REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

ANTIDEPRESSIVOS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA E SUAS INTERFACES COM ENDOCRINOPATIAS DO CRESCIMENTO: DETERMINANTES GENÉTICOS, AMBIENTAIS E SOCIOECONÔMICOS E PROPOSTAS DE MANEJO INTERDISCIPLINAR PARA O NORDESTE BRASILEIRO

ANTIDEPRESSANTS IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE AND THEIR INTERFACES WITH GROWTH-RELATED ENDOCRINOPATHIES: GENETIC, ENVIRONMENTAL AND SOCIOECONOMIC DETERMINANTS AND PROPOSALS FOR INTERDISCIPLINARY MANAGEMENT IN NORTHEASTERN BRAZIL

Ciências da Saúde • 18/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/794730992

Leonardo Diego Lins

RESUMO

Introdução: os transtornos mentais na infância e na adolescência constituem problema de saúde pública crescente, com prevalência mundial estimada acima de 11% na faixa de 5 a 24 anos, sendo os transtornos de ansiedade e os transtornos depressivos os mais frequentes. O manejo psicofarmacológico, quando indicado, frequentemente envolve inibidores seletivos da recaptação de serotonina, cuja prescrição exige conhecimento das particularidades do desenvolvimento neuroendócrino infantil. Objetivo: analisar, por meio de revisão narrativa da literatura, os antidepressivos mais utilizados na infância e adolescência, as principais patologias psiquiátricas dessa faixa etária, seus determinantes genéticos, ambientais, socioeconômicos e culturais, bem como as interfaces entre saúde mental, hipotireoidismo e baixa estatura, propondo um modelo de manejo interdisciplinar adequado à realidade do Nordeste brasileiro e da Bahia. Métodos: revisão narrativa integrativa de artigos indexados no PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS, UpToDate e documentos técnicos da Sociedade Brasileira de Pediatria, da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, da Associação Brasileira de Psiquiatria, do Ministério da Saúde/SUS, da American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, do National Institute for Health and Care Excellence e de secretarias estaduais de saúde, com recorte temporal de 2003 a 2026. Resultados: fluoxetina e escitalopram permanecem os antidepressivos com maior respaldo regulatório e de evidência para depressão pediátrica moderada a grave, sempre associados à psicoterapia e à vigilância de ideação suicida. Fatores genéticos (história familiar, variantes cromossômicas), ambientais (adversidades precoces, violência, racismo estrutural), socioeconômicos (pobreza, insegurança alimentar) e culturais (estigma, religiosidade, papéis de gênero) interagem na gênese dos

transtornos mentais. O eixo hipotálamo-hipófise-tireoide mostra associação bidirecional com sintomas depressivos, e a baixa estatura pode representar variante normal (familiar ou atraso constitucional) ou expressão de doença crônica, endocrinopatia ou síndrome genética, exigindo rastreio sistemático em crianças com sintomas psiquiátricos e vice-versa. Dados da Bahia (2020-2024) evidenciam 1.739 internações por transtornos mentais em menores de 19 anos, concentradas na faixa de 15 a 19 anos, com distribuição insuficiente de CAPS infantojuvenis no interior do estado. Conclusão: o cuidado integral requer articulação sistemática entre pediatria, endocrinologia pediátrica e psiquiatria da infância e adolescência, com fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial e da atenção primária no Nordeste, região marcada por vulnerabilidade social e desigualdade de acesso.

Palavras-chave: Antidepressivos; Transtornos mentais; Criança; Adolescente; Hipotireoidismo; Transtornos do crescimento; Determinantes sociais da saúde.

ABSTRACT

Introduction: mental disorders in childhood and adolescence represent a growing public health problem, with a worldwide prevalence estimated above 11% among individuals aged 5 to 24 years, anxiety and depressive disorders being the most frequent. Psychopharmacological management, when indicated, frequently involves selective serotonin reuptake inhibitors, whose prescription requires knowledge of the particularities of paediatric neuroendocrine development. Objective: to analyse, through a narrative literature review, the antidepressants most used in childhood and adolescence, the main psychiatric pathologies of this age group, their genetic, environmental, socioeconomic and cultural determinants, as well as the interfaces between mental health,

hypothyroidism and short stature, proposing an interdisciplinary management model suited to the reality of Northeastern Brazil and Bahia. Methods: integrative narrative review of articles indexed in PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS, UpToDate and technical documents from the Brazilian Society of Paediatrics, the Brazilian Society of Endocrinology and Metabology, the Brazilian Psychiatric Association, the Ministry of Health/SUS, the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, the National Institute for Health and Care Excellence and state health departments, covering 2003 to 2026. Results: fluoxetine and escitalopram remain the antidepressants with the strongest regulatory and evidence support for moderate to severe paediatric depression, always combined with psychotherapy and suicidality monitoring. Genetic, environmental, socioeconomic and cultural factors interact in the genesis of mental disorders. The hypothalamic-pituitary-thyroid axis shows a bidirectional association with depressive symptoms, and short stature may represent a normal variant or the expression of chronic disease, endocrinopathy or genetic syndrome, requiring systematic screening. Data from Bahia (2020-2024) show 1,739 hospitalisations for mental disorders in individuals under 19 years old. Conclusion: comprehensive care requires systematic articulation between paediatrics, paediatric endocrinology and child and adolescent psychiatry, strengthening the Psychosocial Care Network and primary care in the Northeast.

Keywords: Antidepressive agents; Mental disorders; Child; Adolescent; Hypothyroidism; Growth disorders; Social determinants of health.

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais na infância e na adolescência configuram, na atualidade, uma das principais pautas de saúde pública em âmbito mundial. Estudo conduzido por Kieling et al. (2024), com base no Global Burden of Disease Study, estimou que, em 2019, aproximadamente 293 milhões de indivíduos entre 5 e 24 anos apresentavam pelo menos um transtorno mental, correspondendo a uma prevalência média de 11,6%, com progressão de 6,8% na faixa de 5 a 9 anos para 13,6% entre 20 e 24 anos. No Brasil, meta-análise de referência conduzida por Polanczyk et al. (2015) já apontava prevalência combinada de transtornos mentais na infância e adolescência da ordem de 13,4% (IC95% 11,3-15,9), corroborando dados mais recentes que situam a estimativa em torno de 15% da população pediátrica (Polanczyk et al., 2015).

Nesse cenário, a depressão e os transtornos de ansiedade despontam entre os quadros mais prevalentes, seguidos do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), dos transtornos por uso de substâncias e dos transtornos de conduta (Polanczyk et al., 2015; SBP, 2019). A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2019) alerta que a real prevalência da depressão infantojuvenil no Brasil permanece subestimada, sendo indiretamente inferida pelo aumento das taxas de tentativas de suicídio em idades cada vez mais precoces; estudo realizado em Recife identificou sintomas depressivos expressivos em 59,9% e sintomas ansiosos em 19,9% de adolescentes de 14 a 16 anos (SBP, 2019).

Diante da gravidade e da cronicidade potencial desses quadros, o tratamento farmacológico com antidepressivos — em especial os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) — tornou-se recurso terapêutico relevante para os casos moderados a graves, sempre associado à psicoterapia (SBP, 2019; Korczak; Westwell-

Roper; Sassi, 2023). Entretanto, a prescrição desses fármacos na população pediátrica exige cautela redobrada, tanto pelas particularidades farmacocinéticas do organismo em desenvolvimento quanto pelo histórico advertência de agravamento de ideação suicida emitido pela Food and Drug Administration (FDA) em 2004 (Kaur; Memon, 2025).

Paralelamente, chama atenção a interface, ainda pouco explorada na prática clínica cotidiana, entre os transtornos psiquiátricos da infância e as alterações do eixo hipotálamo-hipófise-tireoide e do crescimento estatural. Crianças e adolescentes com baixa estatura — seja por variante normal (baixa estatura familiar ou atraso constitucional do crescimento e puberdade) seja por causa patológica (deficiência de hormônio do crescimento, hipotireoidismo, doença celíaca, asma grave, desnutrição ou síndromes genéticas como a Síndrome de Turner) apresentam maior vulnerabilidade psicossocial, com repercussões sobre autoestima, socialização e, em última análise, sobre a saúde mental (SBEM-SP, [s.d.]; MSD MANUALS, [s.d.]). Por outro lado, o próprio hipotireoidismo pode manifestar-se inicialmente por sintomas depressivos, configurando via bidirecional entre função tireoidiana e humor (Bode et al., 2021).

Some-se a essa complexidade clínica a multiplicidade de determinantes sociais envolvidos: fatores genéticos, ambientais, socioeconômicos e culturais interagem de forma dinâmica na determinação do risco e do curso dos transtornos mentais infantojuvenis, sendo especialmente relevantes em regiões marcadas por desigualdade estrutural, como o Nordeste brasileiro e, particularmente, o estado da Bahia (Lima et al., 2025; Mascarenhas et al., 2023).

Diante do exposto, o presente artigo tem como objetivo geral realizar uma revisão narrativa integrativa sobre os antidepressivos mais utilizados na infância e adolescência, as principais patologias psiquiátricas dessa faixa etária e seus determinantes genéticos, ambientais, socioeconômicos e culturais, estabelecendo relação com o hipotireoidismo e com a baixa estatura — em suas variantes normais e patológicas —, e propondo diretrizes de manejo interdisciplinar entre pediatria, endocrinologia e psiquiatria, com especial atenção à realidade epidemiológica e assistencial do Nordeste do Brasil e do estado da Bahia.

2. METODOLOGIA

Trata-se de estudo de revisão narrativa de literatura, de natureza qualitativa e caráter integrativo, elaborado a partir de levantamento bibliográfico em bases de dados nacionais e internacionais — PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) —, complementado por consulta à plataforma UpToDate e a documentos técnico-científicos institucionais. Foram utilizados os descritores, isolados e combinados por operadores booleanos, "antidepressivos", "depressão infantil", "transtornos mentais", "criança", "adolescente", "hipotireoidismo", "baixa estatura", "Síndrome de Turner", "determinantes sociais da saúde" e seus correspondentes em língua inglesa ("antidepressants", "child depression", "mental disorders", "short stature", "hypothyroidism", "social determinants of health").

Foram incluídos artigos originais, revisões sistemáticas, metanálises, diretrizes clínicas e documentos científicos publicados entre 2003 e 2026, priorizando-se, sempre que disponíveis, as recomendações oficiais da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), da Sociedade

Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e da Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina (AMB/CFM), bem como normativas do Ministério da Saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS). No âmbito internacional, adotaram-se como referência as diretrizes da American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) e da Food and Drug Administration (FDA), representando a experiência norte-americana, e do National Institute for Health and Care Excellence (NICE, Reino Unido) e da European Thyroid Association, representando a experiência europeia.

Para a caracterização do cenário regional, foram consultados dados secundários do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), o Atlas da Saúde Mental 2023 da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e estudos epidemiológicos publicados sobre a distribuição de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) no Nordeste brasileiro. Foram excluídos estudos com amostra exclusivamente adulta sem extrapolação a população pediátrica, resumos de congresso sem publicação completa e materiais sem revisão por pares, exceto documentos técnicos institucionais oficiais. A síntese das evidências foi organizada de forma temática, buscando articular achados clínicos, epidemiológicos e de determinação social da saúde, em consonância com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) para redação e citação de trabalhos científicos (NBR 6023, NBR 10520 e NBR 14724).

3. DESENVOLVIMENTO

3.1. Perfil Epidemiológico dos Transtornos Mentais na Infância e Adolescência

A depressão e os transtornos de ansiedade constituem os diagnósticos psiquiátricos mais frequentes na população pediátrica, seguidos por TDAH, transtornos disruptivos de conduta e transtornos por uso de substâncias (Polanczyk et al., 2015; SBP, 2019). Nos Estados Unidos, observou-se aumento significativo da prevalência de depressão entre 2005 e 2014, notadamente na faixa de 12 a 20 anos (SBP, 2019). Familiares de primeiro grau de pacientes com transtorno depressivo maior apresentam risco de duas a quatro vezes maior de desenvolver a doença em relação à população geral, evidenciando componente de agregação familiar e hereditariedade (SBP, 2019).

No contexto brasileiro, dados do estado da Bahia entre 2020 e 2024 revelam 1.739 internações por transtornos mentais em crianças e adolescentes, das quais 54,63% ocorreram em indivíduos do sexo feminino e 75,85% na faixa etária de 15 a 19 anos. A esquizofrenia e os transtornos esquizotípicos e delirantes representaram o maior contingente de internações (32,37%), seguidos pelos transtornos do humor (19,44%) (Lima et al., 2025). Tal achado — aparentemente contraintuitivo, uma vez que os transtornos de humor e ansiedade são mais prevalentes na comunidade — reflete o perfil de maior gravidade clínica que caracteriza os casos que efetivamente chegam à internação hospitalar, além de possíveis dificuldades de diagnóstico diferencial precoce na rede básica (Lima et al., 2025; Couto et al., 2022).

A distribuição desigual de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) no território nordestino agrava esse quadro: estudo de Mascarenhas et al. (2023) demonstrou que a concentração desses serviços em capitais e grandes centros urbanos limita o acesso e retarda a notificação e o diagnóstico de transtornos

mentais em municípios do interior. Em Salvador, análise dos registros de atendimento infantojuvenil em CAPS evidenciou déficit estrutural de unidades especializadas voltadas à criança e ao adolescente, sugerindo sobrecarga da rede geral de saúde mental (Costa et al., 2021).

Cabe destacar, ainda, a relação entre transtornos mentais comuns e determinantes raciais e socioeconômicos: revisões brasileiras apontam maior prevalência de sofrimento psíquico entre populações negras e em contextos de privação social, fenômeno atribuído tanto às condições materiais de vida quanto ao racismo institucional (Santos, 2021; Fiorati, 2020; Ludermir et al., 2010).

3.2. Antidepressivos Mais Utilizados na Infância e Adolescência: Evidências, Indicações e Segurança

Entre os antidepressivos disponíveis, os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) constituem a primeira linha de tratamento farmacológico para depressão moderada a grave em crianças e adolescentes, sempre em associação à psicoterapia, preferencialmente a terapia cognitivo-comportamental ou a terapia interpessoal (AACAP, 2007; Korczak; Westwell-Roper; Sassi, 2023). A fluoxetina e o escitalopram são, até o momento, os únicos ISRS com aprovação da Food and Drug Administration (FDA) para o tratamento da depressão em crianças e adolescentes, sendo a fluoxetina indicada a partir dos 8 anos de idade e o escitalopram a partir dos 12 anos (Zhou et al., 2025). Em crianças menores de 12 anos, apenas a fluoxetina demonstrou benefício significativo sobre o placebo em ensaios clínicos controlados, sendo também recomendada pelo grupo de trabalho em psicofarmacologia pré-

escolar da AACAP como primeira escolha nessa faixa etária (Coleção de Práticas Baseadas em Evidências, [s.d.]).

A sertralina, embora não formalmente aprovada pela FDA para depressão pediátrica, dispõe de evidência robusta proveniente de ensaios clínicos randomizados (Wagner et al., 2003) e é amplamente utilizada como alternativa terapêutica, sobretudo em quadros de transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos ansiosos na infância, além de ser considerada quando há resposta insatisfatória à fluoxetina (Coleção de Práticas Baseadas em Evidências, [s.d.]). O citalopram também dispõe de evidência favorável em comparação a placebo, embora com menor respaldo regulatório.

Em 2004, a FDA emitiu alerta de "tarja preta" (black box warning) para todos os antidepressivos utilizados em crianças e adolescentes, em razão de aumento discreto, porém estatisticamente significativo, do risco de ideação e comportamento suicida — de 2% no grupo placebo para 4% no grupo tratado, sem registro de suicídios consumados nos ensaios avaliados (Kaur; Memon, 2025). A medida seguiu-se à avaliação da Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA) do Reino Unido, que já havia contraindicado o uso da maioria dos ISRS — com exceção da fluoxetina — em adolescentes com depressão maior (Kaur; Memon, 2025). Meta-análise subsequente de Bridge et al. (2007), publicada no periódico JAMA, reforçou a necessidade de monitoramento rigoroso da ideação suicida nas primeiras semanas de tratamento, sem, contudo, invalidar a relação risco-benefício favorável ao uso criterioso dos ISRS.

As diretrizes do National Institute for Health and Care Excellence (NICE), representativas da experiência europeia, recomendam a

psicoterapia como primeira linha para depressão leve a moderada em crianças e adolescentes, reservando-se o uso de ISRS — preferencialmente fluoxetina — para casos graves ou refratários, sempre associados a acompanhamento psicoterapêutico (NICE, 2019; Kaur; Memon, 2025). Já a AACAP recomenda que fluoxetina ou escitalopram sejam considerados primeira linha farmacológica para depressão moderada a grave, idealmente combinados à psicoterapia (Kaur; Memon, 2025).

Análise de farmacovigilância baseada no banco de dados FAERS (FDA Adverse Event Reporting System), envolvendo mais de nove mil notificações de eventos adversos entre 2014 e 2023 relacionados a fluoxetina, escitalopram e sertralina em pacientes de 6 a 17 anos, identificou predomínio de eventos psiquiátricos e neurológicos, com destaque para comportamento suicida e autolesivo, distúrbios do sono, disfunção sexual (escitalopram) e cefaleia e rabdomiólise (sertralina) (Zhou et al., 2025). Tais achados reforçam a necessidade de monitoramento clínico estruturado, envolvendo pais, cuidadores e equipe multiprofissional, especialmente nas primeiras semanas de tratamento e após ajustes de dose.

Tabela 1. *Antidepressivos mais utilizados na infância e adolescência: indicações e segurança. Elaborada pelos autores com base em AACAP (2007), Zhou et al. (2025) e Kaur e Memon (2025).*

Fármaco	Aprovação regulatória (FDA/idade)	Principal indicação pediátrica	Observações de segurança

Fluoxetina	≥ 8 anos (depressão); ≥ 7 anos (TOC)	Depressão moderada a grave; primeira escolha em pré-escolares e crianças < 12 anos	Maior corpo de evidência; menor risco relativo de suicidalidade entre os ISRS
Escitalopram	≥ 12 anos	Depressão moderada a grave em adolescentes	Monitorar QT e disfunção sexual
Sertralina	Sem aprovação formal para depressão pediátrica; aprovada para TOC ≥ 6 anos	TOC; alternativa em depressão e transtornos ansiosos	Boa evidência em ensaios clínicos; monitorar cefaleia e rabdomiólise
Doxepina (tricíclico)	Aprovação histórica limitada	Uso restrito; segunda linha	Maior perfil de efeitos colaterais anticolinérgicos e cardiovasculares

3.3. Determinantes Genéticos, Ambientais, Socioeconômicos e Culturais

A etiologia dos transtornos mentais na infância e adolescência é reconhecidamente multifatorial, resultando da interação entre vulnerabilidade biológica e exposições ambientais ao longo do desenvolvimento (Polanczyk et al., 2015). Do ponto de vista genético, além do risco aumentado em familiares de primeiro grau de portadores de transtorno depressivo maior (SBP, 2019), estudos de neurodesenvolvimento têm associado variantes genéticas envolvidas na regulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e no sistema serotoninérgico a maior suscetibilidade a quadros depressivos e ansiosos.

No que concerne aos fatores ambientais, experiências adversas na infância — como negligência, abuso físico e sexual, violência doméstica e exposição a eventos traumáticos — configuram-se como determinantes robustos de psicopatologia futura. Estudo longitudinal de coorte de nascimentos realizado no Brasil identificou exposição a traumas em 81,2% dos adolescentes até os 18 anos. O aumento da carga cumulativa de traumas esteve associado a maior probabilidade de diferentes transtornos psiquiátricos, embora as associações variassem conforme a idade e a categoria diagnóstica (Bailey et al., 2025). O estigma social e o bullying, particularmente entre adolescentes de identidades de gênero e orientação sexual minoritárias, também têm sido associados a maiores taxas de depressão (SBP, 2019).

Os determinantes socioeconômicos exercem papel central: pobreza, insegurança alimentar, baixa escolaridade materna e desemprego familiar constituem fatores de risco reconhecidos para transtornos mentais comuns em crianças e adolescentes (Ludermir et al., 2010; Mréjen; Hone; Rocha, 2022). Análise da Pesquisa Nacional de Acesso, Uso e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) evidenciou desigualdades regionais expressivas no acesso a antidepressivos no Brasil, com menor disponibilidade nas regiões Norte e Nordeste em comparação ao Sul e Sudeste (Boaviagem; Nogueira, 2021), refletindo iniquidades estruturais no acesso ao cuidado em saúde mental.

Do ponto de vista cultural, cabe destacar a interseccionalidade entre raça, gênero e classe social na determinação do sofrimento psíquico. Evidências brasileiras indicam maior prevalência de transtornos mentais comuns entre mulheres negras, fenômeno associado ao racismo institucional e à sobreposição de vulnerabilidades sociais

(Fiorati, 2020; Santos, 2021). Adicionalmente, crenças culturais e religiosas podem tanto atuar como fator protetor — por meio do suporte comunitário e do sentido existencial atribuído ao sofrimento — quanto dificultar a busca por tratamento especializado, em razão de estigmas associados à doença mental e à psiquiatria, fenômeno particularmente relevante em contextos interioranos e de menor escolaridade, comuns em municípios do semiárido nordestino (Couto et al., 2022).

3.4. Crescimento, Estatura e Função Tireoidiana: Interfaces com a Saúde Mental

A avaliação do crescimento estatural constitui parte essencial da consulta pediátrica de rotina, sendo a velocidade de crescimento — e não apenas a estatura absoluta — o parâmetro mais sensível para identificar desvios da normalidade (SBEM-SP, [s.d.]). Quando há redução persistente da velocidade de crescimento, a criança pode evoluir para baixa estatura, definida estatisticamente como altura abaixo do percentil 3 ou menor que -2 desvios-padrão para idade e sexo. É fundamental diferenciar, nesse contexto, as variantes normais do crescimento das causas patológicas, uma vez que a abordagem terapêutica e o prognóstico diferem substancialmente.

3.4.1. Variantes Normais do Crescimento

A baixa estatura familiar (genética) caracteriza-se por altura compatível com o alvo genético dos pais, velocidade de crescimento normal e idade óssea compatível com a idade cronológica; trata-se de variante da normalidade que não requer intervenção medicamentosa, mas acompanhamento e orientação familiar (AMB/CFM, [s.d.]). Já o atraso constitucional do crescimento e da

puberdade — popularmente descrito como "maturador lento" — caracteriza-se por atraso na maturação óssea em relação à idade cronológica, história familiar frequente de puberdade tardia, velocidade de crescimento normal para a idade óssea e prognóstico de estatura final adequada, ainda que com atingimento mais tardio (AMB/CFM, [s.d.]). Em ambas as situações, o suporte psicológico é recomendado, uma vez que a discrepância de estatura em relação aos pares pode gerar sofrimento psíquico, isolamento social e prejuízo à autoestima durante a adolescência, mesmo na ausência de doença orgânica subjacente.

3.4.2. Causas Patológicas de Baixa Estatura

Entre as causas patológicas de baixa estatura, destacam-se as deficiências hormonais — em especial a deficiência do hormônio do crescimento (GH) e o hipotireoidismo —, as doenças crônicas sistêmicas, a desnutrição e as síndromes genéticas.

Deficiência de hormônio do crescimento (GH): caracteriza-se por velocidade de crescimento reduzida, idade óssea atrasada e resposta inadequada aos testes de estímulo para secreção de GH, sendo o tratamento realizado com reposição de hormônio de crescimento recombinante, com eficácia comprovada quando iniciado precocemente (AMB/CFM, [s.d.]).

Hipotireoidismo: quando presente na infância, compromete diretamente o crescimento linear e a maturação óssea, além de poder cursar com letargia, ganho de peso, constipação, pele seca e prejuízo do desempenho escolar. O tratamento com levotiroxina normaliza, na maioria dos casos, a velocidade de crescimento

(SBEM-SP, [s.d.]), reforçando a importância do rastreio da função tireoidiana em toda criança com desaceleração do crescimento.

Doenças crônicas: condições como a doença celíaca — por má absorção intestinal de nutrientes decorrente da enteropatia induzida pelo glúten — e a asma grave não controlada — por efeito de hipóxia crônica, uso prolongado de corticosteroides sistêmicos e impacto do processo inflamatório crônico — podem comprometer significativamente o crescimento estatural, sendo indicada investigação dirigida (sorologia para doença celíaca, avaliação do controle asmático) em crianças com baixa estatura de causa não esclarecida.

Desnutrição: a insegurança alimentar e a desnutrição proteico-calórica permanecem determinantes relevantes de baixa estatura em populações socialmente vulneráveis, sendo agravadas pela insegurança alimentar identificada em municípios de menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), realidade presente em diversas regiões do semiárido nordestino.

Síndromes genéticas — Síndrome de Turner: trata-se de anomalia cromossômica que acomete exclusivamente indivíduos do sexo feminino, decorrente da ausência total ou parcial de um dos cromossomos X (cariótipos 45,X ou variantes em mosaico), com prevalência estimada entre 1:2.000 e 1:2.500 nascidos vivos do sexo feminino (MSD MANUALS, [s.d.]; ESTRATÉGIA MED, [s.d.]). Suas manifestações clínicas incluem baixa estatura (praticamente universal), disgenesia gonadal com atraso puberal e amenorreia primária, pescoço alado, tórax em escudo com hipertelorismo mamilar, cúbito valgo e, em parcela dos casos, malformações cardíacas (coarctação de aorta, valva aórtica bicúspide) e renais. O

diagnóstico definitivo é confirmado por cariótipo, sendo recomendado investigar a síndrome em toda menina com baixa estatura de causa não esclarecida, mesmo na ausência de estigmas fenotípicos evidentes (ESTRATÉGIA MED, [s.d.]). O tratamento combina hormônio do crescimento recombinante e, posteriormente, reposição estrogênica para indução puberal, sendo o suporte psicológico parte indispensável do manejo, dado o impacto da baixa estatura e do atraso puberal sobre a autoimagem e as relações interpessoais na adolescência (PREPARAENEM, [s.d.]).

3.4.3. Eixo Hipotálamo-Hipófise-Tireoide e Humor: Uma Via Bidirecional

A relação entre função tireoidiana e sintomas depressivos é descrita na literatura, mas sua magnitude e direção não devem ser presumidas em cada paciente. Uma revisão sistemática com metanálise identificou associação modesta entre hipotireoidismo e depressão clínica, mais consistente no hipotireoidismo manifesto do que no subclínico; os resultados não demonstram, por si só, causalidade nem sustentam a afirmação de que os sintomas depressivos sejam a primeira manifestação em até 50% dos pacientes (Bode et al., 2021).

A relação entre depressão e função tireoidiana pode envolver mecanismos fisiológicos complexos, mas a evidência epidemiológica disponível não permite afirmar, de forma generalizada, que o transtorno depressivo reduza a estimulação tireoidiana por meio do hipercortisolismo. A metanálise publicada no JAMA Psychiatry encontrou associação modesta entre hipotireoidismo e depressão clínica, com estimativa mais robusta

para hipotireoidismo manifesto; a associação com hipotireoidismo subclínico foi menor (Bode et al., 2021).

Na prática pediátrica, essas evidências reforçam duas recomendações centrais: primeira, toda criança ou adolescente com quadro depressivo persistente, sobretudo quando acompanhado de fadiga, ganho de peso, constipação, intolerância ao frio ou baixo rendimento escolar, deve ser submetida a rastreio da função tireoidiana (TSH e T4 livre) antes ou concomitantemente ao início de tratamento antidepressivo; segunda, crianças com hipotireoidismo diagnosticado — congênito ou adquirido — devem ser monitoradas quanto ao surgimento de sintomas depressivos e ansiosos ao longo do seguimento endocrinológico, especialmente em períodos de ajuste de dose de levotiroxina ou de controle metabólico inadequado.

3.5. Manejo Interdisciplinar: Articulação Entre Pediatria, Endocrinologia e Psiquiatria

A sobreposição entre transtornos do crescimento, disfunção tireoidiana e sofrimento psíquico impõe a necessidade de um modelo de cuidado verdadeiramente interdisciplinar, que rompa com a fragmentação tradicional entre especialidades. Recomenda-se que o pediatra, como profissional de primeiro contato, atue como coordenador do cuidado, investigando ativamente, em toda consulta de puericultura, tanto o padrão de crescimento estatural (por meio de curvas de crescimento e cálculo de velocidade de crescimento) quanto aspectos comportamentais e emocionais, incluindo humor, sono, apetite e desempenho escolar (SBP, 2019; Paiva, 2023).

Diante de baixa estatura de etiologia não esclarecida, impõe-se investigação laboratorial mínima — hemograma, função renal e hepática, TSH e T4 livre, IGF-1, sorologia para doença celíaca e, em meninas, cariótipo — associada a avaliação de idade óssea por radiografia de mão e punho esquerdos, com encaminhamento à endocrinologia pediátrica quando indicado (AMB/CFM, [s.d.]). De forma recíproca, toda criança ou adolescente em acompanhamento endocrinológico por baixa estatura, hipotireoidismo ou síndromes genéticas associadas a dismorfismos deve ser rastreada quanto a sintomas de ansiedade, depressão e dificuldades de socialização, com encaminhamento oportuno à psicologia ou psiquiatria da infância e adolescência.

Quando indicado tratamento antidepressivo, a prescrição deve ser realizada por profissional com experiência no manejo de psicofármacos em população pediátrica — geralmente psiquiatra da infância e adolescência —, com discussão prévia sobre o alerta de tarja preta, monitoramento estruturado da ideação suicida nas primeiras semanas de tratamento e ajuste posológico cuidadoso (SBP, 2019). Em pacientes com hipotireoidismo concomitante, recomenda-se otimizar o controle tireoidiano antes de se atribuir a persistência de sintomas depressivos exclusivamente à esfera psiquiátrica, evitando-se tanto o subdiagnóstico da endocrinopatia quanto a postergação injustificada do tratamento psicofarmacológico.

Esse modelo colaborativo encontra respaldo na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011, que preconiza a articulação entre atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) e serviços especializados, em consonância com os princípios do SUS de universalidade,

integralidade e equidade (BRASIL, 2011; COSEMS/SP, 2025). A ampliação do financiamento de CAPSi, prevista pela Portaria GM/MS nº 3.588/2017, representa avanço normativo relevante, ainda que sua implementação prática permaneça heterogênea entre os estados brasileiros (BRASIL, 2017; Silva et al., 2024).

3.6. A Realidade do Nordeste e da Bahia: Dados, Lacunas e Propostas

O Nordeste brasileiro reúne características socioeconômicas que amplificam a vulnerabilidade de crianças e adolescentes aos transtornos mentais: menores índices de renda per capita e de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em comparação às regiões Sul e Sudeste, maior proporção de insegurança alimentar, menor cobertura de serviços especializados em saúde mental e desigualdades regionais no acesso a antidepressivos (Boaviagem; Nogueira, 2021). A distribuição espacialmente desigual de CAPSi, concentrada nas capitais e regiões metropolitanas, compromete a detecção precoce e o seguimento longitudinal de crianças e adolescentes com transtornos mentais em municípios do interior (Mascarenhas et al., 2023; Costa et al., 2021).

Na Bahia especificamente, o Atlas da Saúde Mental 2023, elaborado pela Secretaria da Saúde do Estado (SESAB), evidencia disparidades regionais na cobertura de serviços de saúde mental entre a Região Metropolitana de Salvador e o interior do estado, especialmente nas regiões do semiárido e do Nordeste baiano (SESAB, 2023; BRASIL, 2025). O já mencionado estudo de Lima et al. (2025), com dados do DATASUS relativos ao período de 2020 a 2024, reforça a necessidade de fortalecimento da atenção primária e da rede especializada para

reduzir a dependência de internações hospitalares como principal via de acesso ao cuidado psiquiátrico infantojuvenil.

A partir da síntese da literatura revisada, propõem-se as seguintes diretrizes para qualificação do cuidado em saúde mental infantojuvenil e sua interface endocrinológica no contexto do Nordeste e da Bahia:

a. Ampliação da cobertura de CAPSi para municípios polo de macrorregiões de saúde do interior baiano, reduzindo a concentração de serviços na Região Metropolitana de Salvador, com incorporação de equipes multiprofissionais (psiquiatria, psicologia, pediatria, terapia ocupacional e serviço social);

b. Capacitação continuada de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) para triagem de sintomas depressivos, ansiosos e de desvio de crescimento em consultas de puericultura, com uso de instrumentos padronizados de rastreio validados para a população brasileira;

c. Estruturação de fluxos de referência e contrarreferência entre atenção primária, ambulatórios de endocrinologia pediátrica e serviços de psiquiatria da infância e adolescência, evitando a peregrinação de famílias entre serviços, fenômeno já documentado em municípios do interior sem CAPSi (Leitão et al., 2025);

d. Inclusão, nas linhas de cuidado municipais e estaduais, de protocolo de investigação mínima de baixa estatura na atenção primária, com acesso facilitado a exames de função

tireoidiana e a avaliação de idade óssea, reduzindo o tempo entre a suspeita clínica e o diagnóstico definitivo;

e. Desenvolvimento de estratégias de comunicação em saúde culturalmente sensíveis ao contexto nordestino, que dialoguem com crenças religiosas e comunitárias locais para reduzir o estigma associado à doença mental e favorecer a adesão ao tratamento psiquiátrico e psicoterapêutico;

f. Fortalecimento de sistemas de vigilância epidemiológica municipal e estadual, com publicização periódica de indicadores de saúde mental infantojuvenil e de distúrbios do crescimento, permitindo o monitoramento contínuo do impacto das políticas públicas implementadas;

g. Garantia de acesso equitativo aos antidepressivos preconizados pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) do SUS, com atenção especial à logística de distribuição em municípios de difícil acesso do semiárido baiano.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os transtornos mentais na infância e adolescência representam desafio de saúde pública de magnitude crescente, cuja abordagem terapêutica — quando indicado tratamento farmacológico — permanece centrada nos inibidores seletivos da recaptação de serotonina, notadamente fluoxetina e escitalopram, sempre associados à psicoterapia e à vigilância clínica rigorosa da ideação suicida, conforme convergem as diretrizes brasileiras, norte-americanas e europeias analisadas.

A revisão evidenciou que a etiologia desses transtornos é essencialmente multifatorial, resultando da interação entre vulnerabilidade genética, adversidades ambientais, privação socioeconômica e determinantes culturais, os quais se manifestam de forma particularmente intensa em regiões de maior desigualdade estrutural, como o Nordeste brasileiro. Adicionalmente, demonstrou-se a relevância clínica da interface entre saúde mental, função tireoidiana e crescimento estatural: o hipotireoidismo pode manifestar-se primariamente por sintomas depressivos, e a baixa estatura — seja como variante normal, seja como expressão de doença crônica, endocrinopatia ou síndrome genética como a Síndrome de Turner — associa-se a maior vulnerabilidade psicossocial, reforçando a necessidade de rastreio bidirecional sistemático entre as especialidades.

Conclui-se que o enfrentamento efetivo dessa problemática exige a superação da fragmentação assistencial, por meio de um modelo de manejo genuinamente interdisciplinar, que articule pediatria, endocrinologia pediátrica e psiquiatria da infância e adolescência, ancorado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. Para a realidade específica da Bahia e do Nordeste brasileiro, propõe-se a expansão territorializada dos CAPSi, a qualificação da atenção primária para triagem precoce e a estruturação de protocolos regionais de investigação e referência, como caminhos concretos para reduzir a lacuna assistencial identificada e melhorar os desfechos de saúde mental e de desenvolvimento infantojuvenil na região. Recomenda-se, por fim, o desenvolvimento de estudos primários multicêntricos no Nordeste brasileiro, capazes de quantificar com maior precisão a prevalência conjunta de transtornos mentais e distúrbios do crescimento nessa população, subsidiando políticas públicas regionalmente sensíveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY. **Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders.** Washington, DC: AACAP, 2007.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes: baixa estatura por deficiência do hormônio de crescimento – diagnóstico.** São Paulo: AMB/CFM, [20--]. Disponível em: https://amb.org.br. Acesso em: 17 set. 2026.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes: hipotireoidismo.** São Paulo: AMB/CFM, [20--]. Disponível em: https://amb.org.br. Acesso em: 17 set. 2026.

BAILEY, Megan et al. Associations between childhood trauma and adolescent psychiatric disorders in Brazil: a longitudinal, population-based birth cohort study. The Lancet Global Health, v. 13, n. 2, p. e309-e318, 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00452-2.

BOAVIAGEM, Karinna Moura; NOGUEIRA, José Ricardo Bezerra. **Análise demográfica e socioeconômica do uso e do acesso a medicamentos antidepressivos no Brasil.** [S. l.: s. n.], nov. 2021. Disponível em: https://arxiv.org/pdf/2111.15618. Acesso em: 17 set. 2026.

BODE, Henry et al. Association of hypothyroidism and clinical depression: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry, v. 78, n. 12, p. 1375-1383, 2021. DOI: https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.2506.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Amplia o financiamento de CAPSi no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados.** Edição nº 13. Brasília: Ministério da Saúde, fev. 2025.

BRIDGE, Jeffrey A. 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,** v. 297, n. 15, p. 1683-1696, 2007.

COLEÇÃO DE PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES. **Appropriate use of psychotropic drugs in children and adolescents.** [S. l.]: Magellan Health, [20--].

CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO (COSEMS/SP). **CAPS infantojuvenil e a rede intersetorial: construindo caminhos para o cuidado em saúde mental.** São Paulo: COSEMS/SP, 2025.

COSTA, Karla Beatriz Alves; COELHO, Thereza Christina Bahia; TELES, Adriana Santos; TELES, Maria Priscila Souza Feitosa. Regionalização da saúde mental: distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial no estado da Bahia. **REVISE – Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde,** v. 4, p. 123-133, 2021.

COUTO, Maria Cristina Ventura et al. Barreiras ao diagnóstico precoce de transtornos mentais na atenção primária: estudo multicêntrico em unidades da Bahia. **Revista de Saúde Pública,** v. 56, 2022.

ESTRATÉGIA MED. **Resumo de síndrome de Turner: diagnóstico, tratamento e mais.** [S. l.]: Estratégia MED, [202-]. Disponível em: https://med.estrategia.com. Acesso em: 17 set. 2026.

FIORATI, Regina Célia. Racismo institucional e sofrimento psíquico em mulheres negras. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação,** Botucatu, 2020.

KAUR, Harleen; MEMON, Aamir. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), childhood and adolescent depression, and suicidality following the FDA's 2004 black box warning: a systematized literature review. **Cureus,** v. 17, n. 12, e100438, 2025.

KIELING, Christian et al. Worldwide prevalence and disability from mental disorders across childhood and adolescence: evidence from the Global Burden of Disease Study. **JAMA Psychiatry,** v. 81, n. 4, p. 347-356, 2024.

KORCZAK, Daphne J.; WESTWELL-ROPER, Clara; SASSI, Roberto. Diagnosis and management of depression in adolescents. **CMAJ,** v. 195, n. 21, p. E739-E746, 2023.

LEITÃO, Iagor Brum et al. Saúde mental infantojuvenil: análise de itinerários terapêuticos em município de interior e sem Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 41, 2025.

LIMA, Rafael Ferreira et al. Cenário epidemiológico dos transtornos mentais notificados em crianças e adolescentes no estado da Bahia entre os anos de 2020 a 2024. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences,** v. 7, n. 9, p. 372-391, 2025.

LUDERMIR, Ana Bernarda et al. Condições de vida e estrutura social como determinantes dos transtornos mentais. **Revista de Saúde Pública,** v. 44, n. 6, p. 105-113, 2010.

MASCARENHAS, Márcio Denis Medeiros et al. Distribuição geográfica de CAPSi no Nordeste brasileiro: impactos na notificação de transtornos em crianças. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 39, n. 8, 2023.

MRÉJEN, Maria; HONE, Thomas; ROCHA, Rudi. Socioeconomic and racial/ethnic inequalities in depression prevalence and the treatment gap in Brazil: a decomposition analysis. **SSM – Population Health,** 2022.

MSD MANUALS. **Síndrome de Turner.** [S. l.]: MSD, [202-]. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt-br. Acesso em: 17 set. 2026.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Depression in children and young people: identification and management.** London: NICE, 2019.

PAIVA, Iasmin. Como desequilíbrio na tireoide interfere na saúde mental? Médico explica. CNN Brasil, 2 dez. 2023. Disponível em: https://www.cnnbrasil.com.br/saude/como-desequilibrio-na-tireoide-interfere-na-saude-mental-medico-explica/. Acesso em: 27 out. 2026.

POLANCZYK, Guilherme V. et al. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. **Journal of Child Psychology and Psychiatry,** v. 56, n. 3, p. 345-365, 2015.

PREPARAENEM. **Síndrome de Turner.** [S. l.]: Preparaenem, [202-]. Disponível em: https://www.preparaenem.com. Acesso em: 17 set. 2026.

SANTOS, Darci Neves. Transtornos mentais comuns e raça/cor: uma revisão sistemática da literatura brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva,** 2021.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (SESAB). **Atlas da saúde mental 2023.** Salvador: SESAB, 2023. 120 p.

SILVA, Renata Alves Monteiro et al. Custos evitáveis em saúde mental: efeitos da expansão dos CAPSi na redução de internações. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 40, 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA – REGIONAL SÃO PAULO (SBEM-SP). **Meu filho não está crescendo, e agora?** São Paulo: SBEM-SP, [202-]. Disponível em: https://www.sbemsp.org.br. Acesso em: 17 set. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Depressão na infância e adolescência.** Documento Científico do Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento (2016-2018), Rio de Janeiro, n. 8, ago. 2019.

WAGNER, Karen Dineen et al. Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder: two

randomized controlled trials. **JAMA,** v. 290, n. 8, p. 1033-1041, 2003.

ZHOU, Yan et al. Safety of antidepressants commonly used in 6-17-year-old children and adolescents: a disproportionality analysis from 2014-2023 on the basis of the FAERS database. **PLOS One,** v. 20, n. 8, e0330025, 2025.