e em sua intervenção terapêutica.

Mais uma vez o *Pediatra Atualize-se* traz os assuntos que mais se têm discutido nas mídias e busca fazer com que os pediatras se sintam mais capacitados em seu trabalho desafiador de transformar seus pacientes em cidadãos saudáveis em todos os sentidos.

**Dr. Antonio Carlos Pastorino**

Editor da Diretoria de Publicações

## | Sumário

4 **O trabalho interdisciplinar nos quadros de depressão na infância e adolescência**  
por Vera Ferrari Rego Barros

6 **Depressão na infância: como o pediatra pode detectar e intervir**  
por Cristiane da Silva Geraldo Folino

9 **Depressão na adolescência: sinais de alerta para os comportamentos de risco**  
por Andrea Hercowitz

## Fale conosco

[www.spsp.org.br](http://www.spsp.org.br)  
[pediatria@spsp.org.br](mailto:pediatria@spsp.org.br)

Siga a SPSP nas redes sociais!  
@SociedadeSPSP

# O trabalho interdisciplinar nos quadros de DEPRESSÃO na infância e adolescência

Vera Ferrari Rego Barros

A Pediatria, como uma disciplina médica, tem uma particularidade especial que a distingue de todas as outras disciplinas: ela se volta “para um tempo específico da vida humana – em sua complexidade – diferindo-se das demais que viriam a dedicar-se a uma terapêutica específica, um órgão ou uma doença em particular”.<sup>1</sup>

Nesse sentido, o pediatra é um profissional privilegiado pela possibilidade de, ao acompanhar o paciente ao longo de seu desenvolvimento, construir uma compreensão dessa criança que ultrapassa a dimensão clínica e alcança uma dimensão histórica, abarcando os fatos mais significativos do seu cotidiano e de sua família.

Paradoxalmente, isso coloca em tela as vicissitudes da prática pediátrica ao se defrontar com uma ampla gama de sintomas que, embora sustentados, inúmeras vezes, por distúrbios ou manifestações orgânicas, são representações de algo disfuncional no cerne das relações da criança com seu entorno, no âmbito dos vínculos e das respostas às demandas e imperativos da sociedade contemporânea. São disfunções ou agravos que nem sempre encontram uma forma mais organizada ou elaborada de se apresentar, veiculando no corpo o *quantum* de sofrimento psíquico vivenciado nesses confrontos. Demandam uma escuta advertida para o que está nas entrelinhas e um acolhimento comprometido por parte do pediatra, para que algo se encaminhe na direção de uma resolução favorável à criança ou adolescente.

Há, por parte do paciente e da família para com o pediatra, uma suposição de saber que o coloca na posição de certa mestria no conhecimento e resolução, não só do que se refere aos cuidados com a saúde, às doenças e seus tratamentos, mas também do que se relaciona com o que não é bem funcionante no âmbito da vida familiar, das rotinas, do comportamento, das dificuldades nas interações sociais, da aquisição de aprendizagem e da autonomia, além do respeito à lei e às regras, das expectativas e das performances, dos afetos e dos vínculos.

É nesse contexto que quadros como a depressão se apresentam como um desafio à prática pediátrica e ressaltam a necessidade, tanto de um maior embasamento para discriminá-los, como da disponibilidade para uma ação conjunta com profissionais de outras áreas, mas igualmente envolvidos na atenção à infância e a adolescência.

O que se espera do pediatra frente a sintomas que aparentam ser algo que não são? Dores de cabeça, cansaço, irritabilidade,

perda de apetite que não respondem a nenhuma intervenção. Ou manifestações que se confundem com os descritores de determinada etapa de desenvolvimento, tais como um maior isolamento, uma acentuação no comportamento opositor às regras ou mudanças repentinas de humor, como é o caso na adolescência.

Seja como percalço ao desenvolvimento na infância ou como risco à vida na adolescência, o que os quadros de depressão propõem ao pediatra, na verdade, é um enigma, porque dizem algo sobre a singularidade do indivíduo, sobre o modo peculiar que ele encontra para lidar com a angústia que advém das diversas situações que vivencia, sobre como abraça ou recusa aquilo que lhe é oferecido ou o modo como lhe é oferecido. Neste sentido, a depressão pode ser entendida como um sintoma psíquico, e se diferencia dos sintomas médicos porque o principal não é suprimi-lo, mas decodificar que tipo de mensagem veicula: o que coloca o paciente em tal estado de sofrimento e risco?

Na formação médica tradicional, a história clínica do paciente visa à investigação dos aspectos técnicos das doenças utilizando-se de roteiros de anamnese pré-estabelecidos para cada tipo de queixa apresentada, resultando frequentemente em histórias mecânicas e artificiais, em que não se consegue vislumbrar a criança ou sua família. Se por um lado esse tipo de anamnese é tranquilizante para o médico, por outro, ele descarta reflexões e automatiza a consulta, dificultando a compreensão da criança na sua integralidade.<sup>2</sup> Junte-se a isso a exiguidade de oportunidades para discutir temas e vivenciar problemas de ordem psíquica da infância e adolescência e temos um cenário que certamente não propicia um domínio mais claro de como detectar, abordar e intervir nessas questões.<sup>3</sup>

Inúmeras dificuldades se impõem à abordagem e à intervenção nos quadros de depressão no contexto da consulta pediátrica, justamente por trazerem um sofrimento que é de outra ordem:

- Pela via dos sintomas, porque estes nem sempre são claros ou se superpõem aos percalços da etapa de vida na qual o paciente se encontra.
- Pela via da família, porque há uma resistência dos pais em reconhecer a existência das manifestações de um quadro depressivo no filho, em função da conotação de fracasso pessoal em cuidar, educar e proteger, o que também se atrela a um sentimento de culpa pelo adoecimento.
- Pela via do pediatra, porque definir as fronteiras de sua suficiência técnica para detectar, compreender e abordar ques-

tões tão complexas e delicadas com o paciente e a família se constitui em um desafio a clínica. Há o receio de não perceber uma anormalidade nos comportamentos da criança ou nas relações familiares, o qual pode ser tão grande quanto o de abordá-la e ver sua suposição rechaçada pela família, prejudicando um tratamento ou mesmo o necessário encaminhamento, quando em casos mais complexos.

Devemos partir do pressuposto que, autorizado pela família a cuidar do que se relaciona à saúde e à doença da criança ou adolescente, é primordialmente a posição do pediatra quanto a perceber-se capacitado para lidar com quadros como a depressão, o que irá fazer toda a diferença na condução do tratamento.

O pediatra pode não conseguir escutar aqueles conteúdos com os quais não atua, por não ser de sua disciplina. Ele pode tender a encaixar as queixas em categorias próprias do campo da medicina, por considerar que é no âmbito de seu saber técnico que deve dar conta dos problemas que lhe são trazidos. Com isso, as verdadeiras questões, problemas ou sofrimentos precursores dos quadros de depressão podem ficar alijados de um diagnóstico correto e das intervenções necessárias a sua resolução.

É neste sentido que ressaltamos que o encaminhamento para um profissional do campo da saúde mental pode se tornar uma contingência para o tratamento da depressão, mesmo a que se manifesta na infância, onde o que está afetado é, primordialmente, o vínculo entre a criança e seus pais, sendo a relação familiar que se coloca como sintomática. Por conseguinte, o pediatra torna-se um profissional essencial para a entrada da criança ou adolescente em tratamento especializado, na medida em que os que dele necessitam são usuários mais frequentes do atendimento primário.

É importante salientar que o que determina o encaminhamento não é uma precariedade na formação, mas a própria complexidade do ser humano, que se expressa na singularidade e diversidade dos fatores envolvidos na manifestação dos quadros depressivos. Então, é a atitude do pediatra frente a essa complexidade que definirá o rumo do atendimento: se o pediatra acredita que seu lugar frente às demandas do paciente e seus pais é o daquele que necessita – sozinho – deter todo o saber a respeito da criança, fatalmente ele se verá impotente frente aos sintomas psíquicos, que não são abordáveis exclusivamente pelo instrumental tecnicista da Medicina.<sup>4</sup>

Por outro lado, se o pediatra se colocar na posição de que seu saber comporta a impossibilidade de tudo saber, de um saber infalível, abre-se uma via para que ele possa construir um conhecimento sobre o que se passa com seu paciente a partir de seu vínculo com ele e da percepção de que é primordialmente o sujeito, criança ou adolescente, que pode dizer algo a respeito de seu sofrimento. Dessa forma, é a escuta clínica do pediatra e a construção de uma prática pautada nos percalços e manejos cotidianos com essas singularidades o que arquitetam o seu saber. Embora alguns profissionais sejam naturalmente bons ouvintes, a escuta é uma habilidade fundamental que pode ser aprendida

e deve ser utilizada na abordagem de qualquer paciente, sendo mais relevante ainda nas complexas situações de risco.

É na discriminação do que o pediatra pode fazer, no âmbito de sua consulta, para ser eficaz em suas ações – atuar sobre as causas, quando acessíveis, ou buscar parcerias, quando as manifestações se mostram de maior complexidade – que se constitui a possibilidade de um bom encaminhamento, caso necessário, e de um trabalho interdisciplinar que se revele realmente efetivo.

Um encaminhamento, então, não é apenas um pedido de contribuição de outro profissional que detém um conhecimento que o pediatra não teria. Trata-se de um reconhecimento de que o que se apreendeu, na relação com a criança e sua família, pode ser tratado a partir de outro campo teórico-clínico, porque aquilo que torna a pediatria uma disciplina também delimita a especificidade de seu fazer. Da mesma forma, a qualidade dos cuidados em saúde mental para crianças e adolescentes não depende apenas do especialista, mas também da identificação e atuação sobre os problemas psicossociais e de comportamento por aqueles que trabalham em cuidados primários. Esse “diálogo” propicia uma troca valiosa para o aprofundamento das questões da infância e adolescência.

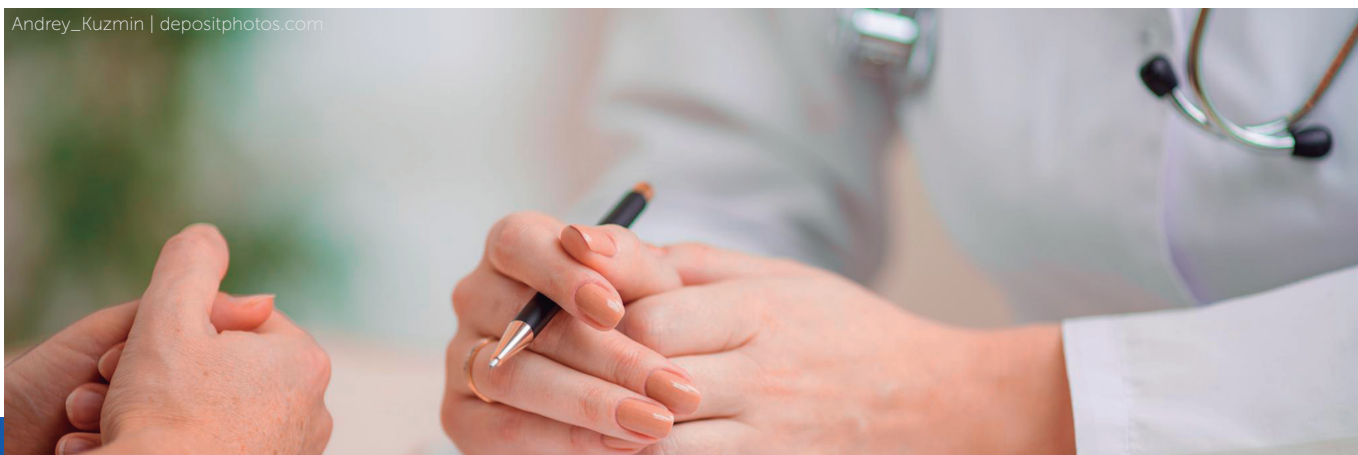
Vale ressaltar que a incorporação dos conhecimentos originários de outras disciplinas não deve ser vista como uma formação complementar para profissionais mais afeitos aos temas psíquicos ou do campo subjetivo, mas como uma habilidade necessária para a boa prática, seja qual for o perfil do pediatra.<sup>2</sup>

Para além do diálogo com profissionais de outras áreas da saúde, enfatiza-se o papel do pediatra junto a orientadores e educadores no cenário escolar, quanto ao desenvolvimento de programas de reconhecimento de manifestações iniciais do transtorno depressivo e de prevenção dos riscos daí decorrentes, uma ação da maior importância dentro do escopo da Pediatria.

A depressão na infância e adolescência exige, de forma inquestionável, uma concepção ampliada de suas manifestações, no contexto da interdisciplinaridade, para que um projeto terapêutico possa ser pensado de forma tanto a lidar com o sofrimento psíquico e seus riscos em longo prazo, como com os percalços ao processo de desenvolvimento, que continua se desenrolando e se expressando em disfunções, atrasos ou excessos na relação do indivíduo consigo mesmo e com seu entorno – objeto de atenção cotidiana do pediatra.

## REFERÊNCIAS

1. Pereira JS. História da Pediatria no Brasil de final de século XIX a meados de sec. XX [Tese de Doutorado]. Belo Horizonte: UFMG; 2006, p.11.
2. Quiles R, Silva RR, Barros VF. Promoção de Saúde Mental. In: Fernandes TF. *Pediatria Ambulatorial: da teoria à prática*. São Paulo: Editora Atheneu, 2016. p. 125-57.
3. Menezes TT, Melo VJ. O pediatra e a percepção dos transtornos mentais na infância e adolescência. *Adolesc Saúde*. 2010;7:38-46.
4. Cury MR, Vidotti TC. O encaminhamento para o especialista e seus percalços. In: Barros VF. *A saúde mental na atenção à criança e ao adolescente: os desafios da prática pediátrica*. São Paulo: Editora Atheneu, 2016. p. 357-63.



# DEPRESSÃO NA INFÂNCIA: como o pediatra pode detectar e intervir?

Cristiane da Silva Geraldo Folino

## PARE

Sabemos que o pediatra necessariamente deve ser um profissional polivalente, dedicado a observar, acompanhar e intervir em um sem-número de problemáticas. Necessita estar bem instrumentalizado a partir de sua formação e experiência para poder lidar continuamente com inúmeras e variadas questões; e em muitos casos encontra desafios e impasses. O que não o desmerece, pelo contrário, ao ser desafiado a implementar sua prática, aprimora seu fazer.

Em algumas oportunidades e com alguns pacientes, o problema pode ser ainda maior, mas certamente o tema na infância desafia a todos porque impõe um giro de perspectiva importante, pois não associamos naturalmente depressão à infância.

## OBSERVE

O tema requer um atravessamento de nossas próprias resistências e crenças em como vemos a criança, para além da inocência, da permanente alegria ou do choro e de birras. Além do que, ainda na atualidade, tratar das questões vinculadas à esfera mental da saúde parece desafiar o profissional e impor um hiato importante sobre as tarefas advindas da Pediatria. No entanto, sabemos que a grande maioria dos casos de depressão aparecem nos consultórios médicos de forma mascarada em queixas latentes<sup>1</sup> e, se quisermos ofertar um trabalho de qualidade para os pacientes, se faz imprescindível levarmos em conta que corpo e mente estão permanentemente ligados, não existe um sem o outro.

A criança atravessa um período importante no qual está construindo, junto com as pessoas que a amparam, um eu e um mundo com certo sentido, dessa forma vive as experiências a partir dos recursos que dispõe, experimentando a vida com “olhos de criança”. Isto também faz com que ela não seja totalmente capaz de identificar, e menos ainda nomear, aquilo que vive e sente. Expressa seu sofrimento psíquico e certo descompasso que pode estar vivendo sem ser através das palavras, fala com seu corpo e as manifestações decorrentes podem ser formas de expressão de que algo não caminha bem nos processamentos dos impactos inerentes à vida.

Esquecemos muitas vezes que a vida é exigente e nos coloca tensões permanentes, e que crescer não constitui tarefa fácil. Apesar de poder ser muito interessante, também pode doer e o ser humano precisa ser ajudado a crescer. Um dos desafios é reconhecer a dificuldade, acolhê-la como genuína, não a minimizando e continuar investindo na vida, procurando caminhos possíveis.

Por outro lado, os pais procuram ajuda para problemas que não são identificados inicialmente como sendo depressão<sup>1</sup>, tais

elementos exigem do profissional uma postura ainda mais atenta, disponível e continente. Devemos também questionar quando há uma suposta clareza nas manifestações, o que não deverá impedi-lo de continuar observando e investigando o contexto e o momento singular que se encontra a criança e sua família.

Em alguns casos há certa vizinhança entre depressão e tristeza, por partilharem manifestações semelhantes, uma pode ser confundida com a outra. A tristeza é um afeto humano como qualquer outro, precisa ser vivido, respeitado e acolhido. Ela condiz com uma dor decorrente de perdas importantes, além de necessária para a elaboração dessas perdas. A importância e o significado de cada perda são dados de modo particular pela criança, ou seja, varia de pessoa para pessoa, o que é vivido como importante, muitas vezes aos olhos dos outros pode ser insignificante, no entanto, para quem o sofre, pode ter um profundo efeito, o qual não deve ser negligenciado.

As crianças podem reagir com tristeza a inúmeros eventos como a uma briga com os pais, à saudade de alguém querido, bem como os bebês e crianças pequenas podem refletir as dificuldades, sofrimentos e tristezas dos seus cuidadores, especialmente se eles próprios não se deram conta e nem acolheram apropriadamente o que sentem.

Importante marcar que a tristeza tem normalmente um caminho a ser percorrido, tem início, meio e fim, bem como é fundamental que a criança possa entrar em contato com uma ampla gama de sentimentos que incluem a tristeza, mas também as decepções e contrariedades para exercitarem a capacidade de lidar com sentimentos que não são tão prazerosos, mas que necessariamente também fazem parte da vida. Propiciar um lugar e condição para a expressão destes não é tarefa fácil, principalmente na atualidade, que permanentemente reitera o imperativo de felicidade e sucesso, mas configura-se fundamental.

Já a depressão é uma condição emocional prolongada, que pode atingir vários aspectos da personalidade em formação da criança, no entanto torna-se marcante o processo envolvido nela. Não é causada por um único fator, as questões se engancham umas nas outras. Não é claro qual foi o ponto de partida e as dificuldades geralmente se arrastam e se tornam mais complexas.

Em inúmeras oportunidades pode ser difícil detectar se uma criança está atravessando uma depressão, em virtude da pluralidade das manifestações, que podem variar em um amplo espectro desde a desvitalização, apatia e choro, como pelo seu contrário, agressividade e excesso de birras. No entanto, essas crianças podem ser confundidas, repetidas vezes, como crianças assertivas, bem resolvidas e decididas.

Nas depressões há uma vivência na qual a existência perde a cor, o sabor e o sentido,<sup>2</sup> e somos seres que permanentemente precisamos dar sentido à vida,<sup>3</sup> precisamos processar as mais variadas experiências, principalmente as que tangem às separações e às perdas.<sup>4</sup> A depressão poderá advir quando este processamento estiver dificultado ou impedido.

Apresentamos alguns sinais que podem nortear a observação do profissional sem valor diagnóstico. O objetivo é oferecer uma possibilidade de abertura para o campo de investigação e cuidado.

**No bebê:** o componente primordial é certa apatia, indiferença mais do que tristeza, pode não apresentar queixas, choros e nem mandar nada, pode haver um comportamento monótono no aspecto motor. Especial atenção ao retraimento ou evitação do contato com o cuidador, se comparado ao comportamento anterior. Fundamental observar a qualidade do olhar: um olhar vazio, fixo e fugidio deve ser acompanhado. Deve-se prestar atenção em modificações súbitas de comportamentos, como desaparecimento da ansiedade frente a estranhos, que geralmente aparece entre o 6º ao 8º mês e interesse relativo aos objetos inanimados superior ao interesse pelas pessoas.<sup>4</sup> Importante também verificar como se está construindo o vínculo com a mãe/cuidador, se há prazer de ambos no contato ou se é uma relação balizada pelo cuidado esvaziado de afeto, mais mecânico. A depressão materna constitui um importante fator de risco para depressão em bebês, caso eles não contem com ajuda de terceiros que possa intermediar a relação entre a dupla e servir de alento.

**Na criança:** ficar doente de maneira recorrente, sofrer inúmeros acidentes, bem como machucar-se repetidas vezes. Distúrbios do sono - desde sonhos confusos à terror noturno. Perda de apetite. Desaceleração motora, rosto pouco expressivo, inibição da motricidade. A criança pode ser descrita como comportada demais, quase indiferente, submissa, que fica por muito tempo sentada quieta e podendo aparecer também momentos de muita agitação e irritabilidade.<sup>4</sup> Mudança abrupta de comportamento apresentando choro e medos excessivos. Uma criança bastante tímida também merece ser observada além do desinteresse pelo brincar, por sair de casa e ir para a escola.

## ACOLHA

Uma abordagem cuidadosa da questão e que já faz parte da intervenção do pediatra, deverá necessariamente passar pela observação e acompanhamento da criança e da família. Atualmente vivemos num ritmo frenético, no qual são atropelados os ritmos pessoais, o que dirá de uma criança que precisa de tempo e de uma relação com certa qualidade e presença para se constituir.

De alguma forma, o olhar e a conduta do pediatra devem servir de meio pelo qual se privilegie a qualidade das trocas e relações no grupo familiar, dando ênfase em tal importância. Podendo abrir espaço para que seja possível falar sobre, pensar o que pode estar acontecendo e fundamentalmente sensibilizar a família, para que haja um lugar para que estas questões possam ser abordadas e cuidadas.

Em alguns casos, especialmente os mais graves, a abordagem medicamentosa pode ser importante, no entanto não deverá ser o recurso primeiro, nem mesmo único. Pode ser indicada uma abordagem psicoterapêutica, para não incorrer no risco de silenciar apenas o que o sintoma está querendo comunicar, uma vez que este geralmente se configura num pedido de ajuda.

Ser devidamente escutada, tanto a criança como a família, cria a experiência de ser levada seriamente em conta, o que pode favorecer e reverberar em uma experiência integradora e propicia-

dora de sentido,<sup>3</sup> que pode ser decisiva para inaugurar e favorecer o trânsito necessário das questões que podem estar em jogo de maneira latente, precipitando o sofrimento.

Poder abrir espaço para expressão e para a escuta é necessariamente uma intervenção fundamental e que cabe ao pediatra, e que poderá ser decisiva quando se faz necessário um outro tipo de tratamento mais específico, isto não significa que o profissional precisa dar conta de tudo, e que ele deve se tornar um psicoterapeuta, o que não é o caso, mas se ele puder servir de ponte para a travessia de impasses fundamentais da criança em sua família, ajudando a sustentá-los, certamente ao que tange às depressões na infância pode se configurar num ponto primordial e de grande importância para seus pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. Calderaro RS. Depressão na infância: um estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*. 2005;10:181-9.
2. Horstein L. As depressões: afetos e humores do viver. São Paulo: Via Lettera: Centro de Estudos psicanalíticos; 2008.
3. Figueiredo LC. As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea. São Paulo: Escuta; 2009.
4. Marcelli D, Cohen D. Infância e psicopatologia. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.





Campanha da SPSP para desenvolver e implementar ações e promoções de hábitos e práticas alimentares saudáveis nas escolas e em casa, além de estimular atividade física, visando a melhoria da qualidade de vida das crianças, suas famílias e as comunidades nas quais estão inseridas.

COMBATE À

# obesidade Infantil

---

## SETEMBRO LARANJA

---

Sociedade de Pediatria de São Paulo

APOIE • PARTICIPE • COMPARTILHE



# DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA

## sinais de alerta para os comportamentos de risco

Andrea Hercowitz

A depressão é uma doença multifacetada, nem sempre fácil de ser identificada. Quando incide na adolescência, seu diagnóstico torna-se ainda mais complexo, uma vez que os sintomas podem ser muito semelhantes a algumas características próprias dessa etapa da vida. Segundo a *American Academy of Pediatrics*, 9% dos adolescentes apresentam depressão, sendo que somente 50% deles são diagnosticados antes da idade adulta e, mesmo quando diagnosticados, apenas 50% recebem tratamento adequado.<sup>1,2</sup>

Se por um lado, quando estudamos a depressão na fase da adolescência, citamos sintomas como irritabilidade ou apatia, isolamento, alterações do sono como sonolência excessiva ou insônia, insatisfação com o próprio corpo, perda de interesse por atividades realizadas anteriormente, piora do rendimento escolar e o envolvimento em situações de risco como, por exemplo, o uso de drogas, por outro lado observamos adolescentes saudáveis com comportamentos semelhantes. Todos esses sintomas podem ser apenas a manifestação de uma adolescência normal e por isso aqueles que lidam com os jovens devem ter conhecimento e sensibilidade para diferenciar o patológico do fisiológico. Nem sempre o adolescente percebe que está deprimido e muitas vezes, mesmo que perceba, não procura ajuda dos pais ou responsáveis, acreditando que é um problema passageiro ou que os amigos podem ajudá-lo.

É preciso ficar atento aos sinais e sintomas que podem ser uma expressão da doença, de forma a minimizar os riscos. Além disso, é importante estar advertido para não tratar estes sintomas como doenças em si mesmas, evitando intervir de forma pontual ou específica para sua resolução, retirando-os do contexto mais amplo.

Deve-se ficar atento para:

### Transtornos alimentares

Os transtornos alimentares têm causa multifatorial, sendo uma delas a depressão. Os tipos mais comuns na adolescência são a anorexia nervosa, a bulimia e a compulsão alimentar, com uma incidência de três meninas para cada menino.

**Anorexia nervosa:** o diagnóstico é clínico e se baseia no DSM-5,<sup>3</sup> que cita os seguintes achados: restrição de ingestão calórica que leva ao baixo peso para o sexo e a idade (IMC menor que 18,5); medo intenso de ganhar peso ou ficar gordo, ou comportamento persistente para evitar o ganho de peso, apesar de já estar com baixo peso; percepção distorcida de autoimagem ou forma física e do peso corporal; e excessiva influência do peso e da forma física na autoestima ou negação da realidade do baixo peso. Tipicamente, o aspecto físico dos pacientes é bastante

emagrecido, com olhos fundos, pele e cabelos ressecados e unhas quebradiças. Geralmente estão mais agasalhados do que esperado, por conta do frio que sentem, consequência da perda de tecido gorduroso. Podem apresentar acne e lanugo em região de face e pescoço.

**Bulimia nervosa:** Segundo o DSM-5, a bulimia é caracterizada por episódios recorrentes de compulsão alimentar periódica, ou seja, ingestão de grande quantidade de comida em curto espaço de tempo; comportamento de expurgo compensatório para evitar o ganho de peso, que acontece em média 1 vez por semana, durante no mínimo 3 meses consecutivos; e forte influência do peso e forma física na autoavaliação do indivíduo. O paciente portador de bulimia apresenta um aspecto irritado e deprimido, sempre insatisfeito com o próprio corpo. Geralmente tem peso adequado ou sobrepeso. Apresenta a pele seca, cabelos fracos e ressecados. Seu rosto costuma ser arredondado, por conta do aumento das parótidas e suas mãos apresentam calosidade típica, entre o segundo e terceiro dedos da mão dominante, decorrente do atrito dessa região com os dentes caninos ao provocar o vômito. Essa lesão é denominada Sinal de Russell.

**Compulsão alimentar:** segundo o DSM-5, o diagnóstico de compulsão alimentar (*binge eating*) baseia-se na ingestão de grande quantidade de alimento em curto espaço de tempo, maior do que a maioria das pessoas poderia comer, com a sensação de perda de controle. Os episódios de compulsão são marcados por no mínimo três dos seguintes itens: comer mais rápido do que o normal; comer até sentir desconforto; comer grande quantidade de comida mesmo sem a sensação de fome; comer sozinho por constrangimento causado pela quantidade de comida ingerida; sentir-se culpado, deprimido ou com raiva de si mesmo após o excesso de comida. Os pacientes tendem a ser obesos ou ter sobrepeso, pois não apresentam a compensação de expurgo que os bulímicos têm. Costumam ter personalidade rígida e perfeccionista, sempre na tentativa de estar no controle da situação, portanto sentem-se muito frustrados após o descontrole da compulsão.<sup>4</sup>

### Autolesão sem intenção suicida

A depressão pode se manifestar também através da autolesão sem intenção suicida. Estudo recente sobre autolesão com ou sem intenção suicida constatou relação de duas mulheres para cada homem, sendo que 35,6% do total sofriam de transtorno depressivo.<sup>5</sup> As lesões mais comuns são as queimaduras com cigarros, feridas abertas no corpo com as próprias mãos (coçando, arranhando, arrancando cutículas) e os cortes realizados com objetos pontiagudos variados.

O *cutting* é o ato de se machucar sem a intenção de morte e está muito relacionado à depressão e à ansiedade. Mais comum entre adolescentes do sexo feminino, tem como objetivo transformar a dor psíquica, difícil de entender e manejar, em dor física. A sensação de alívio da angústia é imediata, mas seguida por muita culpa. As lesões costumam ser superficiais, em região de antebraços, coxas e abdome, porém deixam cicatrizes. Com o intuito de esconder as marcas, as jovens evitam expor o corpo, usando mangas longas no calor e evitando trajés de banho quando em piscinas ou praia.

Apesar de não ter intenção suicida, a incidência de morte não intencional pelo uso de drogas e o suicídio entre aqueles que se automutilam é 9 vezes maior do que na população em geral<sup>6</sup> e por isso deve ser valorizado. A autolesão não pode ser vista como um artifício dos jovens para chamar a atenção e sim como um sintoma de uma doença que necessita de tratamento.

### Dependência de álcool e drogas

A associação entre depressão e drogas é muito comum, pois essas podem se tornar a muleta do adolescente deprimido, uma fuga temporária da realidade. Seja ingerida, inalada ou fumada, ele encontra o bem-estar durante o seu efeito e o risco da dependência torna-se ainda maior do que em jovens que não sofrem de nenhum transtorno depressivo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a dependência de álcool e drogas é a principal causadora de acidentes, violência e mortes na adolescência, além de aumentar o risco de comportamento suicida.<sup>7</sup>

De acordo com o DSM-5, o diagnóstico de dependência de drogas é feito pelas seguintes características: uso em quantidades maiores ou por mais tempo que o planejado, desejo persistente ou incapacidade de controlar o desejo, gasto importante de tempo em atividades para obter a substância, fissura importante, deixar de desempenhar atividades sociais, ocupacionais ou familiares devido ao uso, continuar o uso apesar de apresentar problemas sociais ou interpessoais, restrição do repertório de vida em função do uso, manutenção do uso apesar de prejuízos físicos, uso em situações de exposição a risco, tolerância, abstinência.

É considerada dependência leve quando se detectam 2 a 3 das situações, moderada com 4 a 5 e grave com 6 ou mais.

As drogas mais usadas na adolescência são o álcool, o tabaco, a maconha e o *ecstasy*. Segundo pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em 2015, 55,5% dos alunos do 9º ano das escolas brasileiras já tiveram contato com o álcool e 9% já provaram alguma droga ilícita.<sup>8</sup>

O impacto do uso de qualquer droga, seja ela lícita ou ilícita, é maior quanto menor for a idade de início. Faltas frequentes na escola, piora do rendimento escolar, agressividade, comportamento agressivo ou ansioso, traumas e acidentes frequentes, isolamento e distúrbio do sono podem ser sinais de alerta para o abuso de drogas. Na vigência do efeito de substâncias psicoativas, há maior incidência de envolvimento em situações de risco e elevam-se as taxas de homicídios e suicídios. A ação advertida do pediatra é essencial para que o adolescente receba o tratamento mais efetivo, visando a prevenção de prejuízo, físico ou psíquico.

### REFERÊNCIAS

1. Zuckerbrot RA, Cheung A, Jensen PS, Stein RE, Laraque D; GLAD-PC Steering Group. Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): Part I. Practice preparation, identification, assessment, and initial management. *Pediatrics*. 2018;141:e20174081.
2. Zuckerbrot RA, Cheung A, Jensen PS, Stein RE, Laraque D; GLAD-PC Steering Group. Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): Part II. Treatment and ongoing management. *Pediatrics*. 2018;141:e20174082.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 55<sup>th</sup> ed. (DSM-5). Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013.
4. Hercowitz A. Transtornos alimentares na adolescência. *Pediatria Mod*. 2015;7:236-46.
5. Basco Jr. WT. Pay attention to self-harm: it is a precursor to suicide. *Medscape*. 2018.
6. Morgan C, Webb RT, Carr MJ, Kontopantelis E, Green J, Chew-Graham CA, et al. Incidence, clinical management, and mortality risk following self-harm among children and adolescents: cohort study in primary care. *BMJ*. 2017;359:j4351. Epub 2017 Oct 18.
7. World Health Organization [homepage on the Internet]. Adolescents: health risks and solutions [cited 2018 Jul 04]. Available from: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>.
8. Brazil - Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão [homepage on the Internet]. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015. Brasília: IBGE; 2016 [cited 2018 Jul 10]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>.



Para que a cadeia de transmissão da Sífilis Congênita possa ser interrompida, cada etapa do processo na linha de cuidado da gestante, especialmente na atenção pré-natal, deve ser rigorosamente cumprida.

**Campanha da SPSP junto com a Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo, Sociedade Brasileira de Infectologia e Associação de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo para eliminação da Sífilis Congênita**



# Outubro Verde

## Mês do combate à Sífilis Congênita

Sociedade de Pediatria de São Paulo

**APOIE • PARTICIPE • COMPARTILHE**

# Mantenha-se um Passo à Frente Descubra a CLN2 Precocemente

Visite o site e informe-se sobre os cuidados da doença CLN2  
(uma forma de Lipofuscinose Ceróide Neuronal ou Doença de Batten)

## CLN2CONNECTION.COM.BR



Conheça a história natural da doença CLN2



Reconheça os principais sintomas para o diagnóstico precoce



Atualize-se com a opinião de especialistas sobre o manejo multidisciplinar da doença CLN2



Mantenha-se informado sobre as melhores práticas para o diagnóstico e manejo da doença CLN2.



**MEDINFO**

Perguntas?  
Para informações,  
envie um e-mail:  
**medinfola@bmrn.com**

Material informativo e de distribuição exclusiva à classe médica.



**B:OMARIN®**