





+E

Crianças deprimidas: não é uma contradição

A depressão infantil é uma epidemia silenciosa. Pode não se dar por ela, mas os estragos que causa invadem a vida adulta. Requer-se uma sociedade atenta, a começar pelos pais



TEXTO **LUCIANA LEIDERFARB**
ILUSTRAÇÕES **ALEX GOZBLAU**



E

sta é a história de M., de Fátima, de miúdos sem nome, e a de muitos que ainda não têm nada para contar apenas porque, sem o saberem, fazem parte de uma epidemia silenciosa. A depressão infantil existe, mas descobri-la depende de vários fatores. Esconde-se atrás de frases que nós, adultos, pronunciamos demasiadas vezes como “isso passa”, “ele é assim” ou “isso não é nada”. Aguarda ser encontrada no meio dos afazeres escolares, dos vínculos desfeitos ou alterados, das perdas, das dúvidas. Mascara-se de alegria, de euforia, de violência e de apatia. De cansaço, até de doença. Quando a depressão entra na vida de uma criança, os estragos podem ser imediatos ou a longo prazo, mas não deixam de se fazer sentir. A não ser que

a criança seja ajudada — e para isso é preciso um adulto atento.

“É um quadro muito frequente, que a maioria das vezes passa despercebido, por ser ligeiro. Se isto acontecer, reaparece mais tarde. Podemos compará-lo à tuberculose pulmonar: há uma *prima* infeção não notada que na idade adulta se declara ativa”, diz o psicanalista António Coimbra de Matos, para quem a depressão nos mais novos “parte sempre de uma falta de atenção do cuidador”. “A criança está sempre a chamar a atenção, a dar sinais, sejam eles quais forem. A questão é saber interpretá-los e não incorrer no erro de os desvalorizar.”

É o que Ana não fez. Mãe de três filhos, esta gestora comercial começou a aperceber-se de



alterações no comportamento de M., de 9 anos, que de criança “alegre e brincalhona” passou a revelar tristeza, apatia e dificuldade em dormir. Por vezes, acordava irritada e cansada, e tinha dores de cabeça. Estava-se no início do primeiro confinamento e a escola, lugar onde a menina “gostava de estar”, tinha fechado as portas. M. acusava a frustração de não ver os amigos, a perda do seu mundo. “Tentei tranquilizá-la e dizer-lhe que o que sentia era natural, não queria que sentisse culpa pelo que estava a viver”, recorda Ana. Aconselhou-se com o psicólogo Manuel Coutinho e este sugeriu aos pais que monitorizassem a criança. Se houvesse sinais positivos, se M. melhorasse, não seria necessária uma intervenção. A mãe incentivou-a em várias áreas, como

“É frequente a sintomatologia da criança ser a patologia dos pais”, observa Manuel Coutinho

a cozinha, onde a filha encontrou uma nova “zona de conforto”. Melhorou. E hoje, após esta experiência, Ana quer passar uma mensagem: “Temos de estar atentos aos sinais, porque por trás deles pode haver problemas. Podem ser pedidos de ajuda.”

As pistas não requerem dotes de detetive, mas podem ficar diluídas na azáfama quotidiana das famílias. Por vezes, refere Manuel Coutinho, os pais não ouvem a criança até ao fim, ou têm uma “atitude abandonónica” mesmo sendo pais presentes. “Muitas vezes há défice na qualidade da relação: dão muitos brinquedos mas não brincam com os filhos, possibilitam que façam desporto mas não assistem a um jogo, pagam as aulas de piano mas nunca os ouviram tocar. Há pais que amam mas não

abraçam, que proporcionam muitas coisas mas há vazios afetivos”, explica o clínico, que é secretário-geral do Instituto de Apoio à Criança e coordenador da linha SOS Criança. “Na verdade, é frequente acontecer que a sintomatologia da criança não é mais do que a patologia dos pais”, comenta.

DA APATIA À AGITAÇÃO

Os traços considerados de alarme e que conduzem ao diagnóstico de depressão são muito diversos, e a criança pode apresentar várias combinações em momentos distintos. “Genericamente, falamos de alterações do humor, sentimento de desvalorização, isolamento, amargura. Nas mais novas, sintomas de apatia, perturbações do sono — insónia ou hipersónia — dificuldades escolares, baixa concentração, desmotivação, tristeza ou choro recorrente”, aponta Manuel Coutinho, para de seguida mostrar a outra cara da moeda: “Nem sempre as crianças com quadros depressivos têm o humor deprimido. Há miúdos em que existe agitação psicomotora, que ficam instáveis e irritáveis, que denotam condutas de oposição.” Existe igualmente a possibilidade de uma predisposição genética, por exemplo, se pais ou avós tiverem tido depressões. Ou o meio em que a criança se insere pode ser adverso e tornar-se a fonte do mal-estar. Tudo isto torna o diagnóstico um desafio para os técnicos, pois exige que a criança, que à partida não verbaliza as emoções, tenha de ser lida, descodificada. Uma vez feito, é preciso agir rapidamente. Porque, tal como nos adultos, as consequências podem ser fatais.

“A depressão nas crianças também pode levar a pensamentos extremos, que as façam colocar-se em risco. Se forem pequenas, a ideiação suicida passa por proteger-se menos e não se defenderem do perigo”, observa Coimbra de Matos, notando que aos 6 ou 7 anos já existe uma noção sobre a irreversibilidade da morte. “As situações depressivas não tratadas acabam em comportamentos autolesivos na adolescência, em depressões na idade adulta ou em suicídio”, reforça Manuel Coutinho. Mas é pela mão de Maria José Martins de Azevedo que chegamos a exemplos concretos de crianças que tenham pisado essa linha vermelha.

CAIR PARA NÃO MORRER

Esta psicanalista e psicoterapeuta com quatro décadas de clínica, duas das quais a trabalhar na Misericórdia — onde desenvolveu um programa pioneiro de intervenção precoce — conta o percurso de uma menina de 11 anos, de família abastada, que chegou à sua consulta por falta de concentração na escola. “No estudo da anamnese, percebi-se que a criança já tinha tido muitos acidentes e quedas, e partido vários ossos. Adorava desportos radicais, como arborismo e escalada, e punha-se em situação de perigo. Os pais eram cuidadosos, mas um ano após o divórcio já estavam a coabitar com novos companheiros e os seus respetivos filhos. E a menina sentia-se a mais; sentia que, se morresse, não faria diferença. As quedas eram formas inconscientes de dizer: ‘Não tenho vontade de morrer, mas não me apetece viver’”, relata a especialista.

Podemos comparar a depressão infantil à tuberculose pulmonar: há uma prima infeção não notada que na idade adulta se declara ativa”, diz Coimbra de Matos

“No suicídio está sempre latente um mandato filicida, isto é, a convicção de estar a mais e de que a sua presença é indesejável.” Este era também o caso de um rapaz de 5 anos, o qual era seguido por violência — batia brutalmente nos outros. O pai estava preso, a mãe recuperava de uma toxicod dependência, e ele vivia com a avó. Maria José Azevedo acompanhou-o ao longo de dois meses, até julho, o mês em que as férias começaram. E nesse período soube que o miúdo acabou no hospital, em estado crítico, depois de beber todos os líquidos tóxicos que encontrou em casa, como detergente, álcool e perfumes. “Segui-o até a adolescência. Conseguiu ter uma vida funcional. Estudou e tem uma profissão”, diz.

A depressão empurra a criança para uma “quebra da sua autoestima”, para uma autocrítica feroz e para um constante sentimento de culpa: “A criança está entalada entre a falta de amor e a exigência do meio familiar e escolar.” Uma vez, lembra a psicoterapeuta, chegou-lhe ao consultório um rapaz de 11 anos com mau desempenho escolar. “Estava convencido de que jamais teria uma nota positiva e isto fazia parte do seu quadro depressivo — sentia-se incapaz.” No fim da terapia, estudava sozinho, tinha boas notas e não precisava de explicações.

ESCOLA É A PONTA DO ICEBERGUE

A escola pode ser o lugar onde os sintomas depressivos se tornam visíveis. E estes muitas vezes são apenas a ponta do icebergue, a parte iluminada da floresta. Uma vez conheceu um menino de 7 anos que apresentava desinteresse escolar. Porém, uma análise mais profunda revelou que tinha tido um irmão quando ainda era bebé, e que o pai atravessou um período de grandes dificuldades no emprego imediatamente a seguir. “O afeto de que ele precisava tinha desaparecido”, concluiu a terapeuta.

Na verdade, o miúdo tinha sofrido uma depressão ‘anafilítica’, que costuma ocorrer entre os seis meses e o ano e meio de vida, e se deve à perda prolongada do cuidador, desencadeando perturbações do sono e da alimentação, assim como uma angústia posterior de abandono. Na medida em que é comum as crianças deprimidas precocemente sofrerem um atraso nas aquisições motoras e cognitivas, o processo terapêutico que tratou a depressão restituiu-lhe também os níveis normais de desenvolvimento. Neste como noutros casos, mesmo que a depressão estivesse instalada desde a primeira infância, foi a performance escolar que chamou a atenção de uns pais “muito exigentes e preocupados” com o rendimento escolar. “A mãe desta criança não tinha uma conversa com ela que não fosse sobre a escola. Por esta e por outras razões, a depressão do filho demorou muitos anos a tratar.”

Um bebé deprimido não é coisa fácil de imaginar ou de aceitar. Mas existe. Maria José Azevedo tratou vários, e hoje está em condições de afirmar que “vários mais precoce for a depressão, pior o prognóstico para o futuro”. Num mal que atinge dez por cento da população mundial, o recém-nascido não fica de fora, embora as manifestações e as causas sejam de outra ordem. “Existem situações

relacionadas a traumatismos intrauterinos, como os maus tratos da mãe, ou situações neonatais de depressão materna, em que há uma inscrição sensorial *in utero* dessas experiências no bebé”, e este nasce “choroso, com deficiências de alimentação, com dificuldades em conciliar o sono — é o que se chama um “bebé difícil””, esclarece a psicoterapeuta, não sem frisar que estas depressões são “ultrapassáveis se o meio for atento”.

UM MUNDO COM 11,8 POR CENTO DE DEPRIMIDOS

Segundo a Organização Mundial da Saúde, 10 a 20 por cento das crianças e adolescentes apresentam problemas de saúde mental em todo o mundo. Do mesmo modo, 12 por cento das doenças mundiais são do foro mental e o valor sobe para 23 por cento nos países desenvolvidos. E se cinco das dez principais causas de incapacidade são doenças neuropsiquiátricas, a depressão está à frente, com 11,8 por cento de incidência, seguida dos problemas relacionados com o álcool (3,3 por cento). Na Europa, a depressão e a ansiedade — que não se excluem mutuamente — são duas das cinco causas de perturbações de saúde entre os mais novos, e o suicídio lidera a causa de morte entre jovens dos 10 aos 19 anos nos países de rendimentos baixo e médio, ocupando o segundo lugar nas nações mais ricas da região. Um estudo recente da Eurofound, a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, concluiu que, na UE, 14 por cento dos jovens corre risco de depressão, sendo que 4 por cento sofrem de depressão crónica.

Nos Estados Unidos, o CDC [Centro de Controle e Prevenção de Doenças] apurou que 1,9 milhões de crianças entre os 3 e os 17 anos foram diagnosticadas com depressão em 2019. O número pode pecar por defeito, uma vez que “as perturbações psiquiátricas são diagnósticos de exclusão, o que significa que só quando os sintomas permanecem não explicados por condições médicas, efeito de substâncias ou outras causas não mentais é que a causa dos sintomas será considerada como do foro psiquiátrico”, analisa por sua parte a Anxiety and Depression Association of America.

Em Portugal, a incidência de depressão está quantificada sobretudo nos adolescentes, dos quais 31 por cento têm sinais depressivos. Presume-se que muitos deles tenham sofrido de depressão infantil não percebida como tal e, portanto, não tratada. Uma investigação realizada por uma equipa multidisciplinar das Universidades de Coimbra e de Lisboa, entre outras, publicada na BMC Psychiatry, sugere que a depressão e a ansiedade nas crianças portuguesas em idade escolar — dos 7,5 aos 11,5 anos — são mais frequentes nos rapazes do que nas raparigas. Ao longo de 2020, o atendimento psicológico do SOS Criança acompanhou 194 casos, 27 dos quais (14 por cento) com diagnóstico claro de depressão infantil. Porém, os números latos referentes à doença mental são inquietantes: mais de um quinto dos portugueses têm perturbações de cariz psiquiátrico (23 por cento) e Portugal é o segundo país com a taxa mais elevada de doenças

A menina sentia-se a mais. As quedas eram formas inconscientes de dizer: ‘Não tenho vontade de morrer, mas não me apetece viver’”, relata Maria José Azevedo

psiquiátricas da Europa — o primeiro é Irlanda do Norte —, de acordo com a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental.

POR TRÁS DE UMA DEPRESSÃO ESCONDE-SE OUTRA

O problema são todos aqueles que os números não abrangem ou simplesmente falseiam, pois é muito provável que uma depressão adulta tenha antecedentes infantis não tratados. Fátima será um destes casos. Menina “sossegada e com um grande interesse pelo mundo dos adultos”, como se autodescreve, era uma criança bem comportada que, em geral, passava despercebida. Até ao final do 1º ciclo, frequentou um colégio apostólico cuja rotina e modo de educar se adequavam ao seu feito. No 5º ano, a mudança para uma escola pública e “de contexto social pobre” da zona de Sintra colocou-a no papel da ‘estranha’ da turma e começou a sofrer de *bullying* sob a forma de agressão física. A mãe, intuitiva, fê-la trocar o ballet pelo karaté, para aprender a defender-se. Uma segunda mudança de escola, desta vez para um “meio mais equilibrado”, substituiu o *bullying* físico pelo psicológico, que a tornam ainda mais fechada e reservada. Aos 13 anos, a avó com quem vivia falece, e o trauma marca o fim da infância.

Mas Fátima carregava outros fardos, como a separação dos pais em pequena e o facto de o pai ser totalmente ausente. “Na minha infância, houve decisões dos meus pais que contribuíram para que eu mais tarde viesse a desenvolver comportamentos depressivos. Por exemplo, não ter uma família normativa numa escola em que, em cerca de 100 meninos, eu era a única com pais divorciados. Por outro lado, desde sempre senti que o meu pai não se importava se eu estava viva. Se eu não existisse era igual”, recorda. Há um ano e meio, depois de controlar uma anorexia nervosa grave — que considera uma doença crónica —, foi diagnosticada com depressão adulta. E hoje reconhece que era uma “criança com sinais depressivos, camuflados”.

“O eu estar triste, fechada, não rir, não brincar, não me querer sentir feliz, o facto de todo o meu comportamento social ser decidido em função do *bullying*, tudo isso era a minha realidade. Não pensava que podia ser de outra maneira. O problema estava em mim.” Nunca partilhou nada disto com a mãe ou com a avó. Formou-se em Ciências da Saúde, fez uma pós-graduação em Ciências Sociais e está a concluir um mestrado em gestão empresarial, ramo no qual trabalha. É a formação inicial que a leva a dizer: “Continuam a faltar recursos para os pais lidarem com a possível depressão dos filhos, porque até se chegar ao diagnóstico há um caminho a percorrer. As escolas deveriam ter módulos de capacitação para que os pais e os professores aprendessem a reconhecer os sinais depressivos.”

Não, desenganam-se os que pensam que infância é sinónimo de felicidade. Ou que os miúdos crescem sozinhos, levados pelo impulso do seu próprio desenvolvimento, como as ervas. ●

lleiderfarb@expresso.impresa.pt