



Centro Universitário de Brasília

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - FACS

CURSO: PSICOLOGIA

**DEPRESSÃO INFANTIL NO CONTEXTO ESCOLAR:  
UMA ANÁLISE COMPORTAMENTAL**

**MAIRA VAN DERSIS DE MATTOS CORTEZ**

**BRASÍLIA  
JUNHO/2005**

**MAIRA VAN DERSIS DE MATTOS CORTEZ**

**DEPRESSÃO INFANTIL NO CONTEXTO ESCOLAR:  
UMA VISÃO COMPORTAMENTAL**

Monografia apresentada como requisito para a conclusão do curso de psicologia do UniCEUB – Centro Universitário de Brasília, sob a orientação da prof(a) Yvanna Gadelha Sarmet.

Brasília/DF, Junho de 2005

## AGRADECIMENTOS

Ao Carlos Roberto Cortez, pelo apoio que propiciou a realização do sonho de ser psicóloga.

Às minhas filhas Caroline, Ana Carla e Annelize, meus grandes amores, pela paciência e compreensão ao longo dessa caminhada.

Aos meus pais Paulo e Zilá, pela base educacional que me proporcionaram, fundamental para o cumprimento dessa jornada acadêmica.

Aos meus tios Ilma e Irineu, pelo incentivo e por sempre terem acreditado em meu potencial.

À Yvanna Gadelha Sarmet, pela orientação, dedicação e grande contribuição intelectual para a elaboração e cumprimento desse trabalho.

Aos professores do Curso de Psicologia do UniCEUB, pela generosidade de compartilhar com os alunos suas experiências e sabedoria.

Aos autores citados, que tanto contribuíram com suas obras para a elaboração desse estudo.

## RESUMO

A depressão constitui, atualmente, uma das principais preocupações de saúde pública conforme a OMS. Vários autores destacam que os estados depressivos estão aumentando e ocorrendo cada vez mais cedo. De acordo com estudos voltados para a depressão na infância, a incidência gira em torno de 5% das crianças e adolescentes da população geral. Embora com essa relevância, tem sido pouco diagnosticada e poucos pacientes se beneficiam do tratamento. O atendimento adequado da depressão em crianças é realizado envolvendo, basicamente, o tratamento psicoterápico para casos mais leves e a associação de psicoterapia e medicamentos para os casos mais graves. Nesse trabalho, procurou-se investigar como a depressão se apresenta em crianças em fase escolar, quais as implicações na vida e no rendimento acadêmico dessas crianças, como a psicoterapia comportamental entende o fenômeno depressão e como pode ajudar na minimização do sofrimento causado por esse estado, tanto no ambiente clínico, quanto no ambiente escolar. E partindo desses pressupostos, sugerir estratégias interventivas, sobretudo no ambiente escolar, que venham a contribuir com uma melhor qualidade de ensino e conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida para as crianças que sofrem de depressão.

**Palavras-chave:** depressão, crianças, psicoterapia, contexto escolar.

## SUMÁRIO

Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Sumário	iv
Introdução	01
Depressão	03
O que é a depressão	03
Fatores etiológicos e incidência	05
Tipos de depressão	09
Sintomas típicos e suas manifestações	15
Depressão infantil	17
O que é a depressão infantil	18
Diferenças entre depressão infantil e depressão em adultos	21
Os sintomas e como se manifestam no comportamento da criança	22
A importância de um olhar crítico e atencioso sobre a depressão infantil	25
Depressão infantil no contexto escolar	27
Os sintomas da depressão infantil e suas manifestações na escola	30
A importância de um olhar crítico e atencioso sobre o contexto escolar e o tema da depressão infantil	34
O tratamento da depressão infantil	37
O tratamento da depressão infantil no contexto clínico: a psicoterapia comportamental infantil (PCI)	41
O tratamento da depressão infantil no contexto escolar: sugestões de intervenção e mudanças na escola	46
Conclusão	53
Referências bibliográficas	58

O presente trabalho procura, entre outros aspectos, fornecer informações úteis sobre a depressão infantil, investigar como ela se manifesta em crianças em fase escolar e propor, a partir de uma necessidade percebida tanto no contexto familiar e clínico, quanto no contexto da educação formal, intervenções eficazes a fim de minorar o sofrimento causado pela depressão infantil e suas implicações, tomando como referência os pressupostos teóricos da Psicologia Comportamental Infantil.

A depressão na infância representa uma patologia comum e grave. Constitui, atualmente, uma das principais preocupações de saúde pública conforme a OMS. Vários autores alertam que a depressão na infância está aumentando e ocorrendo cada vez mais cedo e, apesar de ser um problema relevante, seu diagnóstico é dificultado devido a diversos fatores, tais como: a crença de alguns profissionais de que crianças não ficam deprimidas; a falta de conhecimento geral sobre como identificar crianças que estejam deprimidas; pais que não perceberem como deprimido o comportamento atípico de seus filhos; professores despreparados para detectar problemas cruciais na vida e no desenvolvimento dos alunos; problemas emocionais associados à depressão como a ansiedade que pode confundir o diagnóstico; a grande diversidade de sintomas depressivos e, a falta de reconhecimento de que episódios depressivos são diferentes para crianças e adultos (Ballone, 2004; Barbosa & Gaião, 1996; Miller, 2003). Em decorrência de um diagnóstico equivocado, crianças com depressão deixam de receber tratamento adequado e, sem a ajuda necessária, danos graves podem vir a ocorrer comprometendo a auto-estima, o desempenho escolar (pesquisas indicam que 3,9% das crianças em idade escolar estão predispostas à depressão e os relacionamentos pessoais (cf. Barbosa & Lucena, 1995; Andriola & Cavalcante, 1999).

Apesar de inexistir uma definição única acerca da depressão infantil, é consenso entre os estudiosos do tema que se trata de uma perturbação orgânica que envolve variáveis múltiplas (Andriola & Cavalcante, 1999; Bahls, 2003; Ballone, 2003; Cavalcante, 1997; Lewis & Wolkmar, 1993; Miyazaki, 2000; Miller,

2003). De acordo com esses autores, o atendimento adequado às crianças depressivas deveria ser realizado através de intervenção multidisciplinar, uma vez que os fatores etiológicos da depressão estão relacionados aos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Dessa forma, o tratamento deveria envolver profissionais de diversas áreas como psicólogos, médicos e educadores, e também, a família da criança; de acordo com Ajuriaguerra (1986), o contexto familiar pode favorecer a manifestação de comportamentos depressivos em crianças. Enfim, o tratamento deve envolver recursos psicossociais, medicamentosos e terapêuticos na busca de uma melhora, não só dos sintomas, mas da redução significativa do sofrimento causado pela depressão.

É dentro desse contexto que se torna essencial construir um pensamento educacional que venha ao encontro das reais necessidades dessas crianças, seja dando ferramentas aos professores a fim de que possam identificar uma criança que esteja vivenciando um episódio depressivo ou seja ajustando os métodos de ensino e os conteúdos programáticos às possibilidades dessas crianças, considerando o momento de sua vida. A esse respeito vale lembrar que o processo de evolução e desenvolvimento do ser humano é dinâmico, e portanto, sujeito a mudanças contínuas. Uma criança que hoje demonstra um comportamento depressivo, com um bom diagnóstico e tratamento adequado, poderá reverter o caso, ajustar-se e ter uma boa qualidade de vida. Do contrário, poderá ter seu quadro depressivo agravado ou poderá ter sucessivos episódios depressivos, tornando-se um adulto infeliz.

## ***Depressão***

A depressão tem sido registrada desde a antiguidade, e descrições do que hoje se conhece como distúrbios do humor podem ser encontradas em muitos documentos antigos. A teoria mais antiga da depressão, formulada pelos gregos, cita a presença da bile negra nos fluídos do corpo como causa da depressão. A melancolia, como Hipócrates chamou a depressão, resultava de uma inundação do cérebro pela bile negra, cujo excesso, por sua vez, era conseqüência de um espessamento do sangue, a ser tratado pela sangria (Neto, 2002).

Hoje a depressão constitui-se em um grande problema de saúde pública. Existem dados que a situam entre as doenças mais comuns e prejudiciais, causando impacto em todos os níveis da sociedade. Entre todas as doenças é a quarta colocada no sentido do prejuízo que causa, com previsão, segundo a Organização Mundial de Saúde, de transformar-se na segunda no ano de 2020 (Bahls, 2003).

De acordo com alguns autores (cf. Ballone, 2004; Bahls, 2003; Miller, 2003; Miyazaki, 2000), a depressão distingue-se da tristeza, sensação de perda ou estado de luto, que são responsáveis legítimas e normais à perda de pessoas ou objetos amados. Se uma pessoa tem claras razões para sentir-se infeliz, só se pode falar em depressão se existir uma desproporção muito grande ou longa em relação ao fato que causou tal estado de ânimo.

### ***O que é a depressão***

Neto, Motta, Wang e Elkis (1995, como citado em Capelari, 2003) dizem que a depressão é caracterizada como uma desordem do humor. Segundo eles, essa desordem, em geral, tem como sintomatologia a perda de interesse e prazer nas atividades cotidianas; lentificação; apatia ou agitação psicomotora; diminuição da energia; dificuldade de concentração; pensamentos negativos, pensamentos de morte e ideação suicida; redução no apetite ou peso; alteração no sono (tanto



aumento quanto diminuição), sendo necessária a presença de cinco ou mais desses sintomas durante duas semanas para que o quadro de depressão seja diagnosticado.

O nome depressão foi atribuído historicamente a esse conjunto de sintomas em função de similaridades topográficas e físicas da depressão psicológica com a alteração na geografia de uma região, caracterizada por terreno plano que em alguns pontos se afundam. Além disso, segundo Capelari (2003), esse nome também está envolto de diversos significados populares como, tristeza e solidão, que acompanham sua manifestação e seu diagnóstico.

Do ponto de vista biológico, o comportamento depressivo é visto como um sintoma do mau funcionamento do cérebro. Assim, a depressão é entendida como um problema relacionado à circulação dos neurotransmissores cerebrais, a herança genética e anormalidades ou falhas em áreas cerebrais específicas, sendo atribuída, portanto, à causas internas (endógenas). O significado da palavra depressão em psiquiatria implica em um distúrbio mental caracterizado por desânimo, sensação de cansaço, e cujo quadro inclui, muitas vezes, ansiedade em maior ou menor grau (Rangé, 2001).

Na perspectiva psicológica, para Andriola e Cavalcante (1999), entende-se que a depressão pode estar associada a algum aspecto comprometido da personalidade, baixa auto-estima e autoconfiança. No âmbito social, a depressão pode ser vista como uma inadaptação ou um apelo ao socorro, bem como uma possível conseqüência do abuso de mecanismos culturais, familiares e escolares.

Cavalcante (1997) considera que a depressão, do ponto de vista analítico comportamental, deve ser entendida como um conjunto complexo de comportamentos; um padrão de interação com o ambiente. Assim, é nas relações com o ambiente externo que devem ser buscadas as explicações para o comportamento, que seria o produto de três tipos de seleção: a seleção natural (filogênese), o condicionamento operante (ontogênese) e a evolução das contingências sociais do comportamento (cultural), que explicam os amplos repertórios característicos da espécie humana. Dessa forma, a depressão pode ser considerada como um padrão de interação com o ambiente e como produto de

seleção e, antes de ser classificada como patológica, deve ser compreendida a partir da análise das contingências que a mantém.

O impacto da depressão na vida da pessoa, limita a qualidade de vida, o desempenho profissional, social, familiar e apresenta riscos de mortalidade e morbidade devido a queda do funcionamento imunológico do indivíduo (Nunes, 2003).

### ***Fatores etiológicos e incidência***

A depressão é um grande problema de saúde devido a sua alta prevalência ao longo da vida, estimada em 20% das mulheres e 10% dos homens. Em pacientes com doenças médicas crônicas, a prevalência da depressão varia de 15% a 36% (Nunes, 2003). Estudos recentes têm apontado que o fenômeno da depressão infantil é muito freqüente e, segundo a *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (1996, como citado em Andriola & Cavalcante, 1999), cerca de 5% das crianças e adolescentes da população geral apresentam depressão.

De acordo com Bahls (2003), a prevalência da depressão em crianças e adolescentes depende da idade e do sexo, sendo que na infância não há uma prevalência significativa de um gênero sobre o outro. Sabe-se que há uma sutil predominância dos meninos sobre as meninas, entretanto, na adolescência ocorre uma modificação com um predomínio das meninas sobre os meninos. O autor situa a idade entre nove e dez anos como o período onde começam a aumentar os índices de depressão.

É importante ressaltar que os dados de prevalência da depressão na infância e adolescência não são unânimes entre os pesquisadores devido a diversidade dos locais onde os estudos são realizados e das populações observadas. Segundo Ballone (2003), vários índices de prevalência têm sido estabelecidos para a depressão na infância e talvez as dificuldades devam-se as discrepâncias de diagnóstico, uma vez que a depressão pode ser confundida com alguns casos atípicos, como fobia escolar e hiperatividade.

Sobre a etiologia da depressão, Cavalcante (1997) diz que as atuais linhas de pesquisa dão ênfase aos processos biológicos e cognitivos e não às relações ambiente-comportamento sob o ponto de vista analítico-comportamental. Segundo a autora, dois problemas significativos decorrem desse erro: a noção de causação interna do comportamento e a definição de depressão pelos sintomas.

Os fatores genéticos, segundo Lewis e Wolkmar (1993), baseiam-se na história familiar e apontam para um alto risco de transtorno depressivo maior, alcoolismo e personalidade anti-social em parentes de primeiro grau de crianças pré-púberes que são deprimidas.

Lewis e Wolkmar sugerem que os achados biológicos sustentam-se em alterações no funcionamento dos neurotransmissores e das células, e citam algumas hipóteses como: o desligamento emocional nas crianças depressivas pode ser provocado por uma supressão do sistema de excitação mediado através da rede não-adrenérgica, ou, a hipersecreção de cortisol verificada em crianças pode estar associada ao episódio depressivo especialmente durante a fase aguda, a neurotransmissão disfuncional amnérgica associada à depressão pode revelar sinais neurológicos subclínicos como a hemiparesia. Esses autores relatam que numerosos estudos demonstraram que os achados biológicos em crianças deprimidas são semelhantes aos encontrados em adultos deprimidos e que as diferenças podem ser atribuídas a fatores evolutivos. Uma proposta psicobiológica interessante foi proposta por Mandell (1978, como citado em Lewis & Wolkmar, 1993), que considerou que:

*“O sistema nervoso central em desenvolvimento nos bebês é vulnerável a qualquer choque no seu equilíbrio bioquímico, onde a perda psicológica deve levar a uma depleção dos neurotransmissores monoaminérgicos, e um estado bioquímico alterado pode, então, tornar-se a nova linha de base normal para aquele indivíduo ao longo da vida. Dessa forma qualquer experiência posterior que fosse prazerosa ou gratificante pode modificar o equilíbrio químico temporariamente, mas a tendência*

*prevalente seria retornar sempre a este novo normal, mas, de fato, um estado básico depressivo (p. 379)”.*

Lewis e Wolkmar (1993) também apontam para as doenças virais, particularmente a mononucleose infecciosa, como desencadeadoras de episódio depressivo o que, segundo eles, lembra uma reação psicoimunológica, e consideram a possibilidade de haver interação entre fatores biológicos (genéticos) e vivenciais em casos de depressão.

Assumpção Jr. e Kuczynski (2003) descrevem algumas condições que desencadeiam episódios depressivos: infecções como mononucleose, influenza, hepatite, AIDS, encefalite; problemas neurológicos como epilepsia, acidente vascular cerebral, esclerose múltipla; problemas endócrinos como diabete, hipotireoidismo, hipertireoidismo, doença de Cushing; medicação como corticoesteróides, contraceptivos orais, diuréticos, benzodiazepínicos, barbitúricos, anticonvulsivantes; outros como álcool, drogas (cocaína, anfetamina, opiáceos), distúrbios hidroeletrólítico, anemia e lúpus.

Segundo Fichtner (1997), além dos aspectos bio-fisiológicos da depressão é importante considerar os aspectos familiares e escolares envolvidos com os episódios depressivos. Fichtner chama a atenção para que, entre as situações relevantes na origem da depressão podem estar diversas formas de fracasso escolar, devido a mobilização de alto nível de ansiedade decorrente das expectativas sociofamiliares. Nesses casos, ocorre freqüentemente um efeito cumulativo de estresse, o qual tende a prolongar a reação depressiva. A perda de motivação para o estudo, distúrbios do sono, problemas de alimentação e somatizações são sintomas que surgem, com freqüência, nesse tipo de reação depressiva. Nesses casos, o autor recomenda, como intervenção, um suporte psicoterápico, o atendimento familiar e uma orientação psicossocial à escola. Quanto aos fatores de risco para a depressão, Fichtner aponta os fatores sociais e os familiares como os mais significativos. Em meio aos fatores sociais, o autor chama a atenção para as mudanças sociais e o importante progresso da ciência e da tecnologia que, de um lado, tornaram a vida mais complexa e interessante, principalmente para as crianças, mas, de outro, freqüentemente solicitam das

crianças um rendimento acima das suas capacidades operacionais. Com isso, é possível colocá-las numa situação de fracasso que lhes mobiliza sentimentos de perda, baixa auto-estima, baixo nível de tolerância à frustração e sentimentos de inferioridade.

Outro ponto levantado por Fichtner e de grande relevância é que, em face às novas organizações familiares, a educação da criança é cada vez mais delegada às instituições educacionais, da creche à escola. Entretanto, nem sempre as mesmas apresentam as condições adequadas para estimular um desenvolvimento infantil satisfatório. Segundo Fichtner, é nesse contexto social altamente estressante, que é possível entender a incidência de depressão infantil, de suicídio e violência, entre outros problemas, que estão ocorrendo no mundo todo.

Quanto aos fatores familiares, Fichtner diz que, lares perturbados pelo abandono, pela ausência dos pais, separação do casal e conflitos permanentes se constituem em fatores de risco para as manifestações depressivas da infância. São lares que não constituem base segura na qual a criança possa receber apoio e ajuda por parte de seus pais. Geralmente, tais crianças não recebem uma atenção autêntica e não são satisfeitas em suas necessidades básicas de apego, de afeto, de segurança e de limites. O autor diz que tais características são encontradas, comumente, em famílias caóticas ou desorganizadas, as quais podem desencadear manifestações depressivas face à mobilização de sentimentos de abandono, de rechaço, de perda e de negligência. Segundo Fichtner, pais críticos e perfeccionistas, que sistematicamente apontam as eventuais falhas e fracassos de seus filhos e os punem por isso, estimulam também as manifestações depressivas. Por outro lado, pais extremamente permissivos e superprotetores podem gerar sentimentos depressivos em seus filhos face a falta de limites que os mesmos vivenciam como negligência e abandono. Ainda, sobre o ambiente familiar, Fichtner observou que crianças depressivas comumente apresentam ansiedade de separação, não dormem sozinhas, evidenciam terror noturno, manifestam conduta agressiva, rivalidade, ciúmes e inveja para com seus irmãos. São crianças que apresentam precária comunicação com seus pais, familiares e amigos, passando, muitas vezes, grande

parte do tempo, assistindo televisão ou então, cuidando de animais de estimação. Ao isolarem-se e excluírem-se do grupo de sua faixa etária, por suas dificuldades de sociabilidade, deixam de compartilhar e apreender experiências significativas para o desenvolvimento de sua personalidade.

### ***Tipos de depressão***

Segundo Ballone (2003), Miller (2003) e o DSM-IV (*Diagnostic and Statistical of Mental Disorders, Fourth Edition, 1995*), há diversos tipos de depressão. Os tipos ou distúrbios de depressão definidos pelo DSM-IV são a depressão grave, a distímia, a ciclotímia, e o distúrbio bipolar, que são listados como distúrbios de temperamento. Há basicamente duas fases ou categorias de episódios pelos quais pode passar uma criança ou um adolescente com um distúrbio de temperamento, quais sejam: o episódio depressivo que está presente nos quatro tipos de depressão listados no DSM-IV e o episódio maníaco que só é experienciado por pessoas diagnosticadas com dois tipos de distúrbios de temperamento: a ciclotímia e o distúrbio bipolar. Tanto o episódio depressivo quanto o episódio maníaco têm como sintomas problemas de pensamento, problemas sentimentais, problemas comportamentais e problemas fisiológicos, entretanto, eles não se apresentam da mesma forma nas duas fases. Na fase depressiva a criança ou o adolescente pode mostrar como problemas de pensamento, sentimento de inutilidade, desmerecimento, culpa excessiva, vergonha, ideação suicida e dificuldade de concentração; como problemas sentimentais pode mostrar abatimento, tristeza, resistência a mudanças e desprazer; como problemas comportamentais, a criança pode apresentar agitação ou retardo psicomotor; como problemas fisiológicos a criança pode apresentar perda ou ganho de peso, insônia, hipersonia e fadiga crônica.

Na fase maníaca os sintomas que se apresentam como problemas de pensamento descrevem que a criança pode experienciar dois tipos de pensamento, o pensamento rápido e a distração; os sintomas que se apresentam como problemas sentimentais mostram uma criança com auto-estima ou

grandiosidade exacerbadas; os sintomas que se apresentam como problemas comportamentais descrevem que a criança pode tornar-se extremamente falante, pode demonstrar inquietação, pode não conseguir parar de fazer uma atividade ou pode se envolver excessivamente em atividades prazerosas que podem ser prejudiciais, como o gasto irresponsável de dinheiro; os sintomas de problemas fisiológicos descrevem que a criança apresenta uma necessidade menor de dormir devido a um excesso de energia que a mantém em atividade. Miller (2003) toma como base o DSM-IV salientando que para fins de diagnóstico da depressão há uma quantidade de sintomas que devem estar presentes, e para que os sintomas tenham uma relevância clínica, deve haver uma mudança nos pensamentos, sentimentos, comportamentos ou fisiologia, devendo essa mudança ser experienciada pela criança, por pelo menos duas semanas ou mais.

Os tipos de depressão descritos no DSM-IV e citados por Miller (2003), são: a) depressão grave: para um diagnóstico de depressão grave uma criança deve experienciar cinco dos sintomas de um episódio depressivo durante duas semanas ou mais, deve apresentar um temperamento deprimido ou uma perda de interesse no prazer e pode apresentar irritabilidade no lugar de temperamento deprimido devido à situações como complicações físicas ou reclusão social; b) distímia: a criança deve experienciar um sentimento deprimido ou uma irritabilidade por um ano. Além disso, deve experienciar dois ou mais dos seguintes sintomas: pouco ou muito apetite, insônia ou hipersonia, fadiga ou pouca energia, baixa auto-estima, problemas de concentração, dificuldade em tomar decisões ou sentimento de desamparo; c) distúrbio bipolar: há duas variedades, *bipolar I* e *bipolar II*. O distúrbio bipolar já foi classificado como maníaco-depressivo devido à alternância de ocorrência entre os episódios de depressão e mania. Para o diagnóstico do bipolar I são necessários três sintomas de um episódio maníaco por uma semana. É raro em crianças e normalmente, elas já sofreram diversos episódios depressivos graves antes. O bipolar II é caracterizado por um temperamento animado expansivo ou irritável que dura quatro dias, essas características de temperamento são mais leves no distúrbio bipolar II e mais severas no bipolar I. Além disso, a criança também experimenta

três ou mais sintomas de um episódio maníaco e deve haver histórico ou presença de episódio depressivo grave; d) ciclotímia: inclui períodos de temperamento animado com ciclos de temperamentos deprimidos. Em crianças deve ocorrer por um período de um ano.

Outros tipos de depressão, de acordo com Miller (2003), não são descritos no DSM-IV, porém, são relatados por psicólogos e psiquiatras que pesquisam a depressão. Sua terminologia é comumente utilizada devido a estes profissionais acreditarem que são descrições mais significativas para o tratamento. Esses tipos de depressão incluem a depressão endógena e exógena, a depressão psicótica, a depressão agitada, a depressão dupla e a afetividade negativa. Na depressão endógena, o termo *endógena* define a depressão motivada por algo interno ao sujeito ou por uma causa biológica, está geralmente associada a sintomas físicos, como problemas de sono, mudança de apetite e fadiga. Na depressão exógena o termo *exógena* define a depressão causada por algo externo à pessoa, como perdas importantes, humilhação pública ou dificuldades de lidar com o estresse. A depressão exógena pode ser chamada de reativa ou situacional e está associada a sintomas ligados ao pensamento ou sentimento, incluindo a sensação de inutilidade, desânimo e incapacidade de concentrar-se. Conforme Miller (2003), esses dois tipos de depressão não são mutuamente excludentes, uma vez que há uma relação entre o ambiente e a biologia que determinaria o início da depressão. Em alguns casos de depressão podem ser experimentados estados alucinatórios e ilusórios que são sintomas típicos da psicose, dessa forma, quando a depressão é o diagnóstico primário e estiver associada aos sintomas típicos da psicose, o episódio é chamado de depressão psicótica. De acordo com Miller (2003), na terminologia do DSM-IV, o episódio seria chamado de depressão grave com características psicóticas ou distúrbio bipolar I com características psicóticas. A depressão agitada, inclui um temperamento irritado, insônia, falta de apetite e agitação psicomotora. O autor salienta que muitas vezes, esse tipo de depressão pode ser ignorada, sendo vista como um comportamento típico principalmente nos adolescentes, entretanto, é uma forma grave de depressão que pode levar a conseqüências como gravidez na adolescência, acidentes automobilísticos ou



drogadição. A depressão dupla ocorre quando uma pessoa com um diagnóstico de distúrbio distímico experiencia um episódio depressivo grave e, ao término deste, retorna ao estado de distímia. A afetividade negativa é um tipo de depressão que reúne sintomas de depressão e ansiedade e se caracteriza pelo temperamento deprimido ou irritabilidade, sensação de inutilidade, preocupação crônica, uma visão irreal de si mesmo e uma visão geralmente negativa em relação ao mundo e ao futuro. A partir de suas experiências clínicas, Miller (2003) constatou que crianças com afetividade negativa tinham pais críticos e humilhadores e a diferenciação só acontece com o amadurecimento, quando somente um dos sintomas, de depressão ou de ansiedade, irá predominar.

Ballone (2003) descreve a *depressão típica* e a *depressão atípica*, sendo que na depressão típica as pessoas apresentam *sintomas clássicos da depressão*, tais como: tristeza, ansiedade, expectativa pessimista, mudanças no hábito alimentar e no sono ou, por outro lado, problemas físicos, como dores inespecíficas, fraqueza, tontura e mal estar geral que não respondem ao tratamento médico habitual. Em sua forma atípica, Ballone diz haverem verdadeiros sentimentos depressivos escondidos sob uma máscara de irritabilidade, agressividade, hiperatividade e rebeldia. Segundo o autor, as crianças mais novas, devido a falta de habilidade em relatar verbalmente seu estado emocional, podem demonstrar depressão atípica, conjuntamente com hiperatividade.

Lewis e Wolkmar (1993) referem-se aos *sintomas clássicos de depressão* definidos por Ballone (2003) por *depressão típica*, como *sintomas cardeais de depressão* que em sua forma peculiar demonstrariam humor deprimido persistente e uma apática perda de interesse e prazer, sentimentos de rejeição e desvalorização, desinteresse escolar com queda no rendimento acadêmico e ideação suicida. E por *depressão reativa*, sintomas semelhantes aos da *depressão atípica* de Ballone, como por exemplo, ao invés de ter perda de apetite a pessoa pode comer excessivamente e se tornar obeso, como se preenchesse um sentimento de vazio. Lewis e Wolkmar informam que esses sintomas têm sido, algumas vezes, chamados de *equivalentes depressivos* ou têm sido identificados

como uma *depressão mascarada*, uma vez que os sintomas parecem mascarar os sintomas cardeais subjacentes.

Alguns autores apontam para o fato de que a depressão pode estar presente simultaneamente com outros problemas emocionais (Ballone, 2003; Lewis & Wolkmar, 1993; Miller, 2003; Miyazaki, 2000). Comorbidade é o termo usado para descrever a ocorrência de mais de um distúrbio ao mesmo tempo num indivíduo (Miller, 2003). Segundo esse autor, a classe de problemas emocionais comórbidos que ocorre com mais freqüência são os distúrbios de ansiedade e, dentre estes, o mais comum é a ansiedade de separação caracterizada por um alto nível de ansiedade quando o indivíduo se separa da pessoa com quem possui vínculo. A segunda classe mais freqüente de distúrbios comórbidos com a depressão é a dos distúrbios de alteração, sendo o mais comum o distúrbio de conduta que se caracteriza por um comportamento repetitivo em que os direitos básicos dos outros, ou importantes normas sociais apropriadas para a idade são desrespeitadas. De acordo com Miller, uma forma de entender porque as pessoas, especialmente as crianças, experienciam mais de um distúrbio emocional é relacionar esse fato ao desenvolvimento de sua personalidade e aos acontecimentos do início da sua vida. Experienciar continuamente estressores ao longo do período de desenvolvimento define, em parte, quais serão os problemas emocionais proeminentes no futuro.

Ballone (2003) diz que, tendo-se em vista a característica atípica da maioria das depressões, principalmente na infância, é possível pensar no diagnóstico depressivo para outras patologias bem definidas, como é o caso do Déficit de Atenção por Hiperatividade, para certos casos de Distúrbios de Conduta como, rebeldia, oposição e agressividade e para o Transtorno Fóbico-Ansioso. Supõe haver uma íntima relação entre todos esses quadros citados e, principalmente, a ansiedade da infância, quer seja como comorbidade ou como manifestações clínicas atípicas da depressão infantil.

Miyazaki (2000) considera que problemas associados à depressão podem ter um impacto negativo sobre o tratamento, como déficit em habilidades para relacionamentos interpessoais, déficit cognitivo, sentimentos negativos que podem

ser altamente aversivos e baixo rendimento acadêmico. Além desses problemas emocionais associados à depressão, Miyazaki enfatiza a ansiedade como o mais freqüente dentre eles, e relata que pesquisas realizadas com crianças americanas e britânicas, demonstraram que aproximadamente 15% das crianças encaminhadas para atendimento demonstraram ansiedade conjuntamente com depressão maior. Segundo ela, os transtornos de ansiedade associados com maior freqüência à depressão foram fobia social (55%), excesso de ansiedade (45%), ansiedade de separação (27%) e evitamento (27%).

Outra questão relevante discutida por Ballone (2003), Assumpção Jr. e Kuczynski (2003) e Miller (2003) diz respeito a comportamentos semelhantes ao depressivo, mas que não constituem depressão. Para efeito de diagnóstico, Miller (2003) diz ser importante saber que acontecimentos estressantes na vida de uma criança podem levar a sintomas semelhantes aos da depressão. O diferencial básico estaria no tempo de duração dos sintomas após a remoção do evento estressor. Se os sintomas perdurarem por mais de seis meses, há a configuração de um quadro depressivo. Esses comportamentos podem ser decorrentes de alterações depressivas, porém, quando essas alterações não são graves o suficiente para serem consideradas episódio depressivo dá-se o nome de *disforia*. De acordo com Ballone (2003), as disforias são alterações do humor e são encontradas comumente no cotidiano de uma pessoa não tendo, obrigatoriamente, uma conotação de doença, tratando-se de respostas afetivas aos eventos diários, que caracteriza-se pela brevidade do quadro emocional sem comprometimento das condutas adaptativas, sociais, escolares e familiares. Ballone ressalta que as disforias seriam apenas momentos de tristeza, angústia e abatimento moral, que surgem em decorrência de problemas existenciais normais e cotidianos, tais como as correções dos pais, desentendimento com irmãos ou aborrecimentos na escola.

Para Assumpção Jr. e Kuczynski (2003), as súbitas mudanças de conduta, sobretudo na criança, são de extrema importância pelo caráter episódico, tendo que ser considerado se acontecem de forma repentina e se ocorrem de modo inexplicável. Esse comportamento pode ser decorrente de alterações de humor

tipo disfórico que é, segundo os autores, um dos sinais mais importantes para se diagnosticar se há a ocorrência de um episódio depressivo ou apenas respostas afetivas aos eventos diários que tem como característica a brevidade do quadro e o não comprometimento das condutas adaptativas. Conforme Ballone (2003), a diferença entre a disforia e a depressão seria em relação à evolução benigna da disforia, o que não acontece quando há importante componente depressivo. A recuperação das vivências traumáticas e estressoras é mais demorada e sempre há algum prejuízo da adaptação. Basicamente, Ballone diz que a disforia é mais fisiológica no embate com as adversidades diárias enquanto a depressão seria uma maneira patológica de reagir à vida.

### ***Sintomas típicos da depressão e suas manifestações***

De acordo com o DSM-IV (*Diagnostic and Statistical of Mental Disorders, 1995*) para que os sintomas tenham relevância clínica, deve haver uma mudança nos pensamentos, sentimentos, comportamento ou fisiologia, devendo essa mudança ser experienciada por um período significativo de tempo (mínimo duas semanas) e apresentar cinco dos seguintes sintomas, sendo obrigatoriamente um ou dois presentes: humor deprimido na maior parte do dia; interesse ou prazer acentuadamente diminuído por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia e quase todos os dias; relato subjetivo ou observação feita por outros; perda ou ganho de peso significativo, sem uso de dietas; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; perda de energia fatigabilidade; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; diminuição da capacidade de pensar e concentrar-se ou indecisão; pensamentos recorrentes de morte suicídio.

Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional; não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral e não se devem a fatores orgânicos ou luto.

Pelo CID 10 (*Classificação Internacional de Doenças, 1993*) há três variedades descritas para a depressão: leve, moderada e grave. O indivíduo

habitualmente sofre de humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida levando a uma fadigabilidade aumentada e atividade diminuída. Outros sintomas comuns são: concentração, atenção, auto-estima e autoconfiança reduzidas; idéias de culpa e inutilidade; visões desoladas e pessimistas do futuro; idéias ou atos autolesivos ou suicídio; sono perturbado, apetite diminuído. A duração mínima de um episódio deve ser de duas semanas.

Assumpção Jr. e Kuczynski (2003) frisam que, muitas vezes, o quadro clínico das depressões, ainda que descrito de modo claro pelos critérios diagnósticos tanto do DSM-IV (1995) e CID - 10 (1993), são mal diagnosticados ou despercebidos devido a sua pequena especificidade na criança, e pelo fato de seu diagnóstico diferencial incluir problemas orgânicos vários, assim como outros quadros psiquiátricos.

## ***Depressão infantil***

A depressão na infância tem sido uma área de pesquisa negligenciada, que até recentemente não era reconhecida ou considerada. De acordo com Friedberg e McClure (2004), reconhecer os sinais e os sintomas de depressão em crianças e adolescentes é fundamental para o desenvolvimento de tratamento efetivo.

Foi somente a partir dos anos 70, de acordo com Fichtner (1997), que os estados depressivos da criança começaram a ser valorizados como problemática psiquiátrica. Em 1978, constatou-se que 25% das consultas psiquiátricas da infância evidenciavam manifestações depressivas. Do ponto de vista epidemiológico, os episódios depressivos da infância apresentam a mesma incidência daquela encontrada entre os adultos. Conforme o autor, uma proporção de 15% de problemas depressivos da infância foi encontrada em seus atendimentos como psiquiatra infantil (Fichtner, 1997).

Pesquisas sobre a depressão apontam que se obtém bons resultados a partir de tratamentos farmacológicos e psicológicos. Para Miller (2003), essas pesquisas científicas são necessárias para compreender como as crianças passam pela depressão, por que se deprimem e como ajudá-las.

De acordo com Miyazaki (2000), a depressão infantil, juntamente com outros distúrbios, é uma das queixas mais freqüentes em diversas clínicas no Brasil. Durante muitos anos, a depressão na infância e na adolescência foi questionada e acreditava-se que o problema só apareceria no final da adolescência e início da vida adulta. No entanto, pesquisas têm demonstrado que a prevalência da depressão na infância gira em torno de 2% a 60%, em populações sob tratamento clínico e 2% a 4% na população geral, com uma diminuição na idade pré-escolar. A depressão parece ser mais freqüente em alguns grupos de crianças, como as portadoras de problemas crônicos de saúde e dificuldades acadêmicas.

Ballone (2004), chama a atenção para um aspecto importante relacionado à vida acadêmica, crianças com um histórico de depressão, ao ingressar ou mudar de classe ou escola, podem ter agravado seu estado depressivo a ponto de

produzir recusa total em ir para escola, o que acaba por piorar sintomas como isolamento social e apatia.

### ***O que é a depressão infantil***

De acordo com Barbosa e Lucena (1995), a depressão na infância é um transtorno que se caracteriza basicamente por tristeza e anedonia, associados a transtornos de sono, de alimentação e somáticos como cefaléia, tontura, taquicardia e sudorese. Na criança, mais freqüente que a tristeza é a irritabilidade, o mau humor e a anedonia, que é a falta de prazer com as atividades habituais, como brincar, sair com os amigos, jogar, assistir televisão, estudar, entre outros.

No que se refere à depressão infantil Polaino e Domenech (1998), dizem que:

*“As crianças deprimidas não podem rir. É uma criança que não ri nem pode brincar nem brigar; é uma criança enferma (...). As crianças deprimidas são tímidas, fogem da companhia dos demais, não jogam, não têm confiança em si mesmas, o que pode levá-las, inclusive ao suicídio (p. 31)”.*

Barbosa e Gaião (1999) ressalta que os conceitos psicopatológicos infantis ainda não são muito precisos e uníssonos, como são os dos adultos e cita como exemplo a ampla terminologia usada: transtorno, desordem, alteração, comportamento anormal, conduta desajustada, hiperatividade e outros. Esse autor considera que tais termos são encontrados, usualmente na literatura científica, como sinônimos.

Na perspectiva comportamental há, basicamente, três explicações diferentes para a depressão infantil, quais sejam: condicionamento clássico por Ivan Pavlov, condicionamento operante por B. F. Skinner e aprendizagem social por Albert Bandura. Do ponto de vista do condicionamento clássico, Miller (2003) diz que uma criança pode demonstrar depressão como resultado de ambigüidade e inconsistência na forma como recompensas e punições são oferecidas, que a aflição psicológica, incluindo a depressão, era resultado da incapacidade de

prever e lidar com as contingências que o mundo real oferece. A esse respeito, Pavlov (1928, como citado em Millenson, 1967), partindo de seus experimentos com animais, verificou que o comportamento emocional seria produzido por um estímulo originalmente não aversivo, que emparelhado a um estímulo aversivo, adquire propriedades aversivas. Watson (1930, como citado em Millenson, 1967), partindo dos pressupostos do condicionamento clássico propostos por Pavlov, descreveu a emoção como padrões especiais de resposta, eliciados inicialmente por estímulos incondicionados, que poderiam estar ligados a estímulos previamente neutros, através de procedimentos de condicionamento pavloviano. Watson concluiu que havia somente três padrões emocionais, protótipos do que comumente se chama de raiva, medo e alegria. De acordo com Watson, todas as outras emoções, tais como tristeza, ansiedade, terror, aborrecimento, prazer, entre outros, são baseadas nessas três, como misturas ou combinações que surgem através de procedimentos complexos de condicionamento pavloviano.

Do ponto de vista do condicionamento operante, Miller (2003) afirma que, a depressão ocorre quando se é incapaz de criar ou descobrir situações que provoquem prazer e reconhecimento; com o fracasso não se obtém a recompensa, e tende-se a desistir da busca pelo prazer, ocasionando uma depressão. Skinner (1953, como citado em Miller, 2003) reconheceu que as pessoas não são organismos passivos, que elas operam em seus ambientes e, ao fazê-lo, aprendem quais são os resultados disponíveis para elas. Skinner afirmou que as pessoas têm a tendência de fazer coisas que provocam sensações boas e evitar o que causa dor. Para ele, as pessoas, inclusive as crianças, assumem a tarefa de explorar o mundo, descobrindo o que provoca sensações boas e fazendo isso quando puderem. Por outro lado, quando se deparam com situações que causam dor, costumam evitá-las no futuro.

Uma terceira forma de compreender a depressão de uma perspectiva comportamental é a teoria do aprendizado social. Para Bandura (1997, como citado em Miller, 2003), o comportamento, incluindo a depressão, pode ser compreendido ao observar-se as interações entre as pessoas e o ambiente, ou pode ser o resultado da observação de formas ineficientes de se comportar



utilizadas por outros, inclusive pais e amigos, para lidar com as dificuldades da vida. Assim a divergência entre a experiência vivida e a forma incorreta de se comportar adotada por alguns, pode levar o jovem à depressão. Contribuindo com essa visão, Lewinsohn (1974, como citado em Miyazaki, 2000) aponta que podem existir deficiências nas habilidades sociais entre as pessoas deprimidas levando a um repertório social inadequado. Lewinsohn verificou que os deprimidos interagem com um número restrito de pessoas e evidenciam uma maior latência de respostas aos demais do que as pessoas não deprimidas. Para esse autor, os deprimidos são mais sensíveis à qualidade de reforçamento social que os não deprimidos, entretanto, são geralmente vistos como aversivos e evitados por outros. Para Cavalcante (1997), o comportamento depressivo de um indivíduo pode ser mantido e reforçado pelo interesse e pela preocupação da família. Entretanto, esse comportamento depressivo pode ser considerado aversivo por outras pessoas ocasionando uma redução ainda maior da taxa de reforçamento positivo o que intensificaria o estado depressivo do indivíduo. De acordo com Skinner (1953, como citado em Miller, 2003), a depressão ocorre quando a pessoa não consegue descobrir uma forma de ter aceitação e atenção daqueles com quem deseja interagir e, após algumas tentativas, desiste sendo uma grande candidata a tornar-se deprimida.

Para Miller (2003), os sinais comportamentais da depressão devem ser analisados através da observação do comportamento evidente, dos elementos do ambiente que provocam os sintomas depressivos, do conjunto de sintomas que definem a depressão de acordo com o DSM-IV, dos antecedentes e conseqüentes do comportamento e pelo grau com que a criança procura satisfazer suas necessidades ou desiste. Através desses elementos é possível modificar o ambiente de modo a reduzir os sintomas.

O tratamento do ponto de vista da abordagem comportamental, segundo Miller, engloba diversas técnicas, e os terapeutas comportamentais acreditam que os comportamentos tendem a se manifestar em função de seus antecedentes e suas conseqüências. Afirmam que a depressão infantil pode ser o resultado da sensação da criança de que ela não tem controle sobre como obter recompensas,

como boas notas, aceitação dos colegas ou aprovação dos pais. Essa sensação de desamparo resulta em desânimo, que resulta em menos tentativas e esforços para obter recompensas e uma vez que desista, a criança recebe cada vez menos recompensas. O objetivo da terapia comportamental é ajudar a criança a encontrar formas de conseguir os objetivos desejados e recuperar uma sensação de controle e competência. As abordagens comportamentais incluem a dessensibilização sistemática de situações desagradáveis, a modelagem de comportamentos, a instrução direta de habilidades sociais e o automonitoramento de comportamentos específicos.

### ***Diferenças entre depressão infantil e depressão em adultos***

O Transtorno Depressivo Infantil é um transtorno do humor capaz de comprometer o desenvolvimento da criança e interferir em seu processo de maturidade psicológica e social e, segundo Ballone (2003), são diferentes as manifestações da depressão em crianças e adultos, possivelmente devido ao processo de desenvolvimento que existe na infância e adolescência. Apesar da tamanha importância da depressão da infância, em relação à qualidade de vida, ao suicídio, às dificuldades na escola, no trabalho e no ajuste pessoal, Ballone chama a atenção para o fato de que esse quadro não tem sido devidamente valorizado por familiares, escolas e pediatras e nem adequadamente diagnosticado. Para esse autor, o diagnóstico da depressão na infância tem sido feito em bases predominantemente clínicas, muitas vezes usando-se os mesmos critérios para o diagnóstico da depressão em adultos, apesar do quadro ser algo diferente nas crianças. Essas diferenças estariam nas características pessoais e nas diferentes situações vivenciadas pelo adulto e pela criança, fazendo com que os sintomas se apresentem de forma diferenciada em ambos.

A respeito dessa diferença, Miyazaki (2000) diz que a compreensão da depressão na infância deriva do trabalho com adultos, assim como as intervenções em relação ao problema, e que durante muitos anos a existência da depressão na infância foi questionada devido a muitos autores acreditarem que o problema só apareceria no final da adolescência e início da idade adulta. Miller

(2003) também considera que o estudo da depressão infantil é recente, principalmente se comparado a estudos e pesquisas relacionados à depressão em adultos, e atribui esse fato à crença fundamentada na teoria freudiana de que crianças não se deprimem. Freud acreditava que a depressão incluía a diminuição de auto-estima e expectativas ilusórias de punição e que crianças não tinham capacidade de auto-estima ou habilidades de vislumbrar o futuro para ter sentimentos de desesperança, assim não podiam ficar deprimidas (Freud, 1969).

Somente em 1970 é que a depressão infantil foi descrita pela primeira vez com critérios e diagnósticos precisos, havendo um consenso de que crianças e adultos exibiam sintomas depressivos semelhantes, embora os episódios depressivos não ocorressem da mesma forma para ambos (Miller, 2003). Segundo o autor, as diferenças entre os episódios de depressão infantil e adulta estariam na ocorrência inicial do episódio depressivo, ou seja, quando a depressão é diagnosticada em crianças, geralmente observa-se o primeiro episódio, enquanto que no adulto, o diagnóstico freqüentemente ocorre após vários episódios depressivos. Isso, para Miller, é de relevante importância, pois um diagnóstico precoce aliado a um tratamento imediato levaria a uma melhor adaptação mais tarde, enquanto que episódios múltiplos, especialmente se não tratados, surtiriam um efeito cumulativo em que o indivíduo ficaria deprimido mais facilmente e com maior gravidade no futuro. Uma outra diferença estaria na probabilidade de recorrência dos episódios. Em adultos a recorrência é de 90% dos casos, enquanto que em crianças essa porcentagem cai para 70% dos casos. Isso se explica porque a maioria dos adultos já sofreu episódios múltiplos de depressão, tendo o primeiro episódio depressivo ocorrido na infância, aumentando a chance de recorrência.

### ***Os sintomas e como se manifestam no comportamento da criança***

Para Barbosa e Gaião (1999), a depressão infantil é caracterizada pela presença dos seguintes sinais e sintomas, aos quais podem se apresentar de forma mascarada: baixo desempenho escolar, pouca capacidade para se divertir

(anedonia), sonolência ou insônia, mudança no padrão alimentar, fadiga excessiva, queixas físicas, irritabilidade, sentimentos de desvalia, sentimentos depressivos, ideação e atos suicidas, choro, afeto deprimido, face depressiva, hiperatividade ou hipoatividade.

Ballone (2003) ressalta que nas crianças e adolescentes é comum a depressão ser acompanhada também de sintomas físicos, tais como fadiga, perda de apetite, diminuição da atividade, queixas inespecíficas, como cefaléias, lombalgia, dor nas pernas, náuseas, vômitos, cólicas intestinais, vista escura e tonturas. Na esfera do comportamento, a depressão na infância pode causar deterioração nas relações com os demais, familiares e colegas, perda de interesse por pessoas e isolamento. As alterações cognitivas da depressão infantil, principalmente relacionadas à atenção, raciocínio e memória, interferem sobremaneira no rendimento escolar. Conforme o autor, atualmente a ampliação da constelação sintomática atribuída à depressão infantil tem contribuído para a elaboração do diagnóstico e, por causa disso, cada vez mais os distúrbios do comportamento da criança estão sendo relacionados a uma maneira depressiva de viver.

Miyazaki (2000) mostra alguns sintomas descritos no DSM-IV para o diagnóstico da depressão em crianças, bem como traz exemplos de comportamentos equivalentes, apresentados por crianças e adolescentes deprimidos, quais sejam: a) humor deprimido ou irritável: a criança relata sentimentos de tristeza ou tem aparência triste; é muito sensível e chora com facilidade; é negativista, difícil de contentar e briga freqüentemente; b) perda de interesse e prazer: a criança mostra desinteresse por atividades pelas quais se interessava anteriormente e tem dificuldades para identificar reforçadores ambientais; c) perda ou ganho significativo de peso: a criança apresenta redução ou um aumento significativo da quantidade de alimentos ingeridos; d) insônia ou hipersonia: a criança mostra dificuldade para adormecer, sono agitado e tem dificuldade para se levantar pela manhã; e) agitação/retardo psicomotor: a criança é, freqüentemente, inquieta, hostil, beligerante, desrespeitosa a autoridades e tem dificuldades para concluir tarefas escolares; f) fadiga ou perda de energia: a

criança recusa a ir a escola e esquece-se freqüentemente de suas tarefas, reduz a qualidade do rendimento escolar e aparenta apatia; g) sentimento de inutilidade/culpa excessiva: a criança demonstra ter sentimentos de desvalia; h) redução na capacidade de pensar/concentrar-se: a criança parece estar sempre no mundo da lua, sonhando acordado e tem dificuldades para realizar atividades acadêmicas; i) pensamentos sobre morte ou preocupação com temas mórbidos: relata vontade de morrer, demonstra preocupação com temas mórbidos e relata planos para cometer suicídio; j) queixas somáticas: a criança queixa-se de cefaléia, dor abdominal e outras queixas somáticas na ausência de causas orgânicas.

Realizar um diagnóstico adequado do problema é de extrema importância, uma vez que os dados obtidos permitirão o delineamento de um programa de intervenção compatível com as necessidades do cliente, afirma Miyazaki (2000). Entretanto, salienta que, apesar da importância de um diagnóstico formal baseado em critérios como o do DSM-IV, ele é geralmente insuficiente para a compreensão do problema e para o delineamento de um programa de intervenção adequado para o cliente (Miyazaki, 2000).

Sobre o diagnóstico, Ballone (2003) considera que não é obrigatório que a criança depressiva complete todos os critérios e comportamentos descritos, ela deve satisfazer um número suficientemente importante de itens para despertar a necessidade de atenção especializada. Dependendo da intensidade da depressão, pode haver substancial desinteresse pelas atividades rotineiras, queda no rendimento escolar, diminuição da atenção e hipersensibilidade emocional. Surgem ainda preocupações típicas de adultos, tais como, a respeito da saúde e estabilidade dos pais, medo da separação e da morte, e grande ansiedade.

Além disso, tendo em vista a característica atípica da maioria das depressões na infância, alguns autores começam a pensar nesse diagnóstico para outras patologias bem definidas, como é o caso do Déficit de Atenção por Hiperatividade, para certos casos de Distúrbios de Conduta (notadamente a rebeldia, oposição e agressividade) e para os Transtorno Fóbico-Ansioso.

## ***A importância de um olhar crítico e atencioso sobre a depressão infantil***

A depressão foi considerada a principal doença psiquiátrica do século, afetando aproximadamente oito milhões de pessoas só na América do Norte. A morbidade da depressão se reflete no fato de que pessoas deprimidas são 20 vezes mais propensas a morrer de acidentes ou suicídio do que pessoas sem transtornos psiquiátricos (Ballone, 2003).

Estudos epidemiológicos em alguns países revelaram que na Austrália, de 402 crianças pesquisadas com idade entre 9 e 12 anos, 16 demonstraram sinais de depressão clínica e 112 demonstraram risco de sofrer de depressão no futuro. Outra pesquisa realizada no Japão revela que, devido às altas exigências acadêmicas, as crianças japonesas são lançadas numa maratona de estudos que começa aos seis anos, quando começam a ser preparadas para o vestibular, e vai até a universidade. Nesse período, não têm tempo livre para brincar, e segundo Ballone (2003), não é de se estranhar a alarmante taxa de suicídio infantil no Japão.

No Brasil, poucos são os trabalhos que relatam a prevalência de quadros depressivos na população de crianças e adolescentes. Salle (1999, como citado por Assumpção Jr. & Kuczynski, 2003) em estudo de sintomatologia depressiva em escolares de Porto Alegre (RS), encontrou índice de 32% da amostra total tendo como sintomatologia principal idéias de morte, desinteresse e alteração do peso. Na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, o número de casos de depressão aumentou em 10% de 1995 à 2003. Segundo Ballone (2003), 76% das crianças e adolescentes chegaram ao hospital sem que os pais soubessem do estado depressivo dos filhos, o que vem ao encontro de pesquisas que demonstram que um dos problemas em que o tratamento da depressão esbarra é o preconceito dos pais em aceitar um diagnóstico de depressão em seus filhos. Esse preconceito, de acordo com o autor é perigoso pois impede que seja possível uma intervenção preventiva a fim de se evitar quadros piores no futuro.

Outro aspecto importante a ser considerado é o de que na criança e adolescente a depressão, em sua forma atípica, esconde verdadeiros sentimentos

depressivos sob uma máscara de irritabilidade, de agressividade, hiperatividade e rebeldia. Ou por outro lado, segundo Ajuriaguerra (1986), a depressão pode estar oculta por uma obediência excessiva que pode chegar a uma relativa indiferença. Esses comportamentos entendidos como normal ou típicos da fase de desenvolvimento ou da personalidade do indivíduo podem retardar o tratamento fazendo com que a depressão passe pela infância, chegue a adolescência e se instale na vida adulta do indivíduo. Nos últimos 30 anos, o índice de suicídio entre os adolescentes triplicou. Boa parte deles decorrentes de depressão infantil não tratada e aliada aos conflitos próprios da idade (Ballone, 2003).

Essas questões, aliadas à falta de percepção de que a depressão acomete crianças e adolescentes, à necessidade de esquemas terapêuticos apropriados para os transtornos do humor na infância, entre eles a depressão, visto que a mera utilização de esquemas tidos como eficazes para adultos não surtem o efeito esperado em crianças, remetem para a importância de se dedicar maior atenção e empenho ao estudo da depressão e, de acordo com Assumpção Jr. e Kuczynski (2003), de garantir aos pacientes um desenvolvimento satisfatório, vistas as consequências que a depressão mal conduzida na infância pode acarretar.

### ***Depressão infantil no contexto escolar***

Uma das situações mais críticas na vida de uma criança é a entrada para a escola, daí a importância desse ingresso se dar de forma positiva e prazerosa de modo a evitar situações de forte tensão e estresse que podem abalar sua autoconfiança, seu rendimento escolar e sua socialização (Fonseca, 1995). Para esse autor a entrada na escola e a aquisição da leitura insere a criança no mundo da transmissão formal dos conhecimentos e pensamentos. A criança sai da proteção familiar para as realizações sociais fora desse meio e para cobranças objetivas de realização impostas pelo sistema educacional que propõe cumprir tarefas, horários, integrar um grupo social, desenvolver habilidades sociais, enfim, cobrar-lhe realizações cada vez mais altas. Dessa forma, a escola pode passar a ser um local de grandes realizações ou de múltiplas cobranças. Se o desenvolvimento físico, psicomotor, intelectual e afetivo for normal, a criança estará apta para responder às exigências. Se atrasada ou perturbada, o mundo escolar poderá tornar-se impenetrável e fonte de frustrações. A criança estará frágil para os embates sociais e, freqüentemente, só lhe restará o retorno a um infantilismo emocional, ou o desencadear de um processo depressivo agravado pelas cobranças que não poderá atender (Fonseca, 1995). De acordo com Ballone (2004), a depressão pode variar de criança para criança, conforme o meio em que estiver inserida. A sensação de inadequado, de inútil, de fraco, pode ser inevitável em momentos críticos, entretanto, pode ser minimizada por um envolvimento afetivo e sócio-educacional coerente e realista.

Miller (2003) diz que o desempenho escolar e o funcionamento social de crianças com depressão, podem ficar comprometidos a ponto de resultar em padrões de comportamento agressivo em alguns casos, ou apático em outros, e que a escola pode representar um auxílio para essas crianças e suas famílias. Segundo o autor, há pessoas na escola que, estando bem preparadas, podem fornecer apoio e orientação, como professores, orientadores, pedagogos e em alguns casos psicopedagogos, essas pessoas, ao demonstrarem afeto e preocupação com a criança enquanto a encoraja a ser independente, podem estar fazendo muito para ajuda-la a sair da depressão.



Fonseca (1995) sugere que à escola e aos educadores cabe fazer uma análise do conteúdo programático e da metodologia de ensino utilizada, no sentido de verificar em que medida estão adaptados ou são adequados às possibilidades das crianças. E diz que a motivação para o desenvolvimento das capacidades intelectuais das crianças é tão grande, que se houver desinteresse ou falhas no desempenho escolar, algo poderá estar errado com a escola.

Skinner (1991) em suas considerações sobre a escola e o sistema educacional diz que: *“Há algo de errado com a situação em que o ensino ocorre”* (p.118). Diz que com o aumento de alunos em sala de aula, não é possível ao professor desenvolver um bom trabalho e nem aos alunos aprender de forma satisfatória. O que é necessário, segundo Skinner, é a criação de escolas em que os professores disponíveis possam ensinar os alunos a desenvolver, com sucesso, uma ampla variedade de habilidades.

Ao tratar da questão escolar, Miller (2003) diz que esta pode afetar e comprometer o desempenho acadêmico e social da criança e, em casos graves, esse comprometimento pode resultar em padrões preocupantes de comportamentos. Outro ponto levantado por Miller é o de que crianças depressivas, em geral, são calmas e obedientes e, embora não demonstrem um alto rendimento escolar, raramente são encaminhadas para auxílio, pois não atrapalham o ambiente de aula. Para Ajuriaguerra (1986), a obediência excessiva que chega ao ponto de uma relativa indiferença, pode atestar um estado depressivo e pode estar ligada a um desinteresse escolar decorrente de um sentimento de fracasso e desvalorização de si, que exprime-se sob a forma de repetidas constatações, como *não sei, eu não alcanço, eu não consigo*.

Como os episódios depressivos podem durar vários meses, a criança em fase escolar pode não se beneficiar tanto da educação acadêmica quanto deveria, isso porque diversos sintomas da depressão não permitem uma boa concentração ou atenção na sala de aula. Há também, segundo Miller (2003), a questão do desenvolvimento social, em parte aprendido na escola e que, em crianças depressivas, fica extremamente prejudicado uma vez que, deprimidas e solitárias, essas crianças exacerbam seu isolamento e sentem-se fracassadas, aumentando

a reclusão e a depressão. A falta de amizades e a manutenção destas é outro aspecto do desenvolvimento social, que durante a idade escolar, está repleto de desafios, Miller diz que é muito frustrante para uma criança ser ignorada, ser rejeitada ou ser alvo de gozação, tanto por colegas, quanto por professores (Miller, 2003).

Segundo ele, as crianças e os adolescentes, reagem diferentemente diante das adversidades e necessidades adaptativas. E é exatamente nessas fases de provação afetiva e emocional que vêm à tona as características da personalidade de cada um, as fragilidades e dificuldades adaptativas. Conforme o autor, os professores erram ao considerar que todas as crianças deveriam sentir e reagir da mesma maneira aos estímulos e às situações ou, erram ao acreditar que, submetendo indistintamente todos os alunos às mais diversas situações, quaisquer dificuldades adaptativas, sensibilidades afetivas, traços de retraimento e introversão, os alunos se corrigiriam diante dos desafios ou diante da possibilidade do ridículo (Miller, 2003).

Para Ballone (2004), situações de ridículo podem piorar muito o sentimento de inferioridade, a ponto da criança não mais querer freqüentar aquela classe ou, em casos mais graves, não querer mais ir à escola. Ballone exemplifica dizendo que, para as crianças menores, as ameaças ou a ridicularização pelas mais velhas, é tão mais contundente quanto mais retraída e introvertida for a criança e ressalta que, sendo a escola um universo de circunstâncias pessoais e existenciais, requer do educador (professor e equipe escolar), ao menos uma boa dose de bom senso e uma abordagem direta com alunos que acabam demandando uma atuação muito além do posicionamento pedagógico e metodológico da prática escolar. Alerta, que o rótulo de "aluno-problema", pode ser reflexo de algum transtorno emocional, muitas vezes advindo de relações familiares conturbadas, de situações trágicas ou transtornos do desenvolvimento, e esse tipo de estigmatização docente passa a ser um fardo para o aluno, um dilema e aflição emocional agravante do quadro depressivo (Ballone, 2004).

## ***Os sintomas da depressão e suas manifestações na escola***

Ao referir-se à depressão na criança em fase pré-escolar, Fichtner (1997), afirma que esse estado emocional, exerce uma importante alteração nas atividades próprias dessa faixa etária e que os sintomas, ou características clínicas evidentes são, tristeza, humor disfórico, retardo psicomotor, dificuldade de ganhar peso, transtornos do sono, pesadelos, terror noturno, ansiedade de separação, diminuição da capacidade cognitiva e perda de interesse pelas atividades prazerosas desta etapa da vida. Segundo o autor, a separação dos pais, a perda de pessoas queridas entre outras situações de perda podem desencadear tristeza e sintomatologia próprias das depressões reativas. Em crianças em fase escolar, Fichtner (1997), apresenta um modelo operativo de diagnóstico em que classifica a depressão em: depressão situacional, síndrome orgânica depressiva, depressão infantil primária, distímia e depressão mascarada.

Por depressão situacional, Fichtner entende que sejam as reações depressivas que ocorrem no decorrer do desenvolvimento normal de uma criança quando surgem situações traumáticas desencadeadas por intensificação do estresse ou por perdas significativas, em geral, nesse tipo de depressão as crianças não apresentam antecedentes de depressão familiar. Quanto à síndrome orgânica depressiva, Fichtner (1997), diz que pode ser uma reação a uma determinada enfermidade orgânica, ou a várias enfermidades sistêmicas, tendo como sintomas característicos distúrbios como déficit de atenção e hiperatividade. O autor descreve que crianças com esse tipo de depressão são, em geral, pouco agressivas, com fraquíssimo desempenho escolar, passivas, com alto nível de desatenção, baixa auto-estima, apáticas, que fogem dos desafios e que apresentam sentimentos de culpa. Também apresentam desabilidades motoras e são inábeis para o esporte. Outras vezes, como reação ao distúrbio psiconeurológico e ao sentimento de inferioridade, tornam-se agressivas, hiperativas, negativistas e apresentam sérios problemas de conduta.

A esse respeito, Ajuriaguerra (1986), enfatiza os seguintes sintomas ligados ao sofrimento depressivo em crianças em idade escolar, obediência excessiva,

submissão, distração, desleixo corporal, necessidade de punição e sentimento de culpa, e diz que a sintomatologia em crianças nessa idade costuma agrupar-se em dois pólos. Por um lado, através de manifestações diretamente ligadas ao sofrimento depressivo e, por vezes, acompanhadas de condutas autodepreciativas, autodesvalorativas ou sofrimento moral, expresso em verbalizações como, *eu não consigo, eu não sei, eu estou cansado* e, por outro lado, através da observação de condutas ligadas ao protesto e à luta contra esses afetos depressivos. O autor diz que o fracasso escolar se encontra presente em ambos os casos, acentuando a desadaptação da criança a seu ambiente e acentuando a sua crença pessoal de que é incapaz e incompetente e com isso, reforçando o sentimento de culpabilidade. Fichtner (1997), concorda com as colocações de Ajuriaguerra (1986) e acrescenta que, na idade escolar, as manifestações sintomáticas apresentam características mais próximas às evidenciadas no quadro clínico dos adultos. Face a uma maior maturidade da criança, em suas observações clínicas, o autor encontrou crianças com baixa auto-estima, auto-conceito depressivo e depreciativo e com sentimentos de culpa, de exclusão, de desvalorização e de diferenciação. Diz que tais crianças apresentam fracasso escolar em todas as matérias, são negativistas e evidenciam alto nível de distração. No ambiente escolar, apresentam problemas de conduta (não têm amigos, perambulam pelo pátio, isolam-se no recreio, não cumprem os deveres escolares e apresentam uma total falta de motivação para o estudo e para as atividades recreativas e esportivas). De acordo com o referido autor, a recusa escolar e a repetência são sintomas comuns em crianças depressivas.

Madders (1987, como citado em Ballone, 2004), diz que a sintomatologia da depressão pode estar ligada a fatores extrínsecos capazes de causar transtornos emocionais. Para verificar tais fatores, Madders desenvolveu um trabalho com crianças do curso primário e seus colegas. Dessa experiência conjunta resultou uma lista de fatos e acontecimentos importantes capazes de produzir transtornos emocionais em crianças em fase escolar. A partir de tais eventos, Madders (1987, como citado em Ballone, 2004) elaborou uma lista de gravidade relativamente decrescente, pois, o grau de importância desses eventos pode

variar de acordo com a faixa etária, quais sejam: perda de um dos pais (morte ou divórcio); urinar na sala de aula; perder-se; ser deixado sozinho; ser ameaçado por crianças mais velhas; ser o último do time; ser ridicularizado na classe; brigas dos pais; mudar de classe ou de escola; ir ao dentista ou ao hospital; fazer testes e exames; levar um boletim ruim para casa; quebrar ou perder coisas; ser diferente (sotaque ou roupas); ter um novo bebê na família; apresentar-se em público; chegar atrasado na escola. O autor constatou, a partir dessa lista, alguns fatores aflitivos do dia-a-dia dos alunos. Por exemplo, urinar na sala de aula é a segunda maior preocupação e, por comparação, um novo bebê na família aparece em 14º lugar. Isso sugere, conforme o autor que, para uma criança ou adolescente em idade escolar, as coisas que a depreciam diante de seus colegas podem provocar níveis mais elevados de frustração, estresse, ansiedade ou depressão.

Madders (1987, como citado em Ballone, 2004) considera que as variáveis ambientais, particularmente aquelas que dizem respeito ao funcionamento familiar, também podem influenciar muito a resposta das crianças e adolescentes aos estressores escolares e, conseqüentemente, ao surgimento de algum transtorno emocional. Uma das experiências ambientais mais comuns e capazes de determinar alterações emocionais nos alunos, é a separação conjugal dos pais que, na escala de Madders, vem em primeiro lugar. O autor observa que, durante os momentos difíceis da separação conjugal, tanto os pais, quanto a própria criança esperam que os professores assumam uma atitude mais compreensiva e afetuosa ao lidar com o aluno emocionalmente abalado. O autor salienta ainda que as crianças em idade escolar, são perfeitamente capazes de observar e vivenciar qualquer clima de hostilidade e animosidade entre seus pais, que durante a separação dos pais e depois dela, é freqüente que haja uma perda de auto-estima da criança o que pode levar ao isolamento social, revolta, agressividade, desatenção, enfim, alterações comportamentais próprias de um estado depressivo (típico ou atípico). Essas alterações no comportamento do aluno podem ser consideradas um aviso sobre a necessidade de ajuda e apoio. O que pode melhorar a afetividade das crianças na separação conjugal dos pais

são informações claras e honestas sobre o futuro. Mas, nem sempre os próprios pais sabem muito a esse respeito, tornando a iniciativa dos professores nesse sentido muito mais difícil.

Algumas crianças consideram a escola como um refúgio dos problemas familiares pois, tanto o ambiente escolar quanto os professores, continuam constantes em sua vida durante esse período de grande reviravolta existencial. Mesmo assim, nem sempre esses alunos aceitarão conversar a respeito das dificuldades que enfrentam em casa, neste caso, a separação, e serão as alterações em seu desempenho e comportamento que denunciarão a existência de problemas emocionais (Madders, 1987, como citado em Ballone, 2004). Madders considera que a sensação de solidão, tristeza e a dificuldade de concentração na escola, tudo isso contribui para uma depressão infantil ou na adolescência, complicando muito o inter-relacionamento pessoal e o rendimento escolar. Pode haver dificuldade de concentração, motivação insuficiente para completar tarefas, comportamentos agressivos com os colegas e faltas em excesso. Não se afasta, nesses casos, a necessidade dos professores orientarem algum ou ambos os pais para a procura de ajuda especializada para o aluno.

Quanto aos fatores envolvidos na sintomatologia da depressão, Ballone (2004) apresenta dois tipos, os fatores intrínsecos e os fatores extrínsecos, segundo o autor, os alunos podem trazer, intrinsecamente, para escola alguns problemas de sua própria constituição emocional (ou personalidade) e, extrinsecamente, podem apresentar as conseqüências emocionais de suas vivências sociais e familiares. Como exemplo de condição emocional intrínseca, o autor diz que estão os problemas psíquicos inerentes à própria pessoa, próprias do desenvolvimento da personalidade, dos traços herdados e das características pessoais de cada um. Incluem-se aqui os quadros associados aos traços ansiosos da personalidade, como por exemplo a ansiedade de separação na infância, a deficiência mental e o déficit de atenção. Incluem-se, também, os quadros associados aos traços depressivos da personalidade, como é o caso da depressão na adolescência, depressão infantil e outros mais sérios,

associados à propensão aos quadros psicóticos, como a psicose infantil, psicose na adolescência e associados aos transtornos de personalidade, entre outros.

Entre os fatores externos envolvidos com a sintomatologia da depressão, Ballone (2004), cita as dificuldades adaptativas da infância, adolescência e puberdade, o abuso sexual infantil, os problemas relativos à criança adotada, à gravidez na adolescência, à violência doméstica, aos problemas das separações conjugais dos pais, mortes na família e doenças graves, todos esses fatores relacionam-se a sintomas como, queda no rendimento escolar, baixo nível de eficiência, condutas fóbicas, em particular a fobia escolar, que pode estar encobrendo um temor de afastamento do convívio familiar ou de abandono (Ballone 2004).

### ***A importância de um olhar crítico e atencioso sobre o contexto escolar e o tema da depressão infantil***

Ao longo de sua história, a escola foi impondo exigências ao mesmo tempo em que foi se abrindo para um maior número de crianças, aumentando as taxas de escolarização, o que como consequência, implicou em inúmeros processos de inadaptação (Fonseca, 1995). Esse autor faz referência ao uso abusivo pela escola, de métodos e correntes pedagógicas que vigoram como sendo um modismo de uma determinada época. Em decorrência disso, as escolas acabam por desconsiderar a espontaneidade, curiosidade e criatividade das crianças. Fonseca (1995) salienta que quando os métodos se tornam ineficazes para a maioria, rapidamente são substituídos por outros métodos e com isso criam-se processos de seleção e segregação para outras crianças. Dessa forma, Fonseca (1995) diz que as crianças não podem continuar a ser vítimas de métodos, por mais populares que sejam. É necessário ajustar as condições de aprendizagem da criança, através de estudos aprofundados de seu desenvolvimento biopsicossocial, às exigências de ensino inerentes ao professor e ao sistema educacional, bem como esse sistema valorizar a forma com que essas crianças

aprendem no intuito de prevenir o aparecimento de problemas emocionais, como a depressão. Se os problemas emocionais se manifestarem, a escola deve ter meios de intervenção eficazes e coerentes que priorizem a minimização ou a extinção desses problemas.

De acordo com Hübner e Marinotti (2000), muitos dos problemas emocionais, dentre eles a depressão, são verificados em crianças em idade escolar. Esses problemas podem ser decorrentes, em parte, de contingências em sua história de vida e, em parte, de transtornos de aprendizagem. O agravamento dessa condição pode estar num ambiente escolar que não reconhece ou valoriza a legitimidade de outros recursos de raciocínio que não os previstos no planejamento ou no material didático. Essa situação aponta para o fato de que, a escola não dispõe de procedimentos para avaliação do repertório individual de solução de problemas e não aproveita os eventuais recursos ou habilidades que a criança apresenta. As autoras alertam que essa situação, para crianças com transtornos de aprendizagem como TDAH (Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade), síndromes neurológicas variadas, depressão, fobia escolar, ansiedade de separação, se torna ainda mais grave, pois, além de serem sistematicamente punidas por não chegarem ao resultado esperado, deixam de ser reforçadas por habilidades produtivas que possam exibir. Hübner e Marinotti (2000) dizem que as conseqüências prejudiciais desse processo ocorrem em duas esferas: do ponto de vista motivacional, a criança vai se tornando progressivamente desinteressada e descrente de sua capacidade de aprender; e cognitivamente, habilidades que poderiam ser utilizadas de forma produtiva vão sendo extintas. É de grande importância, segundo as autoras, reconhecer que quadros infantis correlatos à problemas emocionais, fazem com que as crianças fiquem tão envolvidas por seu sofrimento emocional que não conseguem se ater às atividades pedagógicas, isso, quando não deixam de freqüentar a escola (Hübner & Marinotti, 2000).

A problemática envolvendo depressão infantil e contexto escolar é tão grave e importante que alguns estudiosos vêm se debruçando sobre o tema com especial cuidado e atenção. Pesquisas têm sido implementadas no intuito de se



verificar a abrangência desse problema e, com isso, buscar formas interventivas e preventivas. Andriola e Cavalcante (1999), em uma pesquisa que objetivou avaliar a depressão em alunos da pré-escola, verificaram que 3,9% das crianças em idade escolar têm sintomas indicativos de prevalência à depressão, o que está na mesma faixa percentual encontrada pelos estudos da *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (1996, como citado em Andriola & Cavalcante, 1999), que giram em torno dos 5,0% e de Barbosa e Gaião, (1996), cujos valores encontram-se entre 3,0% e 6,0%. Outra pesquisa como a efetivada por Dias (1996, como citado em Andriola & Cavalcante, 1999) relacionada a sintomatologia da depressão em ambiente escolar, conclui que é significativo o número de sujeitos que apresentam sintomas ligados à depressão infantil e aponta para a necessidade de se traçar um perfil epidemiológico da depressão, dada a alta frequência de ocorrência desse fenômeno na população infantil pesquisada. Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995), utilizaram, em seus estudos, como instrumento de avaliação da depressão em escolares o *Children Depression Inventory* (CDI) e chegaram a conclusão de que variáveis como tipo de escola e escolaridade, bem como, sexo e idade, não influenciaram, significativamente, os escores dos respondentes, entretanto, ressaltam que a escola é um local bastante favorável à realização de estudos epidemiológicos em crianças, visto que o comportamento depressivo na infância ocorrerá, provavelmente, no contexto educacional e concordam com Barbosa e Lucena (1995), que apontam o baixo rendimento escolar como um dos primeiros sinais do surgimento de um possível quadro depressivo.

De acordo com os estudos mencionados que revelam ser a depressão um fenômeno freqüente entre a população infantil, torna-se importante um olhar, senão crítico, atencioso, sobre o contexto escolar que se torna palco para muitas das manifestações de problemas emocionais, sobretudo o da depressão na infância.

## ***Tratamento da depressão infantil***

Alguns autores (Ajuriaguerra, 1986; Friedberg & McClure, 2004; Miller, 2003; Miyazaki, 2000) salientam a importância de se combinar avaliação e tratamento em casos de depressão.

Quanto ao tratamento da depressão, Miller (2003), afirma que um programa de orientação aliado à medicação é a abordagem mais eficaz, e explica que essa associação torna mais rápida a obtenção dos resultados favoráveis. O tratamento em longo prazo é eficaz para os aspectos cognitivos e de desenvolvimento. Entretanto, ganhos relativamente mais imediatos são obtidos com o tratamento concomitante de antidepressivos e terapia, uma vez que, somente os remédios, não ensinam as crianças formas novas e mais eficazes se comportar para evitar novos quadros depressivos.

Friedberg e McClure (2004) ressaltam que algumas crianças deprimidas, sobretudo aquelas com depressão aguda ou com sintomas depressivos que não apresentam melhora somente com a psicoterapia, devem ser encaminhadas para uma avaliação com um psiquiatra infantil ou médico da família no sentido de verificar a necessidade de aliar um tratamento medicamentoso à terapia. Esses autores dizem que é importante orientar os pais da criança quanto ao uso de medicamentos antidepressivos a fim de minimizar a ansiedade, evitar equívocos e aumentar a probabilidade de adesão ao tratamento.

De acordo com Miller (2003) o tratamento medicamentoso prescrito por profissionais da área médica deve basear-se na gravidade e duração dos sintomas e na impossibilidade de aliviá-los somente com orientação terapêutica. Assim, inclui medicamentos antidepressivos classificados em três grandes grupos, quais sejam: a) antidepressivos tricíclicos (TCAs); b) inibidores de monoamina oxidase (IMAOs) e c) inibidores de reabsorção serotonina-específico (IRSEs).

Os TCAs são bastante comuns no tratamento da depressão infantil e incluem a amitriptilina (Elavil), doxepin (Sinequan), trazodona (Desyrel), imipramina (Tofranil), desipramina (Norpramin), nortriptilina (Pamelor) e

clomipramina (Anafranil). Os antidepressivos tricíclicos não produzem baixa imediata dos sintomas, são caracterizados por uma demora na resposta clínica evidenciada pela latência entre o começo do tratamento e o alívio inicial dos sintomas. Conforme Miller (2003), essa demora se deve ao fato de a dosagem ser ministrada gradualmente, de doses pequenas para doses maiores dependendo da idade da criança e da gravidade dos sintomas, com a finalidade de evitar os efeitos colaterais. Segundo o autor, há vários problemas com os TCAs além do tempo que a droga leva para agir o que, muitas vezes, leva o paciente a desistir de utilizar o medicamento. Outra falha apresentada pelo autor, em relação aos TCAs, diz respeito aos diversos efeitos colaterais como tonturas e risco de problemas cardíacos. Dessa maneira o uso desses medicamentos impõe uma rotina que prevê controle da concentração plasmática da droga, através de amostra de sangue, eletrocardiograma para o controle cardíaco e atenção à pulsação e pressão sangüínea. Essas situações podem resultar em abandono do medicamento, principalmente pelas crianças (Miller, 2003).

Os inibidores de monoamina oxidase (IMAOs) são utilizados no tratamento da depressão desde 1950, entretanto, por terem efeitos colaterais múltiplos não são prescritos com freqüência e sua administração somente é indicada se os antidepressivos dos dois outros grupos, TCAs ou IRSEs, demonstrarem ineficácia. Por esse motivo, são considerados a terceira linha de defesa contra a depressão (cf. Miller, 2003). O IMAO freqüentemente utilizado para a depressão é a fenelizina (Nardil), e tem como efeitos colaterais hipotensão, taquicardia, sudorese, tremor, náusea e insônia. Miller (2003), diz que o paciente que fizer uso de IMAOs deverá seguir uma dieta alimentar rígida que elimine a ingestão de tiramina, um aminoácido presente em alguns alimentos, a fim de evitar um ataque de hipertensão.

Os inibidores de reabsorção serotonina-específico (IRSEs) incluem a fluoxetina (Prozac), paroxetina (Paxil), sertalina (Zoloft), nefazodona (Serzone), bupropion (Wellbutrin), venlafaxina (Effexor) e fluvoxamina (Luvox). Os IRSEs compõem uma classe relativamente nova de antidepressivos e demonstram grandes vantagens sobre os TCAs e IMAOs tais como, uma eficácia maior com

uma redução significativa dos efeitos colaterais ou riscos provocados pelos TCAs e IMAOs, uma margem abrangente de segurança caso haja ingestão acidental ou *overdose*, baixa cardiotoxicidade e não causam sedação, uma vez que são estimulantes. Por esse motivo, recomenda-se a ingestão pela manhã a fim de que não interfiram no sono (cf. Miller, 2003). Apesar de serem mais apreciados por suas características menos tóxicas, podem apresentar alguns efeitos colaterais como dor de cabeça, náusea, zumbidos no ouvido, insônia e nervosismo (Miller, 2003).

Miller (2003) lista outros medicamentos bastante utilizados no tratamento da depressão. Há o tratamento homeopático com a milfurada, um medicamento natural de origem vegetal encontrado no Chile, nos Estados Unidos e na Europa. Estudos sobre a eficácia da milfurada no tratamento da depressão em adultos têm demonstrado que é uma droga segura. Entretanto, Miller (2003) adverte que, apesar de ser segura, o uso da milfurada deve ser criterioso, pois não foram realizados estudos sobre a eficácia e segurança da droga em crianças. Outro ponto importante, segundo o autor, diz respeito aos efeitos colaterais como fotossensibilidade (sensibilidade excessiva à luz), porém ainda não se estabeleceu a intensidade com que se apresentam. Por fim, Miller (2003) diz que medicamentos, mesmo os naturais, devem ser prescritos por um médico que irá diagnosticar o tipo de depressão, sua gravidade e o tratamento medicamentoso mais adequado para o caso em questão.

Outro medicamento bastante utilizado é o carbonato de lítio, preferido para o tratamento do distúrbio bipolar. Miller (2003) diz que o lítio é freqüentemente utilizado para tratar crianças que apresentam comportamento agressivo, instabilidade emocional ou depressão. O autor alerta para o monitoramento contínuo através de exames de sangue. Como o lítio é um sal, é contra indicado para pacientes com doenças renais, da tireóide ou que correm risco de desidratação ou desequilíbrio eletrolítico.

Ajuriaguerra (1986), sobre o tratamento da depressão, salienta que a intervenção medicamentosa é útil, sobretudo, quando a psicoterapia se mostra temporariamente impedida. Entretanto, segundo o autor, o efeito do medicamento

isoladamente, se mostra ineficaz e transitório. Para ele, a instalação de uma psicoterapia é fundamental, pois instrumentaliza a família e a criança a lidar melhor com os episódios depressivos. De acordo com o autor, diante da criança depressiva, a abordagem terapêutica pode recair sobre a criança e seu ambiente, incluindo, além do ambiente familiar, o ambiente social, o ambiente hospitalar em caso de internação e o ambiente escolar.

Friedberg e McClure (2004) consideram que a escolha da intervenção deve levar em consideração a idade da criança, o seu nível de desenvolvimento cognitivo, a gravidade da depressão e as habilidades que a criança demonstra. Chamam a atenção para a importância de uma avaliação abrangente que contemple informações da criança, dos pais, de professores e de outras pessoas que convivam com ela.

Miyazaki (2000) concorda com essas considerações e diz que a avaliação inicial auxilia de diversas maneiras, pois permite uma melhor compreensão do problema, um melhor delineamento da intervenção e uma estimativa do impacto que essa terá sobre o tratamento. Além disso, o autor ressalta a importância de uma avaliação contínua para identificar a necessidade de modificação do tratamento original. Considera que são importantes os dados acerca das dificuldades e características positivas e negativas da criança, obtidos através de entrevistas com a própria criança, seus pais e pessoas significativas para ela, como avós e professores e através da observação do comportamento em diversos ambientes, revelando um conjunto de situações que podem ter um impacto negativo sobre o tratamento.

Silvares e Gongora (1998) dizem que é fundamental a entrevista com pais e professores e outras pessoas significativas do meio da criança, além da própria criança encaminhada para o atendimento clínico, pois é através dessa entrevista que será possível direcionar o trabalho e obter informações importantes sobre o problema. As autoras enumeram seis pontos principais que justificam a necessidade da utilização da entrevista quais sejam: a) em geral, são os pais e professores que encaminham a criança para o tratamento psicológico, uma vez que elas não procuram o tratamento por si só; b) outros fatores, além do

comportamento da criança, podem estar envolvidos como problemas conjugais dos pais, depressão de um dos familiares, nível sócio econômico da família e percepção inadequada dos pais sobre a criança; c) faltam à criança recursos suficientes, sejam cognitivos ou de linguagem, para compreender o problema que apresenta, a dimensão que esse toma em sua vida, o que o mantém e como alterá-lo, a fim de alcançar a solução; d) as crianças freqüentemente apresentam uma inconsistência comportamental em diferentes lugares, essa informação pode ser obtida com as pessoas que convivem com elas em diferentes ambientes; e) há, geralmente, uma dissonância entre os pais e a criança acerca do problema em questão o que prejudica o desenvolvimento do trabalho conjunto entre psicólogo, família, escola e a criança. A entrevista pode esclarecer os fatos e contribuir para a diminuição da dissonância; f) como o trabalho psicológico prevê mudanças ambientais na casa da criança, na escola e em outros ambientes de sua convivência, a ajuda de pais, professores e outros agentes sociais é de extrema importância. É, justamente esse envolvimento do psicólogo com os diversos agentes sociais da criança que será o ponto principal que torna o processo diagnóstico e terapêutico diferente do mesmo processo no adulto (Silvares & Gongora, 1998).

### ***O tratamento da depressão infantil no contexto clínico: a psicoterapia comportamental infantil (PCI)***

Miller (2003) enfatiza que há diversos tipos de psicoterapia utilizadas para o tratamento de crianças depressivas em contexto clínico. Destaca que cada tipo possui suas peculiaridades como o corpo teórico em que se fundamentam e um conjunto de técnicas que visam à melhora dos sintomas depressivos. Além disso, visam, também, a capacitação da criança para enfrentar as adversidades, evitando a reincidência dos episódios depressivos. O autor cita como eficazes para o tratamento da depressão a psicoterapia psicodinâmica, que tem como objetivo propiciar a compreensão dos motivos e necessidades inconscientes que influenciam o comportamento; a psicoterapia cognitiva que visa a identificação das

interpretações equivocadas e reações exageradas por parte da criança que podem levar a interpretações depressivas; e a psicoterapia comportamental que engloba diversas técnicas e considera que os comportamentos tendem a se manifestar em função de seus antecedentes e conseqüentes.

Além dessas psicoterapias, Miller (2003), diz ser importante a terapia com brincadeiras (ludoterapia), uma vez que brincar para a criança, equivale a falar para um adulto. Por meio da ludoterapia, a criança expressa seus sentimentos e suas dificuldades e permite ao terapeuta construir uma relação que se torna a base para a identificação de objetivos, planejamento de intervenções e de soluções para os problemas. A terapia com brincadeiras não pertence a uma linha teórica exclusiva e é utilizada em diversas clínicas (Miller, 2003).

A Psicoterapia Comportamental Infantil (PCI), segundo Gadelha e Menezes (2004), tem se mostrado uma área de atividade clínica que beneficia tanto a criança, quanto sua família e favorece as interações sociais. As autoras salientam que, a partir do momento em que a PCI se firmou como modelo psicoterápico, a criança passou a ter seus comportamentos analisados funcionalmente. Seus eventos privados passaram a ser considerados a partir de seus próprios relatos e não somente levados em consideração a partir das impressões de outras pessoas de seu convívio.

Ao referir-se às teorias comportamentais da depressão, Miller (2003) diz que “estas se concentram no papel do aprendizado, na compreensão da diligência humana e no comportamento manifesto, bem como na modificação do comportamento” (p. 71).

A respeito da PCI e da modificação do comportamento, Silvaes (2000) considera que a PCI é uma atividade profissional clínica reconhecidamente diferente da modificação do comportamento infantil. Salienta que a modificação do comportamento caracterizava-se por tentar extrapolar o uso do método experimental e dos princípios de aprendizagem para a solução de problemas apresentados pelas crianças com distúrbios de hábito e excessos ou déficits comportamentais. Quanto à PCI, Silvaes (2000) afirma que ainda hoje utilizam-se muitas das formas recomendadas anteriormente na modificação do

comportamento, embora não do mesmo modo. A autora diz que especificar os antecedentes e os conseqüentes dos comportamentos ajuda a levantar hipóteses sobre as possíveis funções tanto do comportamento, como dos estímulos e a identificar se o comportamento pode ou não estar sensível às contingências. Especificar as situações em que eles ocorrem favorece também a análise do contexto e dos tipos de controle de estímulos presentes. Dessa forma, Silvaes (2000) acredita que a PCI atual trouxe benefícios adicionais aos terapeutas, que se somaram aos anteriores. A PCI está mais calcada nos conhecimentos conceituais e filosóficos do behaviorismo radical, enquanto que a modificação do comportamento pura e simples estaria mais fundamentada no behaviorismo metodológico, com seus métodos, medidas e estratégias comportamentais na prática clínica (Silvaes, 2000).

A análise de padrões comportamentais e a descrição de contingências são aspectos que terapeutas, analistas do comportamento, consideram relevante para a compreensão do caso clínico. Na PCI, o terapeuta deve direcionar a intervenção no sentido de descrever e analisar os comportamentos e a função que exercem nos diversos contextos em que a criança se inclui, seja no contexto familiar, escolar ou social (Moura & Azevedo, 2000).

De acordo com Vasconcelos (2001), a PCI dedica-se à promoção da construção de repertório comportamental na criança possibilitando, entre alguns benefícios, uma maior adaptação social e um melhor rendimento acadêmico. Outra questão apresentada pela autora é a que se refere a prevenção. Vasconcelos (2001) diz que o terapeuta deveria atuar, de forma preventiva, em questões como a entrada da criança para a escola, na mudança de uma escola para outra e na transição de uma série para outra, como a passagem da 4ª para a 5ª série. Todas essas questões, para a autora, constituem eventos geradores de conflitos emocionais, ansiedade e forte tensão, que podem levar a comportamentos depressivos ou opositivos.

Vasconcelos (2001) chama a atenção para uma problemática relacionada à PCI, que na opinião da autora, estaria mais preocupada com a incorporação de conceitos e pressupostos de diferentes áreas, como a psicopatologia e a



psicologia do desenvolvimento do que com os princípios da análise do comportamento. Segundo a autora, a PCI tem negligenciado os princípios operantes voltados para a prevenção e tratamento de crianças em diversos aspectos, entre eles, os acadêmicos e os que dizem respeito à comportamentos depressivos.

A partir desse ponto de vista, Vasconcelos (2001) sugere uma integração entre a pesquisa e a aplicação da análise do comportamento para um efetivo desenvolvimento da terapia analítico-comportamental infantil.

A Psicoterapia Comportamental Infantil (PCI), utiliza-se de brincadeiras e jogos como estratégias lúdicas em sua prática clínica com crianças. Skinner (1991), embora não tenha se debruçado extensamente sobre o repertório comportamental envolvendo o lúdico, estabeleceu quais contingências estariam envolvidas com o comportamento de brincar e jogar. Assim, segundo ele, os jogos implicam no estabelecimento de regras e o comportamento de brincar não estaria somente controlado pelo ambiente social, como nos jogos.

Silveira e Silvaes (2001) afirmam que, tanto o jogar como o brincar propiciam condições para a aprendizagem. Segundo as autoras, as atividades lúdicas na PCI contribuem para a diminuição das relações repressoras e constrangedoras, como a ridicularização, na relação da criança com seus pais, professores ou colegas. Contribuem, também, para o desenvolvimento de habilidades e a promoção de comportamentos de interesse clínico durante as sessões.

Gadelha e Menezes (2004), sobre estratégias lúdicas na relação terapêutica, reconhecem a importância que essa forma alternativa de expressão representa para o terapeuta na formação do vínculo com a criança, na obtenção de elementos envolvidos com as variáveis que controlam o seu comportamento, na obtenção de dados sobre como a criança se sente em relação a si mesma e como se relaciona com as pessoas de seu meio social, bem como, na identificação das formas aprendidas pela criança sobre como resolver problemas.

Partindo dos dados obtidos através da escolha de uma estratégia lúdica específica, será possível ao terapeuta fazer uma análise funcional do problema e

determinar a forma como tais dados poderão ser utilizados para a melhora na aquisição de comportamentos sociais e nas interações sociais da criança. Outro ganho significativo para o terapeuta ao utilizar estratégias lúdicas, é o de que estas possibilitam o treino de solução de problemas do dia-a-dia, o desenvolvimento de habilidades e da autoconfiança e o favorecimento da concentração e do relaxamento (Gadelha & Menezes, 2004).

Para a criança o lúdico representa uma outra forma de expressar seus sentimentos, que não a verbal. É uma forma natural, própria da criança que a utiliza para, além de relatar seus sentimentos, descrever comportamentos e acontecimentos importantes de sua vida (Gadelha & Menezes, 2004).

A dificuldade apresentada por crianças de expressar emoções de forma verbal é consenso entre diversos autores (Miller, 2003; Silvaes & Gongorra, 1998; Ballone, 2004; Ajuriaguerra, 1986; Gadelha & Menezes, 2004; Moura & Azevedo, 2000). Expressividade emocional implica em mostrar sentimentos verdadeiros de forma franca e honesta. Para os adultos com um repertório verbal mais abrangente do que o infantil, nomear seus sentimentos e descrevê-los é uma tarefa difícil. Para uma criança, especialmente as que apresentam déficits como retraimento, timidez, comportamento depressivo ou excessos comportamentais como agressividade e impulsividade, assim como queixas somáticas, pode ser extremamente difícil. Essa dificuldade, normalmente é identificada como uma inabilidade em identificar e lidar adequadamente com os próprios sentimentos frente às situações da vida. Assim, um treinamento clínico adequado, que inclua estratégias lúdicas que possibilitem a discriminação e expressão de sentimentos pela criança é de grande valia para o sucesso da terapia (Moura & Azevedo, 2000).

Gadelha e Menezes (2004) e Moura e Azevedo (2000), afirmam que o brincar é altamente reforçador para a criança e estimula sua participação efetiva nas atividades propostas. Além disso permitem uma aprendizagem mais funcional quanto a resolução de problemas disfuncionais e indesejáveis como chorar, xingar ou tremer. A grande importância do brincar está no fato de que, através desse recurso, a criança pode analisar seu próprio comportamento inadequado e

modificá-lo para outro mais desejável. Para isso, partem a princípio da busca de alternativas para os problemas dos personagens que criam para, posteriormente, aplicarem essas soluções à situações de sua própria vida (Guerrelhas, Bueno & Silvares, 2000; Regra, 2000, como citados em Gadelha & Menezes, 2004).

A respeito da resolução de problemas, Skinner (1953, como citado em Nico, 2001), diz que: “Há situações nas quais manipulamos variáveis para alterar a probabilidade de uma resposta que não pode ser identificada até que seja emitida” (p. 245). Dessa forma, uma situação problema é aquela para a qual o indivíduo não tem resposta que produza reforço. O importante é entender que essa resposta faz parte do repertório do indivíduo, e ele apenas não a emite por não identificá-la (Nico, 2001). Ao brincar, a criança repete com os brinquedos a situação problema que vivencia e com isso manipula as variáveis envolvidas com o problema. Essas variáveis funcionam como estímulos que levam a criança à resposta solução. Sendo assim, o aparecimento da solução é, simplesmente, a relação entre a manipulação de variáveis e a emissão de uma resposta que é a solução (Nico, 2001).

Tomando como base o que Skinner (1953, como citado em Nico, 2001) diz sobre o compromisso educacional ser voltado à formação para o futuro, é possível aplicá-lo à prática clínica em que o psicoterapeuta irá preparar a criança para chegar a emissão de respostas certas sob novas contingências sem o auxílio da terapia. Segundo o autor, será o próprio sujeito, no caso a criança, que chegará às respostas adequadas em momentos posteriores. Dessa forma será a própria criança, ao brincar, que manipulará as contingências na busca de soluções para os problemas e a partir daí aplicá-las a outras situações de sua vida, no presente e no futuro.

### ***O tratamento da depressão infantil no contexto escolar: sugestões de intervenções e mudanças na escola***

A escola é a maior instituição de socialização da criança, com importantes interações sociais entre aluno-aluno e aluno-professor. O entendimento desse fato

relevante, torna importante a consideração desse ambiente sob todos os aspectos, sejam os inerentes aos alunos e seus problemas de aprendizagem, emocionais, adaptativos ou de competência social, sejam os que se referem aos professores e suas interações com os alunos e o próprio ambiente escolar ou sejam os referentes ao sistema de ensino (Vasconcelos, 2001).

Hübner e Marinotti (2000) consideram que o ingresso da criança na escola se dá logo após um período em que suas interações, praticamente, se reduzem ao círculo familiar. Assim, os padrões comportamentais desenvolvidos e aprendidos a partir desse ambiente constituirão o repertório que a criança levará para a escola.

Essas autoras salientam que muitas das dificuldades, das adaptações, problemas emocionais e de aprendizagem, são decorrentes, em parte, de contingências inadequadas oriundas do ambiente familiar, principalmente no que se refere a interações sociais e aceitação de normas e regras. E em parte, decorrente das exigências escolares que, em geral, não levam em consideração as diferenças individuais. Com base nisso, a escola pode contribuir com esses problemas, tornado-se um ambiente aversivo. Nesse caso, os comportamentos de esquiva são fortalecidos, o equilíbrio emocional da criança fica prejudicado e a aprendizagem, como um evento reforçador, fica bastante dificultada. Porém, se o ambiente escolar for acolhedor e a criança for avaliada levando-se em consideração seu repertório individual e sociocultural, sua adaptação a esse novo meio pode acontecer sem maiores transtornos (Hübner & Marinotti, 2000).

Como intervenção para problemas emocionais em ambiente escolar, Hübner e Marinotti (2000), sugerem o atendimento psicoeducacional. Segundo elas, esse atendimento consiste, a princípio, em construir com a criança um repertório mais funcional, que constitua uma ligação entre seu nível de desempenho atual e a exigência escolar. Inclui, também, uma intervenção emocional junto à criança, a fim de verificar as causas de seu comportamento e quais eventos podem estar envolvidos com a manutenção dos sintomas. Por fim, sugerem uma intervenção voltada para o conteúdo pedagógico ao qual a criança está submetida, e dizem que modificações e adaptações nesse conteúdo podem ser necessárias, a fim de torná-lo mais atraente para a criança.

Vasconcelos (2001), sobre a depressão infantil e suas manifestações na escola, diz que estados depressivos levam a uma redução de reforçamento e impedem a criança de investir em novas estratégias para lidar com o problema. A autora relaciona os comportamentos depressivos de crianças à competência social e diz que, em geral, essas crianças são avaliadas pelos seus colegas e professores como menos populares, menos interativas, menos assertivas e tendendo ao isolamento. Salaria que é difícil, aos professores, diferenciar comportamentos depressivos de outras dificuldades escolares, como dificuldades de concentração ou déficit no desempenho acadêmico. Sugere um investimento em pesquisas que desenvolvam procedimentos possíveis de serem utilizados por professores em contexto escolar e que visem uma melhora do desempenho das crianças e dos próprios professores (Vasconcelos, 2001).

Hübner e Marinotti (2000) salientam que, geralmente, a escola pressupõe que o aluno desperte para a aprendizagem e que é responsabilidade do professor proporcionar situações estimuladoras para a ocorrência desse despertar. Nesse sentido, a função do profissional de educação que lida com alunos com comportamentos disfuncionais ou não, é o de criar formas interventivas que diminuam os problemas, tanto de aprendizagem quanto emocionais, tornando a aprendizagem reforçadora. Essa exigência imposta pela escola pode desencadear alto nível de estresse nos professores e prejudicar as interações com os alunos (Hübner & Marinotti, 2000).

Fonseca (1995) defende o princípio de que um investimento qualitativo na capacitação e formação dos professores para lidarem com crianças que apresentam algum tipo de comportamento disfuncional, seria a solução para a diminuição de grande parte dos problemas enfrentados pelas escolas atualmente. E alerta que, muitas vezes, os professores sentem-se despreparados para intervir de forma eficaz diante de uma criança agressiva ou retraída.

Nessa mesma linha, Cordié (1996) diz que as dificuldades que os professores relatam em relacionar dificuldades escolares e problemas emocionais, acontece porque esses não conseguem fazer a ligação entre o fracasso e o sofrimento psíquico da criança, e aponta algumas razões para isso: a crença pelo

professor de que rendimento intelectual independe do desenvolvimento afetivo; professores que ultrapassam a ajuda construtiva e passam a nutrir uma relação superprotetora que nada ajuda a criança; e as altas exigências de desempenho impostas pelas escolas, tanto aos professores quanto aos alunos, que geram ansiedade e estresse.

Cordié (1996) diz que a resistência dos professores em abordar as dificuldades psicológicas de seus alunos deve-se, em parte, ao sistema educativo que lhes impõe o sucesso dos alunos como uma conseqüência de suas qualidades pedagógicas. Dessa forma quando uma criança fracassa ou apresenta algum distúrbio comportamental como agressividade, isolamento, agitação ou estado depressivo, o professor pode ser culpabilizado, sentir-se culpado ou culpabilizar a criança.

Assim o tratamento da depressão infantil em ambiente escolar, está relacionado a um investimento no preparo de professores a fim de capacitá-los a identificar quais comportamentos são disfuncionais, a levantar o repertório infantil relativo às habilidades acadêmicas e cognitivas relevantes para as dificuldades apresentadas e identificar as características emocionais da criança, estímulos e esquemas de reforçamento aos quais responde e como respondem às exigências escolares (Hübner & Marinotti, 2000; Fonseca, 1995).

Os problemas de aprendizagem e emocionais manifestos em ambiente escolar, têm sido estudados segundo a Análise do Comportamento. Hübner e Marinotti (2000) salientam que esses estudos não se limitam somente em explicar tais eventos, mas em propor estratégias interventivas que vêm se mostrando cada vez mais eficazes. O planejamento de estratégias interventivas na escola, envolve a prevenção em três níveis específicos: a) *prevenção primária*, caracterizada pelo conjunto de ações que visam a redução de novos casos de problemas comportamentais, através de procedimentos psicoeducacionais; b) *prevenção secundária*, que envolve a redução da duração ou severidade dos problemas comportamentais, a fim de que as intervenções se dêem tão logo sejam identificados os problemas; c) *prevenção terciária*, que inclui tentativas de redução das conseqüências a longo prazo dos problemas já estabelecidos (Hübner &

Marinotti, 2000). Dessa forma, o trabalho preventivo em ambiente escolar poderia se dar seguindo esses três níveis.

Em casos como o da depressão infantil manifesta em contexto escolar, a prevenção poderia se dar com a finalidade de possibilitar estratégias que minimizassem o aparecimento desse problema. Como por exemplo, criando situações em que as crianças pudessem aprender a identificar e expressar seus sentimentos, bem como, treinar soluções para problemas cotidianos, através de brincadeiras de dramatização, confecção do livro dos sentimentos, jogos de tabuleiro como *Cara a Cara* ou outros jogos de interesse da criança. Possibilitar situações em que fosse possível à criança desenvolver habilidades, autoconfiança e concentração, através de atividades cotidianas que fossem reforçadoras, e jogos pedagógicos que permitissem a dessensibilização da criança com relação a estímulos qualificados como aversivos, como por exemplo, dificuldade com a tabuada. O favorecimento da formação de vínculo, entre a criança, seus colegas e professores, é de grande importância para um melhor ajustamento da criança ao ambiente escolar. Para isso quaisquer estratégias lúdicas podem ser adotadas, desde que sejam reforçadoras para a criança (Gadelha & Menezes, 2003; Moura & Azevedo, 2000).

Vasconcelos (2001), ao considerar os problemas acadêmicos, observa a importância da mudança de um modelo educacional de grupo para um modelo individual. Para tanto, seria necessário realçar, não somente a precisão das respostas acadêmicas mas, também, a fluência, a manutenção e generalização das respostas e estímulos, a partir da história individual da criança. A autora salienta que dessa forma, será possível avaliar o contexto escolar, o engajamento e os comportamentos acadêmicos do aluno e do professor, as variáveis relacionadas à escola e, com isso, propor estratégias curriculares que possam promover um bom rendimento em diferentes áreas.

Nesse sentido as estratégias lúdicas são de grande valia para a escola, pois o brincar pode ser uma oportunidade para modificar vários repertórios da criança. Cada repertório modificado estabelece a possibilidade de acesso a novos ambientes, que irão originar novos comportamentos e novas competências. Isso

possibilita um melhor desenvolvimento e aprendizagem pela criança (Rose & Gil, 2003).

Esses autores afirmam que o lúdico pode ser empregado em situações de ensino e aprendizagem e que, ao brincar, as crianças estão expostas a um ambiente favorável ao desenvolvimento de um repertório instrucional versátil. Segundo eles, a brincadeira como procedimento interventivo, propicia a aquisição não somente de aprendizagem à nível acadêmico mas, também, permite a aquisição de comportamentos sociais por indivíduos normais ou portadores de deficiências diversas (Rose & Gil, 2003).

Hübner e Marinotti (2000) concordam com esses autores quanto a eficácia das estratégias lúdicas, tanto para crianças com problemas, quanto para as que não os possuem. Relatam que em suas experiências clínicas e pesquisas, as situações de aprendizagem e resolução de problemas que envolvem diferentes formas de abordagem, tendem a ser as mais utilizadas pelas crianças, pois são as que apresentam maior facilidade de memorização visual ou auditiva.

Gadelha (2003) em um estudo sobre o fortalecimento e generalização de comportamentos sociais de crianças com deficiência auditiva, focalizou a identificação de comportamentos disfuncionais e o fortalecimento dos comportamentos sociais funcionais, através de treino de comportamentos sociais associado à manipulação de variáveis que podem facilitar a ocorrência de generalização pós-treino (TCSG) e o treino de comportamentos sociais (TCS). Verificou que: “esses procedimentos de treino, mostraram-se eficientes para o fortalecimento de comportamentos sociais funcionais, para a diminuição dos comportamentos disfuncionais e para a generalização desses efeitos para o contexto escolar” (p. 100).

Assim, partindo dos resultados obtidos com esse estudo de Gadelha (2003), outra sugestão interventiva para problemas de aprendizagem e problemas emocionais como o da depressão infantil em ambiente escolar, poderia incluir estratégias de treino que modelassem os comportamentos disfuncionais, tornando-os mais funcionais. Com isso, por generalização, a criança poderia



ampliar seu repertório para outras situações similares de sua vida o que implicaria em ganhos, tanto para a criança quanto para a escola.

Numa perspectiva semelhante, encontra-se a definição de educação por Skinner (1953, como citado em Nico, 2001) que prevê: “o estabelecimento de comportamentos que serão vantajosos para o indivíduo e para outros em algum tempo futuro” (p. 402).

Essa definição levanta questões importantes referentes à educação, uma delas é a que diz respeito ao estabelecimento de comportamentos que devem ser vantajosos para todos, indistintamente, além do próprio indivíduo. Outra questão relevante é a que se refere à formação para o futuro, assim, não basta que a educação seja vantajosa para o indivíduo e para o grupo, se essas vantagens forem apenas imediatas, visando o momento presente (Nico, 2001).

Tomando como base esse último aspecto, seria interessante questionar quais contingências de ensino são planejadas pelas escolas, a fim de aumentar a probabilidade de que o repertório comportamental funcional adquirido, se estenda a outras ocasiões e situações presentes e futuras. Portanto, além de preparar o aluno para se comportar adequadamente no presente e, também, no futuro, as escolas deveriam prepará-los para comportarem-se adequadamente sob contingências novas e imprevisíveis (Nico, 2001).

## CONCLUSÃO

O presente trabalho objetivou apresentar algumas questões relevantes a serem consideradas no estudo da depressão infantil e suas manifestações em diversos contextos e, especialmente, no contexto escolar. Para tanto, considerou-se o tema depressão e as variáveis envolvidas com sua ocorrência.

Deste estudo concluiu-se que o conceito de depressão, ao longo do tempo, foi redefinido conforme foram se aprofundando os estudos sobre o tema. Assim, de um sintoma relacionado à bile negra nos fluidos do corpo e classificado como melancolia, a depressão na atualidade passou a ser vista como um sintoma produzido por contingências históricas e atuais de punição ou de extinção (Gadelha-Sarmet, 2005, comunicação pessoal). No entanto, observa-se ainda grande variação conceitual na literatura, o que pode contribuir para a dificuldade de compreensão do fenômeno. Desse modo, são recomendáveis novos estudos e análises sobre a depressão, suas causas e conseqüências visando delimitar o uso desse conceito.

Uma das questões relevantes suscitada a partir deste trabalho, é a que se refere ao diagnóstico da depressão, que em geral, está baseado nos critérios do DSM-IV e do CID 10. Esses manuais são úteis, entretanto, partem de uma análise meramente sintomática e pré-catalogada que por si só, não é suficiente para explicar todos os aspectos envolvidos na depressão. Assim, faz-se necessário um diagnóstico atento, que contemple o indivíduo e as contingências sociais com as quais ele está envolvido para, só então, afirmar que trata-se de um quadro depressivo, ou de um quadro semelhante como os disfóricos, ou ainda, se fazem parte de estados emocionais normais do desenvolvimento da infância.

Devido a freqüência com que a depressão tem se revelado, alguns autores se referem à ela como “o resfriado comum do século” ou que “há uma epidemia de depressão” (Pessotti, 2001). Assim, a depressão constitui-se em um grave problema de saúde pública, segundo a OMS, e afeta tanto adultos, quanto adolescentes e crianças. Sua incidência em crianças flutua entre 3,0% e 6,0%, segundo a AACAP (*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (1996,

como citado em Andriola & Cavalcante, 1999). A partir desses dados foi possível perceber a grande importância de se estabelecer um diagnóstico preciso da depressão infantil, a fim de que sejam evitados erros que comprometam a auto-estima, o desempenho escolar e os relacionamentos sociais da criança. Assim, diante desse quadro alarmante e estando ciente dos problemas que a depressão pode acarretar, principalmente quanto ao desenvolvimento cognitivo e emocional, faz-se necessário um tratamento precoce que evite maiores comprometimentos no repertório comportamental da criança. Esse tratamento varia de acordo com a abordagem adotada, e alia uma série de recursos como psicoterapia e medicamentos para casos mais graves, que visam ao reengajamento do paciente em todas as atividades positivas de sua vida.

Quanto a medicalização percebeu-se, a partir deste estudo, que há na atualidade uma grande variedade de fármacos que prometem a redução dos sintomas da depressão. Entretanto, sozinhos os remédios podem causar alívio temporário, mas, a longo prazo, não eliminam as causas que, em geral, concentram-se no ambiente e na forma como a pessoa interage e se ajusta a ele. Portanto, um tratamento eficaz para a depressão infantil deve estar baseado em uma abordagem que possibilite a identificação das situações desencadeadoras da depressão e quais funções elas exercem na vida da criança, de um diagnóstico preciso que determine o tipo de depressão e sua gravidade para, só então, determinar a necessidade de se aliar medicamentos à psicoterapia. Além disso requer o atendimento da criança, assim como do grupo familiar ou da escola e seus representantes, como professores e colegas. Essas entrevistas são necessárias para a obtenção de dados referentes ao comportamento da criança nos diferentes ambiente em que interage.

Quanto aos sintomas depressivos na infância, como revelados neste estudo, conclui-se que apresentam múltiplos fatores determinantes. Assim, as estratégias usadas nas intervenções não devem se basear somente no rótulo da depressão, nem num modelo em que se deixe de analisar funcionalmente os comportamentos envolvidos. Além disso, a depressão infantil apresenta suas

especificidades que diferem da depressão do adulto, dessa forma, requer análise e intervenções específicas.

Nesse sentido, a Psicoterapia Comportamental Infantil (PCI), têm trazido grandes contribuições ao estudo da depressão em crianças. Parte da identificação de fatores determinantes em sua história de vida, o que possibilita questionar sobre o desenvolvimento de padrões de comportamento que fazem parte de uma classe de respostas mais amplas denominadas depressão.

Assim, a análise dos padrões classificados como disfuncionais, na vida da criança, possibilita ao terapeuta e às demais pessoas envolvidas com ela identificar como esses padrões podem estar sendo mantidos, e de que modo podem ser modificados.

Embora o tratamento da depressão infantil seja relativamente novo, datando de 1970 aproximadamente (cf. Miller, 2003; Fichtner, 1997; Miyazaki, 2000), em contexto clínico já se têm conquistas significativas à título de intervenção, melhora dos sintomas e capacitação para uma vida com mais qualidade, sobretudo ao utilizar-se de estratégias lúdicas que possibilitam a expressividade de sentimentos e conflitos de outra forma que não a verbal. Porém, no contexto escolar verificou-se, com este estudo, que há uma lacuna no que diz respeito à identificação de problemas emocionais e de quais estratégias interventivas poderiam ser utilizadas para melhorar o desempenho e relacionamento dos alunos. Verificou-se, também, que há um despreparo dos professores para perceber e intervir nesses casos. Quanto ao sistema de ensino, percebeu-se que há uma evidente priorização do método e uniformidade da aprendizagem, não se levando em consideração as realizações e diferenças individuais de cada criança.

Dessa forma, a escola passa de um ambiente que poderia ser reforçador para a criança – que segundo diversos autores, possuem um movimento natural para aprender, são curiosas e participativas – a um ambiente aversivo e, por vezes, punitivo (cf. Cordié, 1996; Fonseca, 1995; Nogueira, 1977; Mutschele, 1985).

A escola, como está organizada na atualidade, pode ser promotora de aprendizagem e comportamentos funcionais nas crianças. Entretanto, também pode ser promotora de ansiedade e forte tensão que geram estresse contribuindo para os estados depressivos. Logicamente, considerar apenas a escola como agente causador de depressão não seria justo e nem ético, além de constituir um grande erro. Vários estudos apontam causas múltiplas na determinação da depressão e o contexto familiar entra como um desses fatores, uma vez que, a família é a base sobre a qual a criança aprende e tem seus comportamentos modelados. Nesse sentido, a criança, ao ingressar na escola, já poderia ter um repertório comportamental depressivo aprendido no seio familiar. A escola com suas regras e exigências, seria o palco para as manifestações sintomáticas da depressão.

Portanto, sugere-se que sejam pesquisadas formas de intervenção na escola que favoreçam o preparo dos professores e dos outros profissionais que lidam com a criança. Desse modo, promover-se-ia uma prevenção para distúrbios emocionais como a depressão infantil além de uma condição de tratamento desses distúrbios fora do contexto clínico.

Por fim, foi possível concluir com esse estudo que há uma relação entre depressão e escola, e que faz-se necessário mais estudos e pesquisas a respeito do assunto. É recomendável um investimento no preparo de professores para lidarem com problemas emocionais de seus alunos, uma reformulação e flexibilização do sistema de ensino que contemple toda a gama de diferenças, deficiências e dificuldades de seus alunos, não somente relacionadas à aprendizagem, mas relacionadas à problemas de ordem emocional também.

A compreensão de que esses problemas são do interesse de todos, familiares, profissionais de saúde e educação, bem como do Estado a partir de leis de amparo às crianças com deficiências emocionais transitórias, que lhes garantam atendimento psicológico e educacional especial, é fundamental para que haja um diálogo franco e honesto entre todas as partes envolvidas. Isso certamente melhoraria a qualidade de vida dessas crianças, minimizaria o seu

sofrimento e investiria em saúde a longo prazo, com adultos mais adaptados e ativos em seu meio social.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ajuriaguerra, J. (1986). Manual de psicopatologia infantil. (Filman, A. E. Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas

Andriola, W. B. & Cavalcante, L. R. (1999). A avaliação da depressão infantil em alunos da pré escola. Psicologia: Reflexão e Crítica, Porto Alegre, 12 (2). Recuperado em 06 de jul. 1999, da SciELO (Scientific Electronic On Line): [www.scielo.br](http://www.scielo.br)

Assumpção, Jr. & Kuckzynski, E. (2003). Tratado de psiquiatria da infância e adolescência. São Paulo: Atheneu

Balhs, S. C. (2003). Depressão na infância e adolescência. Em Brandão, Conte, Brandão, Ingberman, Moura, Silva & Oliane (Orgs.) Sobre Comportamento e Cognição. Clínica, Pesquisa e Aplicação. São Paulo: ESETEC.

Ballone, G. R. (2003). Depressão Infantil. Recuperado em 2003. [www.psiqweb.med.br/infantil/depinfantil.html](http://www.psiqweb.med.br/infantil/depinfantil.html)

Ballone, G. R. (2004). Problemas emocionais na escola. Recuperado em 2004. [www.psiqweb.med.br/infantil/aprendiza2.html](http://www.psiqweb.med.br/infantil/aprendiza2.html)

Barbosa, G. A. & Gaião, A. A. (1996). Depressão infantil: Um estudo de prevalência. Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência. 4 (3), 36-40.

Barbosa, G. A. & Gaião, A. A. (1999). Ansiedade e depressão infanto-juvenil: um só transtorno? Pediatria Moderna, 35 (12), 46-56.

Barbosa, G. A. & Lucena, A. (1995). Depressão Infantil. Revista Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência, 03 (02), 23-30.

Cavalcante, S. N. (1997). Notas sobre o fenômeno depressão a partir de uma perspectiva analítico-comportamental. Psicologia Ciência e Profissão, 17 (2), 02-10.

Capelari, A (2003). O papel do desamparo aprendido nos transtornos depressivos. Em Brandão, Conte, Brandão, Ingberman, Moura, Silva & Oliane (Orgs.) Sobre Comportamento e Cognição. Clínica, Pesquisa e Aplicação. São Paulo: ESETEC.

CID -10 (1993). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID - 10. Porto Alegre: Artes Médicas.

Cordié, A. (1996). Os atrasados não existem. (S. Flach e M. D' Agord, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

DSM - IV (1995). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: ArtMed.

Fichtner, N. (1997). Prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais da infância e da adolescência: um enfoque desenvolvimental. Porto Alegre: Artes Médicas.

Fonseca, V. (1995). Introdução às dificuldades de aprendizagem. Porto Alegre: Artes Médicas.

Fonseca, V. (1995). Educação especial: programa de estimulação precoce - Uma introdução as idéias de Feuerstein. Artes Médicas: Porto Alegre.



Freud, S. (1969). A história do movimento psicanalítico: luto e melancolia. Rio de Janeiro: Imago

Friedberg R. D. & McClure J. M. (2004). A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes. (C. Monteiro, Trad.). Porto Alegre: ARTMED.

Gouveia, V.V., Barbosa, G. A. Almeida, H. j. F. & Gaião, A. A. (1995). Inventário de depressão infantil – CDI: Estudos de adaptação com escolares. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 44, 345 – 349.

Gadelha, Y. A. (2003). Fortalecimento e generalização de comportamentos sociais de crianças com deficiência auditiva. Dissertação de Mestrado. UnB.

Gadelha, Y. A. & Menezes, I. N. (2004). Estratégias lúdicas na relação terapêutica com crianças na terapia comportamental. Universitas: Ciências da Saúde 2 (1), 57-68

Hübner, M. M. & Marinotti, M. (2000). Crianças com problemas de desenvolvimento. Em Silveiras (Org.). Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil. vol. 2. Campinas: Papirus.

Lewis & Wolkmar (1993). Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência. (G. Giacomet, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Millenson, J. R. (1967). Princípios de análise do comportamento (A. A. Souza e D. Rezende, Trad.). Brasília: Ed. de Brasília.

Miller, J. A. (2003). O livro de referência para a depressão infantil. (M. M. Lha, Trad.). São Paulo: M. Books do Brasil

Miyazaki, M. C. O. S. (2000). A depressão infantil. Em Silveiras (Org.). Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil. vol. 2. Campinas: Papirus.

Moura, C. B. & Azevedo M. R. S. (2000). Estratégias Lúdicas para uso em terapia comportamental infantil. Em R. C. Wielenska (Org.). Sobre comportamento e cognição: psicologia comportamental e cognitiva: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos. Santo André: ARBytes

Mutschele, M. S. (1985). Problemas de aprendizagem da criança: causas físicas, sensoriais, neurológicas, emocionais, intelectuais, sociais e ambientais. São Paulo: Loyola

Nico, Y. C. (2001). O que é autocontrole, tomada de decisão e solução de problemas na perspectiva de B. F. Skinner. Em Brandão, Conte, Brandão, Ingberman, Moura, Silva & Oliane (Orgs.) Sobre Comportamento e Cognição. Clínica, Pesquisa e Aplicação. São Paulo: ESETEC.

Neto, A. R. N. (2003). Terapia cognitiva comportamental e disfunções psicofisiológicas. Em Brandão, Conte, Brandão, Ingberman, Moura, Silva & Oliane (Orgs.). Sobre Comportamento e Cognição. Clínica, Pesquisa e Aplicação. São Paulo: ESETEC.

Nogueira, R. (1977). Caminhos de olhar o mundo. Brasília: Linha Gráfica

Nunes, S. O. V. (2003). Alterações neuroquímicas da depressão. Em Brandão, Conte, Brandão, Ingberman, Moura, Silva & Oliane (Orgs.). Sobre Comportamento e Cognição. Clínica, Pesquisa e Aplicação. São Paulo: ESETEC.

Pessotti, I. (2001). Depressão: tradição e moda. Em Brandão, Conte, Brandão, Ingberman, Moura, Silva & Oliane (Orgs.). Sobre Comportamento e Cognição. Clínica, Pesquisa e Aplicação. São Paulo: ESETEC.

Polaino, A. & Domenech. E. L. (1998). Las Depressiones Infantiles. Madrid: Morata.

Rangé, B. (2001). Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de transtornos psiquiátricos. Campinas: Workshopsy

Rose J. C. C. & Gil, M. S. C. A. (2003). Para uma análise do brincar e de sua função educacional – a função educacional do brincar. Em Brandão, Conte, Brandão, Ingberman, Moura, Silva & Oliane (Orgs.). Sobre Comportamento e Cognição. Clínica Pesquisa e Aplicação. São Paulo: ESETEC.

Rose J. C. C. & Gil, M. S. C. A. (2003). Regras e contingências sociais na brincadeira de crianças. Em Brandão, Conte, Brandão, Ingberman, Moura, Silva & Oliane (Orgs.). Sobre Comportamento e Cognição. Clínica, Pesquisa e Aplicação. São Paulo: ESETEC.

Silveira J. M. & Silves E. F. M. (2001). Condução de atividades lúdicas no contexto terapêutico: um programa de treino de terapeutas comportamentais infantis. Em Brandão, Conte, Brandão, Ingberman, Moura, Silva & Oliane (Orgs.). Sobre Comportamento e Cognição. Clínica, Pesquisa e Aplicação. São Paulo: ESETEC.

Silves, E. F. M. (2000). Psicoterapia comportamental infantil. Em Silves (Org.). Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil. Campinas: Papyrus.

Silves, E. F. M. & Gongora, M. A. N. (1998). Psicologia clínica comportamental: a inserção da entrevista com adultos e crianças. São Paulo: EDICON

Skinner, B. F. (1991). Questões recentes na análise comportamental. (A. L. Neri, Trad.). Campinas: Papyrus.

Vasconcelos, L. A. (2001). Terapia analítico-comportamental infantil: alguns pontos para reflexão. Em Conte, Brandão, Ingberman, Moura, Silva & Oliane (Orgs.). Sobre Comportamento e Cognição. Clínica Pesquisa e Aplicação. São Paulo: ESETEC.