



Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti
Mestrado em Ciências da educação-Especialização em Educação
Especial

Por:
Gardênia Maria Vieira

**Perceções de Sintomatologia de Depressão Infantil em crianças do 1º
ciclo do ensino básico**

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior
de Educação de Paula Frassinetti para obtenção do grau
de Mestre em Ciências da Educação - Especialização em
Educação Especial

Sob Orientação de
Doutora Ana Márcia Vaz Serra Fernandes

Julho de 2018

Agradecimentos

Agradeço:

À Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, por me proporcionar um ambiente criativo e amigável para os meus estudos e pesquisas. Grata a cada membro do corpo docente, que contribuiu para que eu chegasse até aqui e tornasse o meu percurso académico mais leve, e mais competente. O mesmo agradecimento à direção e a administração dessa instituição de Ensino Superior que me acolheram sempre com muita simpatia.

À minha orientadora, Doutora Ana Márcia Vaz Serra Fernandes pela sua competência profissional, disponibilidade de atendimento às orientações e correções deste trabalho, sempre muita motivada e competente.

Ao meu marido, Professor Doutor Manuel Dias pela contribuição e paciência dispensadas neste valioso percurso académico, que veio a aumentar os meus conhecimentos para a minha vida profissional.

À família e aos colegas que me impulsionaram a ir sempre em frente, rumo a mais uma conquista; em especial à colega de Curso Ana Paula Quartarone, pelo tempo dispensado a ajudar-me na organização do meu trabalho.

Resumo

A palavra depressão infantil deu origem a este estudo que surgiu da dificuldade e ao mesmo tempo necessidade de esclarecimento em relação a percepção dos professores e pais de crianças que frequentam o 1º ciclo do ensino básico. A depressão, inicialmente, era atribuída apenas aos adultos, pois a sintomatologia ainda é considerada por muitos autores, semelhante à dos adultos, embora alguns autores discordem dessa semelhança, pois segundo esses, no caso da criança, dependerá de outros fatores como o seu desenvolvimento. Sabe-se que para muitos, era impensável uma criança padecer desta perturbação depressiva e atualmente sabemos que este diagnóstico existe na realidade de muitas crianças.

Este estudo tem como objetivos de investigação: 1. Descobrir qual a auto-percepção das crianças em relação à sintomatologia da Depressão Infantil; 2. Perceber qual a percepção dos pais relativamente à sintomatologia da Depressão Infantil nos filhos; 3. Comparar a percepção dos pais e dos filhos em relação à sintomatologia da Depressão Infantil; 4. Conhecer a percepção dos professores em relação à sintomatologia da Depressão Infantil. A metodologia utilizada foi a quantitativa e os instrumentos de recolha de dados foram os inquéritos por questionário, preenchidos por 81 crianças (alunos), 81 pais dessas crianças e 25 professores. De acordo com os resultados a percepção dos pais e dos professores é considerada de extrema importância no que se diz respeito quer ao diagnóstico, quer ao apoio e prevenção desta perturbação, que infelizmente, nos dias de hoje, está mais evidente nas crianças e adolescentes.

Palavras-Chave: Depressão Infantil, Sintomatologia, Professores, Pais, Crianças do 1º ciclo do ensino básico.

ABSTRACT

The word infant depression gave rise to this study that arose from the difficulty and at the same time the need of clarification regarding the perception of the teachers, parents and children that are in the first circle of elementary school. Initially, the depression was attributed only to adults, for the symptomatology is still considered by many scholars similar to adults', although some authors disagree with this similarity, for according to these, in case of child, this will depend on other factors such as its development. It is known that for many, it was unthinkable for a child to suffer from this depressive disturbance and currently we know that this diagnosis does exist in the reality of many children. This study aims to investigate: 1. Discovering the type of children's self-perception in relation to the symptomatology of the Infant Depression; 2. Noticing the type of parents' perception regarding to the symptomatology of the Infant Depression in their kids; 3. Comparing the perception of the parents to the children's in relation to the symptomatology of the Infant Depression. 4. Getting to know to teachers' perception in relation to the symptomatology of the Infant Depression.

The methodology used was of quantitative one and the instruments for data collection were the surveys by questionnaire, filled by 81 children (students), 81 parents of these kids and 25 teachers. According to the results, the perception of both parents and teachers are considered of extreme importance regarding both the diagnosis and the support and prevention of this disturbance, that unfortunately, nowadays, has been more evident both in children and teenagers.

Key words: Infant Depression, Symptomatology, Teachers, Parents, Children of the first circle of Elementary School

Epígrafe

*A criança modela-se.
Ajuda-a a modelar-se oferecendo-lhe tudo quanto tenhas de mais autêntico dentro de ti.
Oferece-te a ti próprio como modelo.
Faz de modelo, não só com o teu corpo de Homem, mas também com o que resta da tua
espontaneidade infantil para o Amor.
Homens capazes de Amor são aqueles que foram crianças ou que se reconciliaram com
a criança que foram.
Se amas a criança que em ti existe, então podes amar as crianças.
(...)*

*Educar é oferecer-se como modelo.
Educar é respeitar o seu próprio modelo.
Educar é respeitar a criação do Homem
e do seu Universo.
Educar é respeitar a criança e a criatividade infantil.
Se podes ser infantil, podes ser Homem, podes ser Mestre.
João dos Santos (2007)*

Índice Geral

Agradecimento.....	2
Resumo.....	3
Abstract	4
Epigrafe	5
Índice geral.....	6
Índice de anexos.....	7
Índice de quadros.....	8
Índice de gráficos.....	8
Lista de abreviaturas	9
INTRODUÇÃO.....	10
PARTE I	
Enquadramento Teórico... ..	12
1. A Depressão	13
1.1 Conceito.....	13
1.2 Breve perspetiva histórica da depressão.....	14
1.3 Modelos teóricos da depressão cognitiva de Beck.....	17
1.3.1 Modelo cognitivo comportamental.....	17
1.3.2 Modelo psicanalítico.....	19
1.3.3 Modelo bioquímico.....	20
1.4. Tipos de perturbações depressivas.....	21
2. Depressão Infantil	23
2.1 Conceito.....	23
2.2 Sintomas.....	26
2.3 Causas.....	29
2.4 Características.....	30
2.5 Diagnóstico.....	31
2.6 Algumas técnicas de tratamento.....	33
3. Necessidades Educativas Especiais	35
3.1 Crianças com Necessidades Educativas Especiais.....	35

3.2 Necessidades Educativas Especiais refletidas nas emoções.....	36
3.3 Depressão infantil nas crianças com Necessidades Educativas Especiais.....	38

PARTE II

Estudo Empírico.....	40
----------------------	----

4. Procedimentos Metodológicos 41

4.1 Caracterização do estudo e dos seus objetivos.....	41
--	----

4.2 Metodologia	43
-----------------------	----

4.3 Caracterização sociodemográfica da amostra	45
--	----

4.4 Instrumentos de recolha e análise de dados.....	48
---	----

5. Apresentação e Análise de Dados

5.1 Apresentação dos resultados dos inquéritos por questionário aos alunos.....	51
---	----

5.1.1 Análise e discussão dos resultados dos alunos.....	62
--	----

5.2 Apresentação dos resultados dos inquéritos por questionário aos pais.....	67
---	----

5.3 Comparação dos dados entre pais e filhos.....	68
---	----

5.4 Apresentação dos resultados dos inquéritos por questionário aos professores.....	70
--	----

6. Considerações Finais 73

Bibliografia.....	77
-------------------	----

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Consentimento do Diretor do Agrupamento.....	84
---	----

Anexo 2 Consentimento dos Pais.....	86
--	----

Anexo 3 Consentimento dos Professores.....	88
---	----

Anexo 4 Questionário para alunos.....	90
--	----

Anexo 5 Questionário para pais.....	93
--	----

Anexo 6 Questionário para Professores.....	95
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 Características sociodemográficas da amostra.....	46
---	----

Quadro 2 Características socioprofissionais dos pais.....	46
--	----

Quadro 3 Características sociodemográficas da amostra por género.....	47
--	----

Quadro 4 Respostas percentuais relativas à intensidade.....	51
--	----

Quadro 5 Subescalas da intensidade depressiva das variáveis sobre a D.I.....	62
---	----

Quadro 6	Prevalência de intensidade na amostra total.....	64
Quadro 7	Prevalência de intensidade depressiva na amostra do género.....	64
Quadro 8	Prevalência de intensidade depressiva na amostra relação à idade.....	64
Quadro 9	Prevalência de intensidade depressiva na amostra em relação aos irmãos.....	65
Quadro 10	Prevalência de intensidade depressiva na amostra em relação à escolaridade.....	65
Quadro 11	Prevalência de intensidade depressiva na amostra das crianças com (NEE).....	66
Quadro 12	Subescalas das respostas dos pais e graus de intensidade depressivas.....	68
Quadro 13	Subescalas de intensidades depressivas das variáveis sobre a D.I. filhos e pais.	69

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Resultados relativos à variável tristeza	52
Gráfico 2	Resultados relativos à variável frustração	52
Gráfico 3	Resultados relativos à variável ineficácia	53
Gráfico 4	Resultados relativos à variável interação	53
Gráfico 5	Resultados relativos à variável agressividade	54
Gráfico 6	Resultados relativos à variável negativismo	54
Gráfico 7	Resultados relativos à variável autoestima	55
Gráfico 8	Resultados relativos à variável culpabilidade	55
Gráfico 9	Resultados relativos à variável comportamentos	56
Gráfico 10	Resultados relativos à variável deprimidos	56
Gráfico 11	Resultados relativos à variável preocupação	57
Gráfico 12	Resultados relativos à variável relação	57
Gráfico 13	Resultados relativos à variável amor-próprio	58
Gráfico 14	Resultados relativos à variável perturbação do sono	58
Gráfico 15	Resultados relativos à variável cansaço	59
Gráfico 16	Resultados relativos à variável solidão	59
Gráfico 17	Resultados relativos à variável alegria	60
Gráfico 18	Resultados relativos à variável valorização	60
Gráfico 19	Resultados relativos à variável desvalorização	61
Gráfico 20	Resultados relativos à variável desobediência	61

LISTA DE ABREVIATURAS

APA - American Psychiatric Association (Associação Americana de Psiquiatria).

BDI - Inventário de Depressão de Beck

CDI - Children Depression Inventory (Inventário de Depressão Infantil).

DI - Depressão Infantil

DL - Decreto-Lei

DSM- Diagnostic Medical Statistic (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações mentais).

OMS - Organização Mundial da Saúde

NEE - Necessidades Educativas Especiais

PHDA- Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

INTRODUÇÃO

O presente estudo aborda uma temática relacionada com a saúde mental infantil, mais precisamente a perturbação da depressão nas crianças, que é uma triste realidade, dentro dos consultórios clínicos e nas escolas. A perturbação depressiva é um dos mais significativos problemas no mundo atual e a sua incidência tem aumentado exponencialmente. Ela reflete o desequilíbrio não só das pessoas em si, mas também da nossa sociedade. Atualmente, a depressão tornou-se comum em crianças. É uma questão séria e pode contribuir para várias alterações, tais como o isolamento e o baixo rendimento escolar, entre outros problemas não menos importantes.

Apesar de a depressão, tanto no adulto quanto na criança, ter como modelo de diagnóstico a conhecida constelação de sintomas (decorrentes da tríade: sofrimento moral, a inibição psíquica global e no estreitamento do campo vivencial), as diferentes características pessoais e situações vivenciais entre o adulto e a criança, fazem com que os sintomas secundários decorrentes dos sintomas básicos sejam bem distintos (Nunes, 2012).

Devido a tantas definições sobre a perturbação depressiva e, aliada à variedade de sintomas, o diagnóstico diferencial nem sempre é simples e efetivo. Não se pode negar que, através dos exames das emoções positivas, foi detetado que ao vivenciarmos experiências positivas moderadas, temos mais probabilidade de passarmos essas mesmas emoções para o outro, de forma a sermos mais flexíveis nos pensamentos e nos sentimentos para que se possam produzir soluções aos diversos tipos de problemas, sejam eles físicos ou emocionais (Lopez & Snyder , 2009).

A realização da revisão da literatura baseou-se no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5[APA], 2013), em livros sobre Depressão (Solomon, 2016) e Psicologia Positiva (Lopes & Snyder 2009), O Mundo da Criança (Papalia, Olds & Feldman, 2001), entre vários autores não menos importantes, artigos científicos, revistas de psiquiatria e de psicologia, pesquisas em bibliotecas virtuais, sites, links e dissertações de mestrado e

teses de doutoramento, entre outros. Sabe-se que, ao longo dos últimos anos, a depressão na infância e adolescência despertou o interesse da Psiquiatria Infantil, sendo destaque em vários estudos conhecidos no mundo inteiro.

Considerando a elevada prevalência de sintomatologia depressiva na infância, e buscando dar resposta à solicitação de avaliar essa prevalência de sintomatologia depressiva nesta fase de desenvolvimento psicossocial, surgiu a necessidade de desenvolver um estudo, com o objetivo de aprofundar a prática psicológica nesta área, aplicável a uma amostra de 81 crianças do 3º e 4º anos de escolaridade, 81 pais das crianças inquiridas, e 25 professores do 1º ciclo de ensino básico. Propusemos a esse público-alvo, de várias escolas públicas de um agrupamento de Vila Nova de Gaia, a participação dos mesmos, com o objetivo de obtermos respostas, através de inquéritos por questionário, sobre os sintomas da depressão infantil, presentes em crianças com idades entre 8 e 11 anos. Partindo dessa premissa, foi elaborada a seguinte pergunta de partida: “Qual é o conhecimento que existe, por parte da criança, dos seus pais e professores, em relação à sintomatologia da Depressão Infantil?”.

Parte I
Enquadramento Teórico

1 - A Depressão

1.1 Conceito

De acordo com (American Psychological Association [APA], 2013, pp.94-99), a perturbação depressiva caracteriza-se pela ocorrência de diferentes episódios depressivos maiores no período de duas semanas consecutivas e representam uma alteração do funcionamento prévio e de pelo menos um dos sintomas é 1) humor deprimido ou 2) perda do prazer ou do interesse. Embora observa-se que tais sintomas comumente podem surgir com maior duração. Importante salientar que o DSM-5 unificou os conceitos de episódios de depressão maior e perturbação depressiva major, visto que no DSM-4, esses conceitos eram considerados distintos.

No campo do diagnóstico da saúde mental, a depressão é considerada um distúrbio do humor, pois o sintoma mais elevado, regra geral, é a mudança e enfraquecimento do humor. Para Jardim (2011), a depressão é considerada um tipo de perturbação afetiva que provoca alterações mentais, corporais e distúrbio do humor. Entendemos, portanto, que a depressão é uma resposta a uma situação de vida ou uma perda profunda, tais como entes queridos, animais de estimação, entre outras perdas significativas.

Solomon (2016), analisa a perturbação da depressão como uma imperfeição do amor, que quando surge, priva o indivíduo e acaba por esconder a capacidade de dar e receber afeto. De acordo com OMS (Organização Mundial de Saúde), até 2020 a depressão será a principal doença mais incapacitante em todo o mundo. Cerca de 850 mil pessoas morrem, por ano, em decorrência da doença que foi descrita pela primeira vez no início do século XX. A depressão ainda hoje é confundida com tristeza, sentimento comum a todas as pessoas em algum momento da vida.

Assim, Akhtar (2012), afirma que a depressão afeta um em cada cinco portugueses. Entende-se que a depressão é muito mais que um acesso de melancolia, sentimento de culpa, falta de autoestima, ou de algo a ser preenchido na vida de quem sofre dessa perturbação.

A depressão também pode provocar sentimentos de culpa, ou falta de autoestima, perturbação do sono, falta de apetite, sensação de cansaço e falta de concentração. Afeta 322 milhões de pessoas no mundo, segundo dados divulgados pela (OMS), referentes a 2015 e que em 10 anos, de 2005 a 2015, esse número cresceu 18,4%. A prevalência da perturbação na população mundial é de 4,4%.

Segundo Campos (2010), a depressão é um paradigma da psicopatologia, pois a sua compreensão serve para chegar a outras formas de patologia. Segundo este autor, poderá repercutir-se de uma forma não agradável a nível pessoal, tais como mal-estar físico ou sofrimento psicológico, relacionados com a família, amigos ou a nível escolar.

1.2 Breve perspetiva histórica da depressão

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, quarta edição (DSM-4) define depressão aquando da presença de cinco ou mais sintomas numa lista de nove.

Assim, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA, 2002), o que caracteriza um episódio depressivo é o humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as atividades, durante um período nunca inferior a duas semanas. O indivíduo depressivo deve sentir, também, pelo menos quatro dos sintomas seguintes: alterações no apetite ou no peso, alterações no sono e atividade psicomotora, diminuição da energia, sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa, dificuldades em pensar, concentrar-se ou em tomar decisões, ou pensamentos recorrentes

relacionados com a morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. Historicamente, a natureza da depressão infantil foi objeto de polêmica em psicopatologia. Para Rie (1966), o ego ainda não está formado na infância, nem interiorizado o superego e, portanto, não há perda de autoestima nem sentimentos de culpa.

De acordo com Ferster (1997, citado por Caballo & Simon, 2005), “os comportamentos que caracterizam o conceito de “depressão” distinguem-se quantitativamente e não qualitativamente dos comportamentos considerados “não deprimidos” ou normais”. Conforme o mesmo autor, para ser considerada a depressão, deve-se, portanto, observar a quantidade dos sintomas presentes dentro dos comportamentos da criança, já que são esses números que os levam ao diagnóstico da perturbação depressiva infantil.

Klein (1934) diz que a posição depressiva situa por volta do segundo semestre e depois no segundo ano, corresponde ao estágio de percepção do objeto total. Até então, segundo a autora, a criança está protegida do sofrimento depressivo graças aos mecanismos de clivagem, de projeção e de introjeção: os maus objetos (mau seio, má mãe, má parte do eu) são separados dos bons e projetados no espaço circundante, enquanto os bons objetos são incorporados no eu do bebê (Klein, 1934, citado por Marcelli, 2005).

Segundo Talbott (2003), muitos dos episódios depressivos não têm extinção completa e os seus sintomas podem persistir durante anos, apresentando uma taxa de ocorrência de 60% ou superior. Entende-se, portanto, que, a depressão major seja uma doença crônica para a maioria dos doentes com esta perturbação (Talbott, 2003, citado por Costa, 2011).

Rojas (2007) diz que numa doença com múltiplas faces, não se pode estranhar que a sua sintomatologia apresente uma evolução por vezes surpreendente. Assim, a alternância entre sintomas está relacionada com o tratamento e com fatores psicológicos e ambientais que rodeiam o paciente.

O que se pôde observar, segundo estudos sobre a evolução da depressão, foi que, à medida que uns sintomas melhoravam, outros sintomas diferentes apareciam. Entende-se assim que, parte da sintomatologia da depressão pode ser classificada de acordo com as variações entre sintomas psíquicos, psicossomáticos e depressivos (Rojas, 2007). Para esse autor, é realmente apaixonante, em particular, seguirmos o percurso evolutivo da transformação da depressão, depois de várias fases clínicas. Essa realidade clínica diária vai-nos revelando uma modificação da forma e do conteúdo das doenças depressivas.

Importa salientar que de acordo com American Psychiatric Association (DSM-4), a depressão é socialmente tão debilitante quanto as doenças coronárias e mais debilitante ainda do que o diabetes ou a artrite. Também está associada à alta mortalidade, sendo que 15% dos pacientes gravemente deprimidos se suicidam (DSM-4,1994).

De acordo com Solomon (2016), os evolucionistas argumentam que a depressão ocorre demasiadas vezes para ser considerada uma simples disfunção. É, segundo esse autor, mais provável que a capacidade de ter depressão desencadeie mecanismos que em determinada altura tiveram interesse para a reprodução. Há, portanto, alguma possibilidade de a depressão ter sido útil na evolução nos tempos pré-humanos e que agora já não tem utilidade.

Solomon (2016) diz também que o stresse da vida moderna é incompatível com o nosso cérebro atual e que a depressão é consequência de fazermos aquilo que a nossa evolução não previu. Dentro dessas possibilidades citadas acima, há ainda a que defende que a depressão tem uma função útil nas sociedades humanas e que é bom, por vezes, as pessoas estarem deprimidas.

Solomon (2016), analisa que é importante ter presente a suposta finalidade última da evolução. A seleção natural não faz desaparecer os problemas nem conduz à perfeição, ela favorece a expressão de certos genes em detrimento de outros. “O nosso cérebro evolui mais lentamente do que o nosso modo de vida” [...] assim, não há como ter dúvidas de que na vida moderna haja dificuldades e, a forma de as gerir e conseqüentemente ter bons resultados, dependerá da capacidade cerebral de cada um (Solomon, 2016, p.481).

1.3 Modelos teóricos da depressão cognitiva de Beck

Psicólogos como Albert Ellis e Aaron Beck estudaram o funcionamento cognitivo no contexto da depressão infantil. Nos anos 50, Ellis aprofunda a teoria emotiva e racional, que atua como forma psicoterapêutica no tratamento da depressão e ansiedade ao corrigir cognições distorcidas. Este autor afirma que existe uma relação direta entre raciocínios, sentimentos e comportamentos. Raciocínios negativos conduzem a percepções negativas da realidade e estas, por sua vez, manifestam-se em comportamentos característicos do quadro depressivo (Almeida, Simões & Gonçalves, 2017).

Estes psicólogos afirmam que há uma predisposição instintiva para pensar sobre si e sobre o mundo de forma saudável, contudo as instituições sociais como escola, professores e família, atuam de forma que a criança distorça as suas cognições, minando-a com conceitos irracionais e derrotistas.

1.3.1 Modelo cognitivo comportamental

O modelo cognitivo comportamental surgiu no final dos anos 50 com os trabalhos de Albert Ellis e mais especialmente a Terapia Cognitiva (TC) no início dos anos 60 com Aaron T. Beck. Desde então, exerce um forte impacto, tanto na formulação de novos modelos etiológicos para as perturbações mentais, assim como no seu tratamento (Knapp, 2008).

Conforme Gill & Barraclough (1997), o modelo cognitivo, inicialmente proposto por Beck e atualmente muito divulgado, afirma que a depressão pode resultar ou ser perpetuada pelo hábito de pensar de forma negativa, interpretando todos os acontecimentos na sua pior perspectiva e conjeturando conclusões generalizadas pessimistas a partir de uma pequena contrariedade.

As diferentes interpretações que os sujeitos dão à mesma situação devem-se aos seus estilos idiossincráticos de pensar, determinados pelas vivências pessoais da primeira infância. O indivíduo que desenvolve uma depressão sofreu experiências negativas, que geraram padrões de pensamentos irracionais ou esquemas cognitivos inadequados. Esses pensamentos ocorrem automaticamente, parecendo claros e naturais ao sujeito depressivo (Beck, 1997, citado por Costa, 2011).

A designação mais abrangente de Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) é a mais usual na atualidade, pois utiliza ao mesmo tempo intervenções típicas do modelo cognitivo, como as técnicas destinadas à correção de crenças e pensamentos disfuncionais e também incorpora técnicas comportamentais da terapia comportamental, como a exposição e o uso de reforçadores, entre outras (Knapp, 2008).

Sendo assim, o modelo enfatiza aspectos educacionais que incluem a informação ao paciente sobre a sua perturbação, tendo a aliança terapêutica como componente fundamental. Desta forma, pode-se dizer que a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) é um modelo de cooperação e confiança, no qual o paciente participa ativamente do seu processo de mudança através desses dois níveis de aprendizagem e cognição (Matos, 2013).

1.3.2 Modelo psicanalítico

Alguns autores psicanalíticos destacam o papel do superego na dinâmica da patologia. Sobre o superego, Freud (1923/1969) afirma que é uma gradação do ego e está em menor grau vinculado à consciência. Surge com a missão de dissolver o complexo edípico, instaurando a lei e a repressão aos desejos instintivos. Trata-se, dentro da teoria freudiana, de uma das mais importantes identificações ligadas à interiorização das figuras dos pais (Calderaro & Carvalho, 2005, p.183).

Na Psicanálise, o diagnóstico da depressão é diferencial, os termos utilizados são neurose, psicose e perversão. E o que se denomina depressão, na Psicologia, é compreendido como sintoma em relação às perdas na Psicanálise. Tais perdas, nesta abordagem, são entendidas como inerentes à condição humana (Bonetti, Huttel, Kisxiner & Rosa, 2011). “O facto de ter tido a sua origem oficial na preocupação de “curar” certas doenças “nervosas”, a psicanálise, abrange no seu âmbito tudo o que mais tarde ela revelou ser” [...] (Mannoni, 1968, p. 187).

Há quem designe a depressão neurótica como uma forma de "reação" aos fatores exógenos, seja do ambiente em que se encontra o indivíduo, seja de um modo geral da cultura em que ele se insere, diferenciando-a, assim, da depressão melancólica, que sempre foi considerada como uma depressão endógena. Qualquer que seja o valor desta distinção - pois não se pode esquecer que o distúrbio neurótico é mais do que um distúrbio reativo, uma vez que é sempre a expressão simbólica de um conflito intrapsíquico - não se pode deixar de reconhecer que as crises de depressão neurótica estão relacionadas com as vivências traumatizantes causadas pelas frustrações afetivas, pelo medo do abandono e pelas experiências dolorosas da perda e da falta (Rocha, 2008).

De acordo com Freud (1924, citado por Rocha, 2008) o neurótico, para se defender do peso insuportável que por vezes representa a realidade do mundo exterior, frequentemente se refugia no mundo das fantasias. Mas ele não faz da fantasia a realidade, nem esquece o caminho que pode trazê-lo de volta, do mundo da fantasia ao mundo da realidade exterior. Portanto, o seu conflito é fundamentalmente um conflito entre as instâncias psíquicas do ego e do Id. Ele sacrifica as exigências do Id para atender às solicitações do Superego e às exigências da realidade.

A depressão histérica pode, na linguagem de seus sintomas, assemelhar-se a uma depressão melancólica, mas nem por isso faz da histeria uma psicose. O mesmo poderia ser dito, se comparássemos os sintomas típicos de uma depressão borderline e de uma depressão melancólica ou esquizofrênica (Kimura, 1998, citado por Rocha, 2008).

1.3.3 Modelo bioquímico

Embora muitas vítimas de depressões graves se considerem culpadas da própria infelicidade, devido a erros cometidos ou fraqueza de caráter, esta opinião ignora crescentes provas científicas em contrário. Um dos alvos privilegiados da investigação neuropsiquiátrica são os neurotransmissores do cérebro, produtos químicos que atuam como mensageiros entre os neurónios cerebrais (Freeman, 1990).

O modelo bioquímico estuda a depressão enquanto perturbação e dá importância à função dos fatores neuroquímicos e endócrinos no aparecimento de sintomas depressivos. Existem, aliás, diversas vozes dissonantes deste modelo, nomeadamente Allen Frances (2014), que, durante anos dirigiu o Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (DSM), que atualmente considera que o DSM, enquanto principal referência académica da Psiquiatria, contribuiu para a galopante medicalização dos seres humanos, considerando ainda que os fármacos “[...] não ajudam nos problemas

quotidianos, pelo contrário: o excesso de medicação causa mais danos que benefícios” (Frances, 2014, p.2, citado por Clemente et al., 2016).

Nos casos das depressões consideradas graves, vários neurotransmissores, como a dopamina, a norepinefrina e a serotonina, podem estar desequilibrados, em defeito ou em excesso. Atualmente, o modelo bioquímico da depressão é o mais defendido na comunidade científica e encontra-se ligado à psiquiatria biológica, que defende que a depressão surge devido à diminuição do “sódio” no sistema nervoso central. Esta hipótese surgiu através da observação clínica de indivíduos deprimidos e da experimentação em laboratórios com animais (Bahls, 1999, citado por Costa, 2011).

1.4 Tipos de perturbações depressivas

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5, 2013), uma forma mais crónica de depressão, a perturbação depressiva persistente (distimia), pode ser diagnosticada quando a perturbação do humor continua por pelo menos dois anos em adultos e um ano em crianças. Esse diagnóstico, novo no DSM-5, inclui as categorias diagnósticas do DSM-4 de perturbação depressiva maior crónica e distimia.

Sabe-se que as depressões crónicas (distimias) são geralmente de intensidade mais leve que os episódios de depressão maior. Mais que o humor francamente deprimido, os pacientes com depressão crónica sofrem por não sentir prazer nas atividades habituais, e por terem as suas vidas trespassadas por uma espécie de morosidade irritável (Solomon, 2016).

A gravidade da perturbação depressiva baseia-se no número de sintomas, na gravidade desses sintomas e no grau de défice funcional, que se diferenciam, conforme o DSM-5 em: ligeiro, onde estão presentes poucos sintomas, para além daqueles que são requeridos para fazer o diagnóstico; moderado, onde o número de sintomas, a intensidade e o número de sintomas

estão entre os especificados para “ligeiro” e “grave”; grave, onde o número de sintomas excede substancialmente os necessários para fazer o diagnóstico (APA, 2013).

A Perturbação de desregulação do humor disruptivo tem como característica central a irritabilidade crónica grave e recorrente, manifestada verbalmente. O humor entre as explosões temperamentais é persistentemente irritável ou zangado, durante a maior parte do dia, quase todos os dias, observáveis pelos pais, professores e pares, presentes por 12 ou mais meses. Essa irritabilidade grave apresenta duas manifestações clínicas proeminentes, sendo a primeira, as frequentes explosões de raiva. Estas explosões, tipicamente, ocorrem em resposta à frustração e podem ser verbais ou comportamentais (APA, 2013).

A apresentação clínica desta perturbação depressiva deve ser cuidadosamente distinguida das apresentações de outras condições, relacionadas, especificamente com a perturbação bipolar na infância, muito embora, esses comportamentos, não ocorram exclusivamente durante um episódio de perturbação depressiva major, e, não são mais bem explicados, por outra perturbação mental. O diagnóstico não deve ser feito pela primeira vez antes dos 6 anos ou depois dos 18 anos (APA, 2013, pp.93-94).

2 - DEPRESSÃO INFANTIL

2.1 Conceito

A depressão infantil foi reconhecida e defendida pelo influente National Institute of Mental Health (NIMH) em 1975, e, em 1976, o American of Psychiatric Association (APA) realizou o reconhecimento formal, na terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, publicado em 1980, da existência de depressão na infância, precisando que “os sintomas essenciais do episódio depressivo maior são similares em crianças adolescentes e adultos” (APA, 1983, p.221).

Conforme alguns autores tais como Spitz (1979), a depressão infantil foi reconhecida como patologia, em 1979 no IV Congresso de Pedopsiquiatras Europeus, e mais especificamente como distúrbio mental. Desde então, vários estudos têm sido efetuados acerca desta patologia (Spitz, 1979).

Apesar de ter sido negada a sua existência durante muito tempo, sabe-se que a depressão infantil se tornou atualmente objeto de inúmeras pesquisas concludentes. Para Hutz (2002) algumas atitudes tais como o choro, a tristeza, a apatia ou o isolamento, frequentemente apresentados pela criança, são considerados sintomas de um quadro depressivo, desde que persistam por um tempo significativo (Hutz, 2002, citado por Marconi, 2017).

Embora alguns estudiosos proponham que tais sintomas sejam sintomas depressivos, outros autores consideram que os sintomas depressivos ocorrem de forma contrária, através de comportamentos antissociais, agressividade e hostilidade. “As crianças deprimidas, que antigamente eram consideradas apenas crianças caprichosas ou mimadas, estão a ser alvo de uma atenção crescente” (Freeman, 1990, p.190).

A depressão nem sempre é algo fácil de ser definido. Segundo Monteiro e Lage (2007), Freud, diferentemente dos autores da sua época, não definia nas suas obras uma teoria sobre depressão, “[...] embora o mesmo tenha identificado e descrito manifestações depressivas nas diferentes categorias nosográficas sem, entretanto, assemelhá-las à melancolia nem as reunir em critérios para diagnóstico, tal como se vê nos atuais manuais de psiquiatria.” (Monteiro & Lage, 2007, citados por Miranda, 2013).

Portanto, de acordo com Campos (2010), entende-se que quando surge a depressão, muitas peças importantes, tais como amizades, trabalho, entre outras, podem ser perdidas com o seu aparecimento. No que se pode perceber, as crianças quando afetadas por essa perturbação passam pelas mesmas perdas tais como os adultos, mesmo porque os sintomas quando diagnosticados como depressão, são muito semelhantes aos dos adultos em toda a sua complexidade.

O reconhecimento ou a descrição de uma depressão numa criança em particular, continua a ser um grande contraste entre a extrema frequência da referência teórica à posição depressiva ou à elaboração da depressão. Este contraste persiste como um vestígio do percurso histórico, em que se assistirá primeiro a uma libertação progressiva do conceito depressivo e do lugar que ocupa no desenvolvimento da criança, antes que a realidade clínica da depressão na criança tenha sequer sido reconhecida até aos estudos de alguns autores como Spitz (1979).

Todos os pais querem que os filhos sejam felizes e tenham saúde, embora a tristeza que se apodera dos mais pequenos seja tão avassaladora que os adultos se sentem impotentes ao lidar com ela. Ao longo dos últimos anos, a depressão na infância e adolescência despertou o interesse da Psiquiatria Infantil. Este tema foi destaque em vários estudos, situando-se de maneira definitiva no campo da Psicopatologia Infantil (Barbosa & Gaião, 2001, citados por Cruvinel & Boruchovitch, 2009).

De acordo com pesquisas de como o meio influencia a depressão infantil, é de grande importância que os pais, a família e os que estão próximos do desenvolvimento da criança, assumam o controle do seu bem-estar físico e emocional, enquanto estão em fase de desenvolvimento e maturação. Tal como diz Cury (2003), “Nunca o conhecimento médico e psiquiátrico foi tão grande, e nunca as pessoas tiveram tantos transtornos emocionais [...] a depressão raramente atingia as crianças”. Atualmente, conforme esse autor, há muitas crianças deprimidas e sem encanto pela vida (Cury, 2003, p.15).

Entende-se que o desespero e o desamparo são característicos dos distúrbios depressivos, e, portanto, os mais experimentados pelos pacientes com essa perturbação. Alguns estudos sugerem que crianças com dificuldades de aprendizagem e baixo rendimento escolar, apresentam mais sintomas depressivos do que crianças sem dificuldades escolares. O declínio no desempenho escolar ocorre com muita frequência na criança deprimida e alguns autores sugerem que esse comportamento pode ser visto como um sinal ou um indicador de distúrbio depressivo (Bandim & Cols., 1995, citados por Cruvinel & Boruchovitch, 2004).

Nesse sentido, a família, mais uma vez, assume um caráter de proteção com o objetivo de prevenção às doenças emocionais para que, assim, os seus filhos não desenvolvam problemas psicológicos e, se surgirem, sejam capazes de ajudá-los na recuperação do seu bem-estar físico e emocional, de acordo com suas possibilidades, como referem Baptista & Assunção (1999), no sentido de que “a depressão na criança pode emergir quando os pais não conseguem satisfazer as necessidades básicas dos filhos, como amor, carinho e apoio” (Baptista & Assunção, 1999, citados por Cruvinel & Boruchovitch, 2009).

Na revisão da literatura, Birmaher et al (1996), verificaram que as relações familiares de crianças e jovens depressivos se caracterizam muitas

vezes por diversos conflitos, sentimentos de rejeição, problemas de comunicação entre os membros da família, dificuldade na expressão de afeto e pouco suporte. Portanto, não há dúvidas que um contexto familiar tóxico prejudica a saúde mental de todos os que estão inseridos nesse seio familiar (Birmaher et al., 1996, citados por Cruvinel & Boruchovitch, 2009).

Marcelli (2005) diz que o episódio depressivo da criança ocorre naturalmente durante um acontecimento que tem valor de perda ou de luto, tais como, separação dos pais, óbito de um dos avós ou de um membro da fratria ou de um dos pais, acontecimento este que, por vezes, pode surgir aos olhos dos adultos de forma comum. Este episódio depressivo sobrevém progressivamente, mas o comportamento da criança revela-se nitidamente modificado relativamente à situação anterior.

Para Soares (2003), o que agrava a situação da criança é o desconhecimento, por parte dos pais, da depressão do filho. O mesmo autor, acrescenta ainda que, mesmo que a criança apresente uma alteração de conduta, os pais têm dificuldade em reconhecer os sintomas depressivos nos seus filhos pela falta de conhecimento dos aspetos ou características dos sintomas depressivos, mesmo porque tais sintomas podem ser confundidos com sintomas de outras perturbações do comportamento (Soares, 2003, citado por Cruvinel & Boruchovitch, 2009).

2. 2 Sintomas

Um dos primeiros sinais de depressão é um sono irregular, embora nem todos os que sofrem esta perturbação do sono estejam perto de um diagnóstico de depressão grave. Irritabilidade fácil, perda de apetite, fadiga constante sem razão aparente, falta de perspetiva em relação ao futuro, incapacidade para lidar com pequenos reveses, portanto qualquer combinação pode sinalizar o início de uma depressão (Freeman, 1990).

É importante salientar que existe diferença entre traço e sintoma depressivo e essa diferença situa-se ao nível da cronicidade, estabilidade e frequência com que o indivíduo exibe determinada característica e não no caráter egossintónico e egodistónico (Almeida, Simões & Gonçalves, 2017, p. 145).

Nissen (1983) diz que os principais comportamentos que caracterizam a depressão infantil são: humor disfórico, a auto depreciação, a agressividade ou a irritação, os distúrbios do sono, a queda no desempenho escolar, a diminuição da socialização, a modificação de atitudes em relação à escola, a perda da energia habitual, do apetite e/ou peso.

Os pais devem estar atentos a alguns dos principais sintomas da depressão, que são: irritabilidade, humor depressivo, perda do interesse na maioria das atividades ou incapacidade de sentir prazer nelas, dificuldade de raciocínio ou de concentração, falta ou excesso de apetite, diminuição ou aumento das necessidades de sono (Braun, 2016).

Moreno (1994 citado por Lima, 2004) afirma que, na maioria das vezes, o sintoma de depressão é uma reação da criança diante de problemas familiares, já que nessas famílias são encontradas altas incidências de agressividade dos pais, disciplinas punitivas, discórdia conjugal e rejeição.

Segundo Shaver e Brennan (1992), para a apresentação de um diagnóstico preciso da depressão infantil, é necessário considerar que pelo menos quatro dos principais sintomas dessa perturbação estejam presentes no repertório de comportamentos da criança, por um período mínimo equivalente a duas semanas anteriores à avaliação (Shaver & Brennan, 1992, citados por Miranda, 2013).

É necessário realçar o facto de que, quanto mais problemas de comportamento ou sintomas a criança apresentar, maior será a probabilidade

de um desenvolvimento atípico da perturbação depressiva, visto que essa perturbação poderá interferir nas atividades associadas à cognição e à emoção. Entretanto, caso a criança não seja tratada, a partir desses sintomas, e duração dos mesmos, poderá desenvolver padrões de comportamento resistentes a mudanças no seu comportamento (Moreno,1994, citado por Lima, 2004).

Alguns autores, tais como Barsanti e Barros (2018), ressaltam a importância do profissional da área de saúde mental, discutir e perceber, além dos sinais e sintomas, a ocorrência de situações de risco, que possam mostrar, no dia a dia das crianças e dos adolescentes, e que aumentam o risco de depressão e até tentativas de suicídio. Situações como elevado stresse, agressões sofridas (físicas ou psicológicas, presenciais ou virtuais), grandes frustrações, mostram-se importantes fatores de risco e, em alguns casos, indutores de depressão (Barros & Barsanti, 2018).

Vale a pena ressaltar que, de acordo com Amaral & Barbosa (1990), em alguns casos mais graves do distúrbio, a criança poderá apresentar pensamentos e ideias suicidas, embora esses pensamentos sejam mais comuns entre adolescentes e jovens. Portanto, recomenda-se um tratamento medicamentoso e/ou psicoterapêutico o mais rapidamente possível para que esses sintomas não se agravem mais ainda e interfiram de algum modo na qualidade de vida da criança.

De acordo com Barbosa & Lucena (1995) é preciso esclarecer a importância do diagnóstico à família da criança, visto que a depressão poderá acarretar problemas no seu repertório comportamental, variando desde extrema irritabilidade à obediência excessiva, podendo ainda ocorrer uma instabilidade significativa em relação a estes comportamentos.

Embora as crianças com sintomas depressivos apresentem dificuldades escolares, alguns autores como Colbert (1992), tem observado que essas

crianças são capazes intelectualmente, não apresentando nenhum déficit de inteligência. Essa constatação sugere que o baixo rendimento pode ser consequência da depressão, em função da falta de interesse e motivação da criança, em participar de atividades escolares, bem como a sua tendência para a de auto desvalorização (Brumback, e cols,1980 & Colbert 1992, citados por Cruvinel e Boruchovitch, 2004).

Os estudos que visam a relação entre sintomas depressivos e o uso de estratégias de aprendizagem são escassos, portanto, pouco se conhece sobre como os sintomas depressivos interferem no uso das estratégias cognitivas e metacognitivas. Para Cury (2003), “Quanto pior for a qualidade da educação, mais importante será o papel da psiquiatria neste século”. No entanto, algumas investigações têm sido realizadas acerca da habilidade de memória nas crianças com depressão, a fim de verificar até que ponto a presença de sintomatologia depressiva interfere na função cognitiva.

2. 3 Causas

Sabe-se que a depressão infantil é provocada por fatores que vão desde a predisposição genética, como refere Solomon (2016), até à experiência de episódios traumáticos, no ambiente familiar. A depressão infantil traz problemas de adultos para a mente ainda em desenvolvimento das crianças. Nos próximos 20 anos, a depressão deverá tornar-se a doença mais comum do mundo, atingindo mais pessoas do que o cancro e os problemas cardíacos, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS). Atualmente, mais de 450 milhões de pessoas são afetadas por perturbações mentais diversas, a maioria delas, nos países em desenvolvimento.

Para Braun (2016), não se conhece em detalhe a causa da depressão, é provável que existam diversos fatores, nomeadamente os que causam o mau funcionamento de partes do encéfalo (lobos frontal, temporal e/ou parietal;

amígdala; hipocampo), as alterações hormonais (aumento da hormona cortisol) e mesmo os processos inflamatórios. Portanto, é importante salientar que apesar dos estudos científicos, não se pode comprovar, a partir de exames, se a pessoa tem ou não depressão.

De acordo com a OMS, setenta por cento dos adultos que apresentam quadro de depressão crónica têm histórico desde o período da infância. Segundo pesquisas, se não tratarmos o paciente enquanto criança, podemos contribuir para que ele se transforme num adulto depressivo. Entre as crianças, o índice de depressão também é preocupante, nos últimos 10 anos, pois o número de diagnósticos entre os 6 e os 12 anos de idade passou de 4,5% para 8%, o que representa um problema crescente.

“O que parece é que aquilo a que chamamos depressão é um conjunto de condições para as quais não conseguimos estabelecer fronteiras precisas” (Solomon, 2016, p.476).

Assim, segundo Solomon (2016), é improvável que tal doença tenha uma única explicação. Possivelmente é preciso analisar melhor os factos de acordo com as várias causas possíveis desta perturbação, já que são inúmeras as razões, porque está cada vez mais presente nas pessoas e, infelizmente, abrange, atualmente, um número grande de crianças e adolescentes.

2. 4 Características

Karp (2002, p. 67) diz que uma das características da depressão, que a torna mais difícil de ser entendida, é a sua ambiguidade intrínseca. Ao contrário de muitas outras doenças, que podemos ter ou não ter, todos nos sentimos “deprimidos” de vez em quando. Qualquer pessoa que se encontre deprimida não classificaria, muitas vezes, essa ocorrência como uma depressão clínica.

Conforme Solomon (2016), mesmo as pessoas que não sofrem de depressão, têm sim mau humor, tristeza, frustração, entre outros aspetos e, portanto, quando recordam que são mortais ou até mesmo quando sentem falta daqueles que partiram, segundo esse autor, o simples facto de existir num mundo transitório parece ser muito triste.

Sendo assim, mesmo aproximando-se de uma depressão maior, um indivíduo pode continuar a comportar-se normalmente, pelo menos durante um certo tempo, e as pessoas com quem lida podem achá-lo apenas hipersensível, muitas vezes, não se apercebem que estão realmente doentes; mesmo porque, não é comum, para a maioria das pessoas, ter conhecimento dos principais sintomas depressivos, principalmente nas crianças, que não estão maduras o suficiente para distinguir e expor os seus pensamentos e sentimentos diante dos acontecimentos diários (Freeman, 1990).

2. 5 Diagnóstico

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana (APA), o diagnóstico requer algumas destas condições (irritabilidade, humor depressivo, perda do interesse na maioria das atividades ou incapacidade de sentir prazer nelas) associadas a pelo menos quatro dos principais sintomas da depressão, com durabilidade de duas semanas, para que haja a comprovação do quadro. Entretanto, em crianças em plena fase de desenvolvimento da personalidade, a aplicação do diagnóstico pode ser mais complexa e delicada, pelo que se entende que tal diagnóstico, não seja tão claro para essa perturbação, como para outras doenças (APA, 2013).

Para Barros & Barsanti (2018), há algumas observações importantes a fazer quanto ao diagnóstico de depressão, principalmente entre crianças e adolescentes. Segundo estes autores, é fundamental diferenciar o que é um sentimento de tristeza do que é um quadro de depressão, porque a

proximidade dos sintomas pode confundir e prejudicar não só a identificação como a intervenção que se deve realizar junto dos jovens nestas situações.

Segundo Marcelli (2005, p. 419), a depressão na criança é mais frequentemente subavaliada, do que diagnosticada em excesso. Todavia, na criança pequena (antes dos 5-6 anos), deve ser evocado um diagnóstico diferencial: a existência de uma dor, em particular de uma dor crónica. Portanto, o quadro clínico da criança com dores apresenta inúmeros pontos em comum com a depressão. Além disso, estado doloroso crónico e reação depressiva, podem concomitantes numa mesma criança.

De acordo com a APA, na perturbação depressiva major, estão presentes 5 (ou mais) sintomas depressivos durante um período de duas semanas consecutivas, que podem incluir, sentimentos de tristeza intensa, ruminação acerca da perda, insónia, diminuição do apetite e perda de peso, os quais podem assemelhar-se a um episódio depressivo (APA, 2013).

A versatilidade desta perturbação depressiva e as dificuldades que por vezes, o psiquiatra experimenta no seu trabalho de diagnóstico, fazem com que seja necessário precisar o conceito, pois na atualidade, usa-se e abusa-se da palavra depressão. Rojas (2007) diz que “uma vez que a doença se manifesta de diferentes maneiras, dependendo das circunstâncias de cada um, não há dúvida de que estamos perante a uma palavra cujo significado pode variar [...]”, no entanto, experimentar tais estados não implica estar deprimido (Rojas, 2007 p.27).

A verdadeira depressão, segundo Rojas (2007), é um estado de abatimento terrível que, qualitativa e quantitativamente, é muito superior a qualquer esmorecimento produzido pelas vicissitudes da vida. É, portanto, um estado psicológico anormal produzido tanto por fatores exógenos (adquiridos) como endógenos (bioquímicos, hereditários), entre os quais se encontra um complexo intermédio de possibilidades que se movem entre esses dois polos.

Os dados revelam ainda a complexidade do diagnóstico, a dificuldade de profissionais na identificação de ambos os problemas (depressão e dificuldade de aprendizagem) e a necessidade de um olhar cauteloso e crítico diante da criança, já que um diagnóstico incorreto implica orientação, encaminhamento e intervenção inadequada (Colbert et al,1982, citados por Cruvinel & Boruchovitch, 2004).

A depressão Infantil grave é muitas vezes difícil de diagnosticar. Muitas crianças profundamente deprimidas, fecham-se em si próprias, tornam-se irritáveis, pouco comunicativas e, são consideradas por alguns, como maus estudantes. Portanto, nunca se deve ignorar as mudanças significativas no comportamento das crianças, principalmente, quando elas se mostram alegres e sorridentes, e, de repente, se recolhem a um silêncio e tristeza durante dias seguidos. Esta é a altura de procurar auxílio especializado (Freeman, 1990).

2.6 Algumas técnicas de tratamento

A escolha de tratamento depende de muitos fatores: a natureza do problema, a personalidade da criança, a vontade da família em participar e a sua capacidade financeira, as facilidades existentes na comunidade e, muitas vezes, a orientação do primeiro profissional consultado (Papalia & Feldman, 2001).

A maior parte dos episódios depressivos que se apresentam na prática clínica, pressupondo que eles são reconhecidos, podem ser tratados com êxito com uma combinação de aconselhamento breve e fármacos antidepressivos (Barracough & Gill, 1997).

É importante salientar que, mesmo diante dos avanços, resultantes de vários estudos e dos significativos progressos nos problemas da depressão na infância, a farmacologia não deve substituir a psicoterapia (Costa & Castro 2002, citados por Miranda, 2013, p.8).

Na psicoterapia individual, o terapeuta atende uma criança com o objetivo de a ajudar a ter uma compreensão mais profunda sobre a sua personalidade e as suas relações, e a interpretar sentimentos e comportamentos. Este tipo de tratamento pode ser útil num período de stresse, tal como a morte de um ente querido, entre outros, mesmo que a criança não mostre sinais de perturbação (Papalia & Feldman, 2001).

Já na terapia familiar, o terapeuta, segundo a mesma autora, vê a família em conjunto, faz um trabalho de observação na interação dentro do meio familiar, para que se conheça se há, ou não, padrões de funcionamento que produzam, inibam ou destruam o crescimento da criança, mesmo porque, em alguns casos, essa criança que leva a família à terapia é por muitas vezes o membro mais saudável que responde abertamente a uma situação familiar perturbada (Papalia & Feldman, 2001).

Sabe-se que, na terapia comportamental, que é uma terapia que usa princípios da teoria de aprendizagem para eliminar comportamentos indesejáveis (acessos de cólera), ou desenvolver comportamentos desejáveis (guardar brinquedos depois de brincar), e que, através de análises estatísticas de muitos estudos, se chegou à conclusão que este tipo de psicoterapia é mais eficaz do que os métodos não comportamentais com crianças e adolescentes. No entanto, os resultados eram melhores quando o tratamento era dirigido para problemas específicos e resultados desejados (Weisz, Weiss, Han, Granger & Morton, 1975, citados por Papalia & Feldman, 2001, p. 495).

A terapia farmacológica foi usada durante a década de 80 para tratar as perturbações infantis, sendo que os antidepressivos são prescritos habitualmente para a depressão e os antipsicóticos para problemas psicológicos graves (Tuma, 1989, citado por Papalia & Feldman, 2001, p. 495).

3 - NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS

3.1 Crianças com Necessidades Educativas Especiais

Conforme o Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de janeiro, constitui desígnio do XVII Governo Constitucional promover a igualdade de oportunidades, valorizar a educação e promover a melhoria da qualidade do ensino [...]. Nessa medida importa planejar um sistema de educação flexível, pautado por uma política global integrada, que permita responder à diversidade de características e necessidades de todos os alunos que implicam a inclusão das crianças e jovens com necessidades educativas especiais no quadro de uma política de qualidade orientada para o sucesso educativo de todos os alunos.

Portanto, de acordo com esse Decreto-Lei, todos os alunos têm necessidades educativas, trabalhadas no quadro da gestão da diversidade acima referida. Existem casos, porém, em que as necessidades se revestem de contornos muito específicos, exigindo a ativação de apoios especializados. As crianças com necessidades educativas especiais são capazes de atingir os mesmos resultados, mas necessitam de abordagens de ensino e formas de contactar distintas. Todos temos um papel ativo na sociedade e na forma como a mesma procede à inclusão de crianças com necessidades educativas especiais (Rocha, 2017).

Assim sendo, Alves (2013) diz que as crianças com dificuldades de aprendizagem são um grupo bastante heterogéneo, pois cada criança é única e diferente de todas as outras e as suas dificuldades são também diferentes umas das outras. No entanto, há alguns aspetos comuns à maior parte das crianças com dificuldades de aprendizagem.

Conforme Rocha (2017), as crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE) são aquelas que podem necessitar de apoios e serviços de educação especial, durante todo ou parte do seu percurso escolar, de forma a facilitar o seu desenvolvimento académico, pessoal e socioemocional, por exibirem determinadas condições específicas, como o autismo, a hiperatividade, as dificuldades de concentração, as dificuldades motoras, as dificuldades sensoriais, as dificuldades de aprendizagem e as dificuldades de compreensão e expressão.

Goleman (1995) refere que, para além de uma inteligência "intelectual" nós possuímos também uma inteligência "emocional", tão ou mais importante que a outra para o sucesso na escola e na vida.

3.2 Necessidades Educativas Especiais refletidas nas emoções

As dificuldades comportamentais e emocionais influenciam problemas académicos e estes afetam os sentimentos e os comportamentos da criança, sendo que estas dificuldades podem expressar-se tanto de forma internalizada, por meio de ansiedade, depressão, retraimento e sentimentos de inferioridade, quanto externalizada, por meio de comportamentos e atitudes que geram conflitos com o ambiente e, geralmente, são marcados por características de desafio, impulsividade, agressão, hiperatividade e ajustamento social pobre (Roeser & Eccles, 2000, citados por Cardoso, 2013).

Apesar de se ter colocada a hipótese anteriormente, da criança ser um agente passivo do ambiente, cujos comportamentos eram moldados pelo meio, atualmente, é evidente que as crianças têm um papel ativo no ambiente, e os seus comportamentos afetam o meio e a forma como os demais se relacionam com ela (Davidov, Knafo-Noam, Serbin & Moss, 2015, citados por Geraldo, 2017).

É importante salientar que os problemas cognitivos se relacionam com os processos psicológicos básicos que estão diretamente ligados à aprendizagem, nomeadamente a percepção, a memória e a atenção/concentração. Tal como os educadores se tornaram mais sensíveis ao ensino de crianças de meios culturais variados, também têm procurado responder às necessidades das crianças com capacidades e incapacidades especiais. Segundo Papalia & Feldman, três das mais frequentes origens de problemas de aprendizagem são a incapacidade intelectual, as perturbações da atenção e as dificuldades de aprendizagem (Papalia & Feldman, 2001).

A presença de sintomatologia na criança pode interferir diretamente nas atividades associadas à cognição e à emoção. Incorre que, quando a criança não é tratada a tempo, poderá desenvolver modelos de comportamento como: isolamento, retraimento, dificuldades em comunicar, entre outros, os quais podem se tornar resistentes a mudanças (Andriola & Cavalcante, 1999; Allgaier et al., 2012, citados por Miranda et al, 2013, p. 104).

As crianças com dificuldades de aprendizagem têm, frequentemente, inteligência média ou acima da média e visão e audição normais, mas parecem ter problemas no processamento de informação sensorial. Tendem a ser menos orientadas para a tarefa e a distrair-se mais facilmente do que outras crianças; como alunos, são menos organizados e é menos provável que usem estratégias de memorização (Feagans, 1983, citado por Papalia & Feldman, 2001, p. 453).

Sabe-se, portanto, que o sucesso escolar em todas as etapas da vida, é de suma importância para a autoestima, e as dificuldades de aprendizagem podem ter, muitas vezes, efeitos devastadores no domínio psicológico. “Crianças dotadas e com talento são aquelas que, identificadas por profissionais qualificados, são capazes de atingir níveis elevados de realização, em virtude das suas competências acima da média” (Marland, 1972, citado por Papalia & Feldman, 2001, p.455).

3. 3 Depressão Infantil nas crianças com Necessidades Educativas Especiais

Julga-se, por vezes, que o objetivo último da educação é conduzir a criança à maturidade no melhor estado de saúde mental, síntese equilibrada entre a expansão pessoal e a boa vontade social. Estas condições implicam uma satisfação suficiente para as necessidades psicológicas essenciais do ser humano: segurança, contactos, experiências novas, afirmação pessoal (Hotyat, 1978).

Sendo assim, algumas pesquisas evidenciam que as crianças com dificuldades académicas apresentam problemas de ordem emocional e comportamental (Medeiros, 2000, citado por Alves, 2013). Estas crianças, patenteiam, frequentemente, terem dificuldades intra e interpessoais como solidão e depressão.

Alguns estudos apontam para o risco de desenvolvimento de uma patologia depressiva, associada ou não a suicídio, em crianças com dificuldades de aprendizagem (Adrián et al., 2002, citados por Alves, 2013).

Algumas pesquisas evidenciam que as crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE) apresentam problemas de ordem emocional e comportamental. Tais crianças têm, frequentemente, dificuldades intrapessoais e interpessoais como a depressão e a solidão. Estudos apontam para o risco de desenvolvimento da perturbação da depressão, muitas vezes associadas ao suicídio.

Assim, entende-se que a criança com NEE, quando não é acompanhada adequadamente, além de ficar mais suscetível à perturbação depressiva, entre outras, provavelmente poderá, em algum momento da sua vida, não ultrapassar as suas dificuldades. Entretanto, se houver intervenção atempada, decerto conseguirá ultrapassá-las de forma significativa. Lidar com as

dificuldades comportamentais de funcionamento social e prático dos filhos, muitas vezes torna-se um fator gerador de stresse para os pais (Peer & Hillman, 2014, citados por Geraldo, 2017, p.22).

De forma geral, pode-se dizer que instabilidade emocional, dependência, tensão nervosa, dificuldade em manter a atenção, inquietude, desobediência, reações comportamentais bruscas e desconcertantes, falta de controlo sobre si mesmo, dificuldade de ajustamento à realidade, problemas de comunicação, autoconceito e autoestima baixos, reduzida tolerância à frustração, acabam por ser os problemas emocionais mais contundentes, em relação a esse grupo de crianças (Cruz, 1999, citado por Cardoso et al, 2013).

Geraldo (2017) diz que, para lidar com crianças com NEE, é de suma importância que os professores sejam instruídos a respeito do quadro específico apresentado por essas crianças, o que implica informações sobre a condição médica primária, com o respetivo diagnóstico, as habilidades cognitivas, e os repertórios comportamentais e socioadaptativos que irão auxiliá-los a lidar com as dificuldades e na estimulação da criança no ambiente escolar e familiar.

Parte II
Estudo Empírico

4. Procedimentos metodológicos

O modelo de investigação ao qual o investigador recorre deve servir o propósito da investigação, que é responder à pergunta de partida. Neste sentido, o investigar passa por vários procedimentos ao longo do seu estudo, desde a definição de objetivos à articulação entre a fundamentação teórica da temática em questão e os dados obtidos no estudo empírico. A metodologia deve ter em conta determinados critérios e deve estar de acordo com o tema a ser abordado e a quem, posteriormente, se destinará (Gunther, 2006).

Segundo Vilelas (2009), a metodologia pode ser entendida como um conjunto de procedimentos que levam o investigador à obtenção do conhecimento e, de acordo com este autor, consiste em estudar e avaliar os vários caminhos disponíveis e as suas utilizações (Vilelas, 2009, p. 19). É importante perceber, que no final de um estudo ou investigação, é suposto compreender melhor o que faz sentido num facto, sentimento ou mesmo num comportamento (Quivy & Campenhoudt, 2013).

Seguidamente serão descritas as etapas que compõem este estudo, bem como a sequência em que as mesmas foram efetuadas, serão também apresentados o tipo de metodologia, a questão de partida e os objetivos da investigação, será caracterizada a amostra e serão enumerados os instrumentos de recolha e análise de dados.

4.1 Caracterização do estudo e dos seus objetivos

Tendo em conta a pergunta de partida deste estudo: “Qual é o conhecimento que existe, por parte da criança, dos seus pais e professores, em relação à sintomatologia da Depressão Infantil?”, construímos quatro objetivos de investigação:

1. Descobrir qual a auto-perceção das crianças em relação à sintomatologia da Depressão Infantil;

2. Perceber qual a perceção dos pais relativamente à sintomatologia da Depressão Infantil nos filhos;

3. Comparar a perceção dos pais e dos filhos em relação à sintomatologia da Depressão Infantil;

4. Conhecer a perceção dos professores em relação à sintomatologia da Depressão Infantil.

Para poder dar resposta à pergunta de partida e aos objetivos de investigação elaboramos três inquéritos por questionários, um para alunos (e filhos), um para pais e outro para professores, mediante os quais recolhemos dados plausíveis que nos ajudem a compreender e alcançar algumas respostas face à problemática da nossa investigação.

No decorrer do nosso estudo inquirimos um total de 81 alunos, 81 pais e 25 professores. Do total dos professores da amostra, 10 são professores dos alunos inquiridos. Alunos e professores fazem parte de quatro escolas do 1º ciclo do ensino básico de um agrupamento de escolas do concelho de Vila Nova de Gaia.

Para a caracterização do estudo dos pais, considerou-se a idade, profissão, número de filhos, e se essas crianças (filhos) tinham alguma Necessidade Educativa Especial (NEE). Em relação aos professores, considerou-se a idade e o ano que lecionavam.

Em relação ao género dos alunos, que é composto pelas idades entre os 8 e 10 anos, varia entre 53.8% do género masculino; e 52.3% do género feminino. Com as idades compreendidas entre 9 e 11 anos, com 46.1% do género masculino; e 47.7% do género feminino.

Em relação às idades dos pais, estas variam de acordo com o género; no feminino, a média foi entre 28 e 49 anos de idade; no género masculino, a média foi entre 39 e 52 anos de idade.

Neste estudo, também foi contemplada a profissão dos pais; estão incluídos na amostra diretores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários, chefes de secções administrativas ou de negócios, peritos e técnicos adjuntos, técnicos desenhadores, vendedores, oficiais de primeira, encarregados e mestres de obra, motoristas, polícias, cozinheiros, dactilógrafas, construção civil, porteiros, contínuos, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, entre outras profissões.

No grupo dos professores desta amostra, todos lecionam o 1º ciclo do ensino básico, 6 são do género masculino, e 19 são do género feminino. Sendo o género masculino, com idades compreendidas entre 39 e 58 anos. Em relação ao género feminino, as idades estão compreendidas entre os 35 e 59 anos.

4. 2 Metodologia

O seguinte trabalho empírico contribuirá para analisar a realidade, mas também para refletir sobre o problema no presente com uma visão de futuro. Por isso os objetivos podem ser verificados empiricamente. Utilizamos, para o presente estudo, a metodologia quantitativa “com uma natureza prática, empírica e técnica que considere os recursos materiais, temporais e pessoais disponíveis para lidar com uma determinada pergunta científica” (Gunther, 2006, p. 207). A metodologia deve ter em conta determinados critérios e deve estar de acordo com o tema a ser abordado e a quem, posteriormente, se destinará.

Segundo Rocha (1999), o investigador que se coloca na perspetiva quantitativa, valoriza mais os resultados que os processos, acredita na objetividade da avaliação e coloca-se fora da subjetividade dos fenómenos educativos, valorizando mais o carácter estável do que o dinâmico da realidade educativa.

Sendo assim, este estudo contou com uma amostra de 81 crianças de uma só escola do 1º ciclo de ensino básico com idades compreendidas entre os 8 e os 11 anos, de ambos os géneros, que frequentam o 3º e 4º anos escolares. Desta amostra fazem parte 6 alunos com Necessidades Educativas Especiais, que necessitavam de apoios e serviços de educação especial durante todo ou parte do seu percurso escolar, por forma a facilitar o seu desenvolvimento académico, pessoal e socio emocional, por exibirem determinadas condições específicas como a hiperatividade, as dificuldades de concentração, as dificuldades motoras, as dificuldades sensoriais, as dificuldades de aprendizagem e as dificuldades de compreensão e expressão. Independentemente da dificuldade de cada aluno(a), todos preencheram o questionário, sendo que um ou outro necessitaram do auxílio do professor.

Em relação aos pais, a amostra foi constituída por (n=81), que correspondeu ao número de alunos que foram autorizados pelos pais a participar do estudo. Deste modo, temos a informação recolhida através dos questionários preenchidos pelos filhos e a informação reunida através do preenchimento do questionário pelos pais destas crianças. No tocante aos professores, a amostra foi de (n=25) de ambos os sexos e variadas idades; de 4 escolas do primeiro ciclo do ensino básico, que se disponibilizaram a preencher o questionário, sendo 10, o número de professores dos alunos, correspondente aos que fizeram parte do estudo, como já referimos.

Os professores das crianças foram por nós contactados, numa reunião na escola, no sentido de explicar o objetivo do estudo e, saber da sua disponibilidade para participar do mesmo. Foram entregues a cada professor envelopes de acordo com o número de alunos que lecionava, contendo o questionário para pais e a declaração de autorização, para que o seu educando respondesse ao questionário para alunos. Das autorizações recolhidas, só um encarregado de educação é que não autorizou o preenchimento do seu

educando, atribuindo essa atitude ao facto de que o seu filho não necessitava dos serviços de psicologia.

Os procedimentos éticos necessários foram cumpridos, tendo sido comunicado aos pais das crianças a garantia da confidencialidade dos dados, no tratamento e análise dos mesmos. Os pais foram, ainda, informados do carácter voluntário da sua participação na presente investigação deste estudo. Toda a informação recolhida foi tratada de forma a preservar o anonimato e a privacidade de cada um dos participantes.

Houve ainda o compromisso de, posteriormente partilhar os resultados com os pais, através de um relatório dos resultados obtidos enviado para a escola.

4. 3 Caracterização sociodemográfica da amostra

As principais características sociodemográficas da amostra, são apresentadas no (*Quadro 1*). Das (N=81) crianças (n=43) são género feminino, (53.1%), e (n=38) género masculino (46.9%). A idade média das raparigas (n=47) entre os 8 e 9 anos de idade (58.0%), e dos rapazes, com (n=34), com idade entre 9 e 11 anos (46.9%). Quanto à escolaridade dos participantes, (n=42) crianças frequentam o 3º ano (51,8%) e (n=39) frequentam o 4º ano (49.1%).

Na profissão dos pais, e utilizando a classificação profissional da Escala de Graffar em Níveis (Amaro, 1990; adaptada pela DSEEASE, 2006, citado por Costa, 2011), classificar-se-ão as famílias, em cinco categorias, segundo a profissão exercida pelo pai:

<i>Variáveis Sócio - Demográficas</i>		<i>n</i>	<i>%</i>
Género			
Feminino		43	53.1
Masculino		38	46.9
Idade			
8 aos 10 anos		47	58.0
9 aos 11 anos		34	46.9
Escolaridade			
3º ano		42	51.8
4º ano		39	49.1
<i>Categoria da Profissão dos Pais</i>			
Nível I		2	2.4
Nível II		4	5.0
Nível III		17	21.1
Nível IV		21	25.9
Nível V		37	45.6

Quadro 1 - Características Sociodemográficas da Amostra Total (n= 81)

Nessa amostra, verificou-se na categoria profissional dos pais, os seguintes resultados: número de pais no (*nível I* = 2), com (2.4%), número de pais no (*nível II* = 4), com (5%), número de pais no (*nível III* = 17), com (21.1%), número de pais no (*nível IV* = 21), com (25,9%), e a seguir, número de pais no (*nível V* = 37), com (45,6%).

Nível I	<i>Diretores de bancos, diretores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente e outros.</i>
Nível II	<i>Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdiretores de bancos, peritos e técnicos e outros.</i>
Nível III	<i>Adjuntos técnicos, desenhadores, vendedores, contramestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres de obra e outros.</i>
Nível IV	<i>Motoristas policias, cozinheiros, dactilógrafas e outros</i>
Nível V	<i>Construção civil, porteiros, contínuos, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza e outros.</i>

Quadro 2 - Características Socioprofissionais dos pais Total (n= 81)

As idades dos pais, variam entre: género feminino, compreendidas entre 28 a 49 anos; sendo a idade mais jovem a de 28 anos, e a mais velha, de 49 anos; no género masculino, as idades estão compreendidas entre 39 e 52 anos.

De acordo com os resultados, verificou-se que o género feminino, com 43 crianças, têm idades compreendidas entre os 8 e os 10 anos (53.1%). No que diz respeito ao género masculino, com 38 crianças, as idades estão compreendidas entre os 8 e 11 anos de idade (46.9%). As crianças que correspondem ao género feminino, com idade entre 9 e os 11 anos, com 20 crianças, foi de (47.7%). A seguir, e de acordo com os resultados obtidos, dos 9 aos 11 anos de idade, género masculino, com 18 crianças, foi de (46.1%).

<i>Variáveis Sócio - Demográficas</i>	Masculino (n = 39)		Feminino (n = 42)	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Idade				
8 aos 10 anos	21	53.8	22	52.3
9 aos 11 anos	18	46.1	20	47.7
Escolaridade				
3º ano	19	48.8	22	52.3
4º ano	15	39.5	25	59.6
Irmãos				
Ausência	13	33.3	12	28.6
Presença	26	66.7	30	71.5
Categoria da profissão dos pais				
Nível I	2	5.1	0	.0
Nível II	3	7.7	1	2.4
Nível III	10	25.6	7	16.7
Nível I V	14	35.9	7	16.7
Nível IV	12	30.8	25	59.5

Quadro 3 - Características Sociodemográficas da Amostra por Género (n= 81)

4. 4 Instrumentos de recolha e análise de dados

De acordo com os objetivos deste estudo, os instrumentos privilegiados usados tomaram forma de inquérito por questionário. Apesar das suas limitações, o questionário é um dos instrumentos mais utilizados em pesquisa.

Este instrumento tem a vantagem de não obrigar a uma interação direta com os sujeitos que respondem, uma vez que são os próprios que o preenchem, o que permite ainda, sempre que se achar aconselhável, que estes permaneçam anónimos. O anonimato pode ser importante no sentido de se conseguirem respostas o mais honestas possíveis.

Entende-se que o questionário está limitado pelas próprias questões que o compõem e dificilmente abrange os vários aspetos de um problema. O sujeito, quando responde na ausência do investigador, não tem com quem dissipar eventuais dúvidas e dá a sua opinião de forma subjetiva e por vezes até de certo modo tendenciosa. Assim, as questões devem ser formuladas da forma mais simples e honesta possível. Os questionários podem ser compostos por questões fechadas. O sujeito tem apenas que assinalar a sua resposta entre as hipóteses que lhe são propostas. Entretanto, tem como desvantagem limitar a resposta do sujeito e como vantagens, propor alternativas que ele poderia eventualmente ter esquecido e, facilitar a análise das respostas (Costa, 2011).

Segundo Quivy (1998) este instrumento de recolha de dados [...] “consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimento ou de consciência de um acontecimento ou de um problema. Na opinião deste mesmo autor, este tipo de técnica visa a “verificação de hipóteses teóricas e a análise das correlações que essas hipóteses sugerem” (Quivy & Campenhoudt, 1998 p. 188, citados por Serafim, 2007).

Para a elaboração do nosso inquérito por questionário aos alunos, baseámo-nos no Inventário de Depressão de Beck (CDI).

Segundo Kovacs (2001), o CDI é considerado um instrumento adequado para avaliar a depressão em crianças do ponto de vista psicométrico e permite uma correlação significativa, com valores clínicos de depressão, discriminando entre crianças deprimidas e não deprimidas. Trata-se, portanto, de um questionário de autorrelato, com 20 itens, para ser utilizado com crianças dos 8 a 12 anos de idade, inclusive. Cada item é constituído por frases que descrevem possibilidades ordenadas por gravidade de expressão. O sujeito tem que selecionar apenas uma opção, em cada item, optando por aquela que melhor represente e descreva o seu comportamento, sentimentos e ideias (Kovacs, 2001, citado por Costa, 2011).

Portanto, e de acordo com este Inventário, cada criança escolheu uma das 4 opções de respostas, presente em cada bloco de perguntas, que correspondesse a forma de como se sentia, durante as duas últimas semanas, incluindo o dia em que estava a responder ao questionário.

Elaborámos também um inquérito por questionário (anexo 5) para os pais mediante o qual recolhemos dados plausíveis que nos ajudem a compreender e alcançar algumas respostas face à problemática do nosso estudo, composto por 20 questões de respostas fechadas, tendo em conta as mesmas perguntas efetuadas às das crianças, com as seguintes alternativas de respostas: “*discordo totalmente*”; “*discordo*”; “*concordo*”; “*concordo totalmente*” e a necessidade de conhecimento das informações dos pais em relação aos seus filhos. Foi também incluído, um espaço para dados pessoais, tais como, profissão do pai e da mãe, a idade do pai e da mãe, quantos filhos tinham, rapazes ou raparigas e, se os seus filhos tinham Necessidades Educativas Especiais (NEE).

Os inquiridos foram previamente informados que as análises dos resultados recolhidos só seriam utilizadas para fins académicos, de forma a salvaguardar a identidade de todos os participantes, sobre o anonimato dos questionários, a fim de promover o seu preenchimento sem receios, possibilitando, assim, maior liberdade de expressão das suas opiniões.

A cada alternativa disponível foi atribuída uma cotação direta na escala de percentagens correspondente a: *Intensidade 1ª*; *intensidade 2ª*; *intensidade 3ª*; *intensidade 4ª*, sendo a quarta, a mais negativa, correspondente à resposta indicadora de possíveis sintomas depressivos, e conseqüentemente, de maior intensidade relativamente aos sintomas da depressão.

Numa reunião com professores dos alunos que participaram no estudo, foram apresentados os objetivos do mesmo e foi auscultada a disponibilidade destes para participar. As respostas dos professores foram todas afirmativas, demonstrando abertura e confiança neste estudo. Foi entregue, a cada professor, um conjunto de envelopes de acordo com o número de alunos da turma, contendo um pedido de autorização para os pais assinarem, a fim de autorizarem os seus filhos a responder ao inquérito por questionário para alunos, e um questionário para os pais, para que fossem devidamente preenchidos e assinada a autorização para os filhos. Das autorizações recolhidas de todos os pais, só um encarregado de educação é que não autorizou o seu educando a participar, atribuindo essa atitude ao facto de que o seu filho não necessitava dos serviços de psicologia.

As questões do inquérito por questionário (*anexo 6*) foram elaborados de forma a que, cada professor, transmitisse o seu sentir em diversas observações, dentro da sala de aula, na escola e em contacto com os pais, na organização face aos problemas da depressão infantil, não sendo como prioridade a análise dos comportamentos depressivos, mas sim, uma observação global, caracterizada pelas ideias que os professores têm acerca da Depressão Infantil.

Em função dos resultados obtidos, a análise dos resultados dos três inquéritos por questionário foram realizadas pelo programa Microsoft Office Excel 2010. Para a organização e tratamento da informação utilizamos gráficos expressos, respetivamente, em frequências e percentagens.

5. Apresentação e análise de dados

5.1 Apresentação dos resultados dos inquéritos por questionário aos alunos

No quadro seguinte apresentamos os resultados gerais das respostas dos alunos aos inquéritos por questionários. A cada variável do *quadro 4* foi atribuída uma cotação direta, na escala de níveis de intensidade (1- 2- 3- 4), onde atribuímos a cada opção de respostas, uma percentagem indicadora de intensidade crescente, conforme os níveis relativos à sintomatologia depressiva. Podemos dizer que o nível 4 corresponde às respostas com mais intensidade de sintomas depressivos.

<i>Opção de resposta</i>		1	2	3	4
<i>Variáveis</i>		Nível de Intensidade	Nível de Intensidade	Nível de Intensidade	Nível de Intensidade
1	Tristeza	80.3.	16.1	2.4	1.2
2	Frustração	50.5	8.6	38.5	2.4
3	Ineficácia	39.4	7.4	53.2	.0
4	Interação	12.7	65.6	21.7	.0
5	Agressividade	54.2	43.4	1.2	1.2
6	Negativismo	50.3	32.4	16.1	1.2
7	Autoestima	12.5	80.1	6.2	1.2
8	Culpabilidade	54.6	23.5	15.7	6.2
9	Comportamentos	29.9	61.7	7.2	1.2
10	Deprimidos	76.4	18.2	4.2	1.2
11	Preocupação	71.4	11.1	12.5	5.0
12	Relação	19.6	61.5	16.5	2.4
13	Amor-próprio	15.3	62.5	16.1	6.1
14	Perturbação do Sono	22.1	35.8	37.2	4.9
15	Cansaço	68.3	9.2	17.6	4.9
16	Solidão	44.2	46.2	7.2	2.4
17	Alegria	31.5	56.4	12.1	.0
18	Valorização	41.4	25.5	24.5	8.6
19	Desvalorização	9.4	2.5	8.6	79.5
20	Desobediência	28.9	46.4	21.0	3.7

Quadro 4 - Respostas percentuais relativas à intensidade Total (n= 81)

De acordo com as variáveis do *quadro 4* do questionário aos alunos, foram transcritas as quatro opções de resposta, assim como as percentagens obtidas através da análise dos resultados, apresentando, de seguida, cada uma das variáveis individualmente.

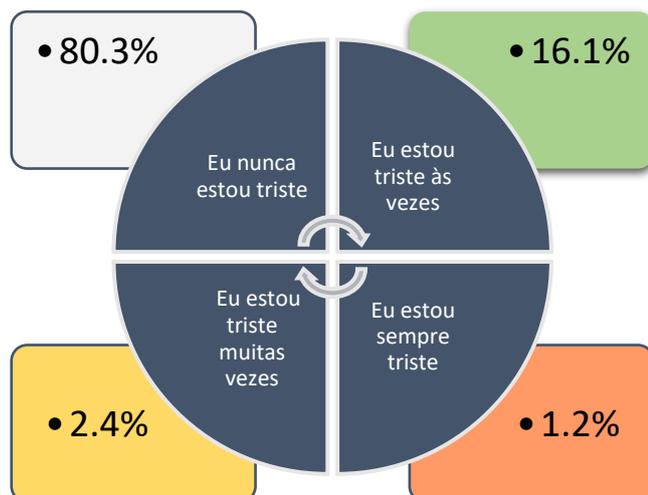


GRÁFICO 1 - RESULTADOS RELATIVOS À VARIÁVEL TRISTEZA

No gráfico 1, que diz respeito às respostas relativas à variável Tristeza, verificou-se uma maior percentagem na resposta “eu nunca estou triste”, com 80.3%. Os resultados mostram também, uma percentagem significativa na resposta “eu estou triste às vezes”, com 16.1%. Nas restantes respostas, os inquiridos apresentaram percentagens baixas, com 2.4% e 1.2%, respetivamente.

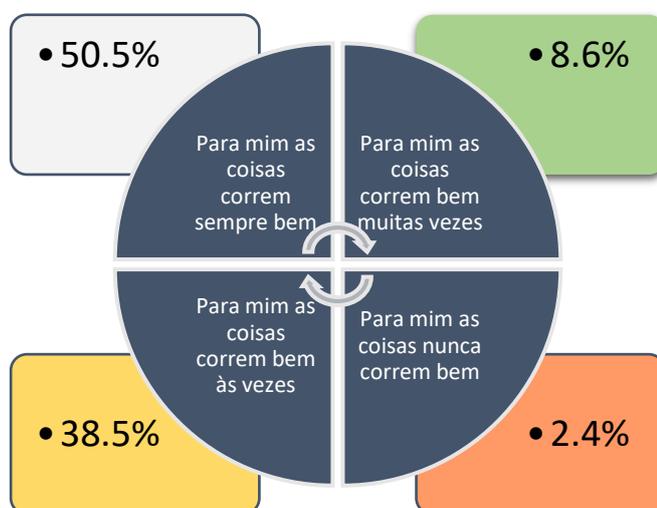


GRÁFICO 2 - RESULTADOS RELATIVOS À VARIÁVEL FRUSTAÇÃO

No gráfico 2, que diz respeito às respostas relativas à variável Frustração, verificou-se uma maior percentagem na resposta “para mim as coisas correm sempre bem” com 50.5%. Os inquiridos apresentaram uma percentagem baixa na resposta “para mim as coisas correm bem muitas vezes”, com 8.6%. Os resultados mostram também, uma percentagem significativa, na resposta “para mim as coisas correm bem às vezes”, com 38.5%. Verificou-se uma percentagem menor na resposta “para mim as coisas nunca correm bem”, com 2.4

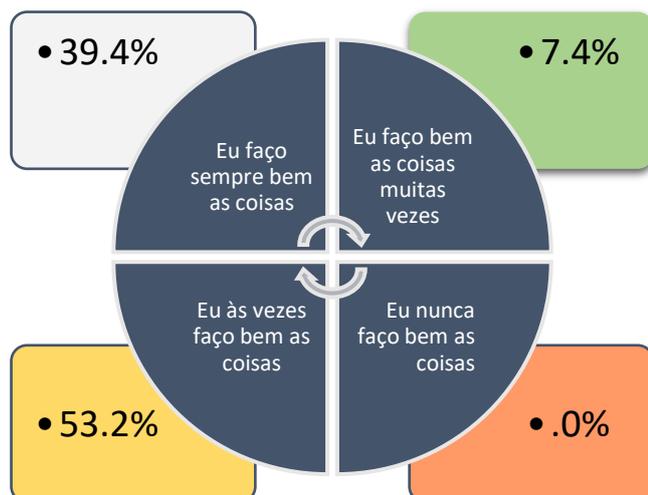


GRÁFICO 3 - RESULTADOS RELATIVOS À VARIÁVEL INEFICÁCIA

No gráfico 3, que diz respeito às respostas relativas à variável Ineficácia, verificou-se uma percentagem significativa na resposta “eu faço sempre bem as coisas”, com 39.4%. Os inquiridos apresentaram uma percentagem baixa na resposta “eu faço bem as coisas muitas vezes”, com 7.4%. Os resultados mostram também, que existe uma maior percentagem, na resposta “eu às vezes faço bem as coisas”, com 53.2%. Notou-se ausência total de percentagem, na resposta “eu nunca faço bem as coisas”, com .0%.

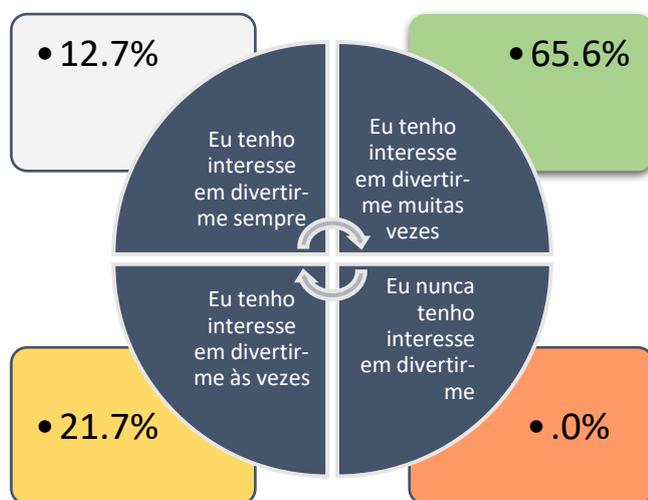


GRÁFICO 4 - RESULTADOS RELATIVOS À VARIÁVEL INTERAÇÃO

No gráfico 4, que diz respeito às respostas relativas à variável Interação, os inquiridos apresentaram uma percentagem significativa, na resposta “eu tenho interesse em divertir-me sempre” com, 12.7%. Verificou-se também, uma maior percentagem na resposta “eu tenho interesse em divertir-me muitas vezes”, com 65.6%. Os resultados mostram também, uma percentagem significativa, na resposta “eu tenho interesse em divertir-me às vezes”, com 21.7%. Notou-se ausência total de percentagem, na resposta “eu nunca tenho interesse em divertir-me”, com .0%

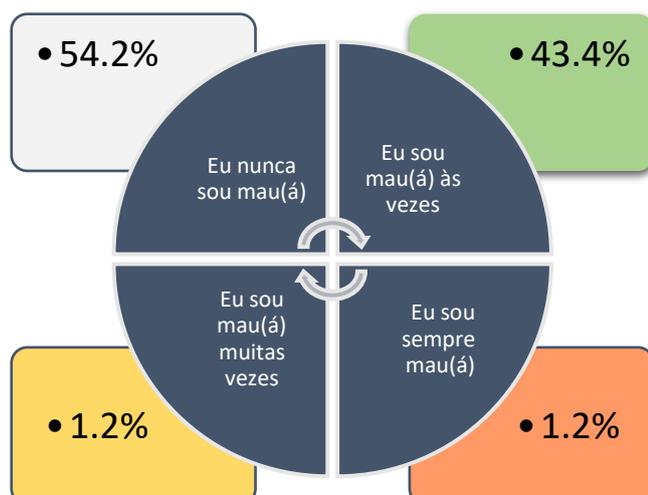


GRÁFICO 5 - RESULTADOS RELATIVOS À VARIÁVEL AGRESSIVIDADE

No gráfico 5, que diz respeito às respostas relativas à variável Agressividade, verificou-se uma maior percentagem na resposta “eu nunca sou mau(á)”, com 54.2%. Os resultados mostram uma percentagem significativa, na resposta “eu sou mau (á) às vezes”, com 43.4%. Nas restantes respostas, os inquiridos apresentaram percentagens baixas com, 1.2% e 1.2%, respetivamente

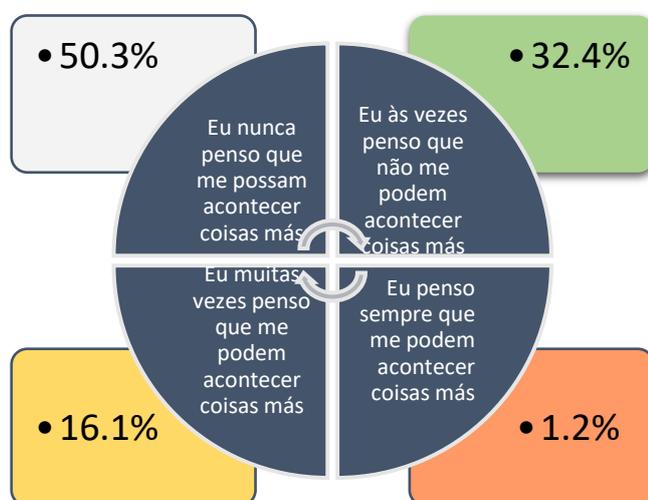


GRÁFICO 6 - RESULTADOS RELATIVOS À VARIÁVEL NEGATIVISMO

No gráfico 6, que diz respeito às respostas relativas à variável Negativismo, verificou-se uma maior percentagem, na resposta “eu nunca penso que me possam acontecer coisas más”, com 50.3%. Os resultados mostram também, percentagens significativas, nas respostas “eu às vezes penso que não me podem acontecer coisas más”, com 32.4%; “eu muitas vezes penso que me podem acontecer coisas más” com 16.1%. Verificou-se uma percentagem baixa, na resposta “eu penso sempre que me podem acontecer coisas más”, com 1.2%.

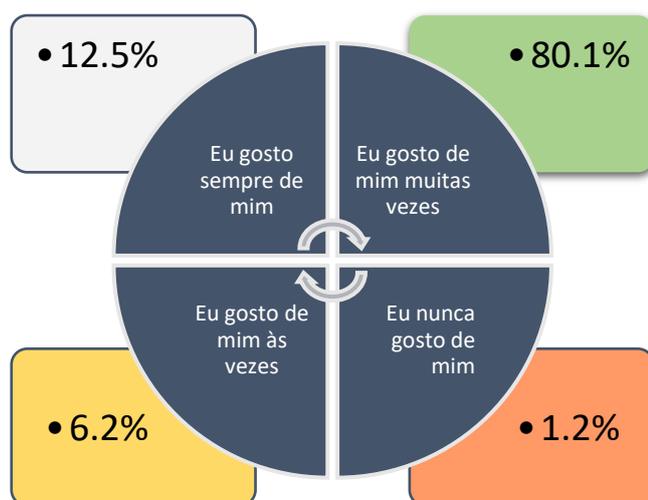


GRÁFICO 7 - RESULTADOS RELATIVOS À VARIÁVEL AUTOESTIMA

No gráfico 7, que diz respeito às respostas relativas à variável Autoestima, verificou-se uma percentagem significativa na resposta “eu gosto sempre de mim”, com 12.5%. Os inquiridos apresentaram uma maior percentagem, na resposta “eu gosto de mim muitas vezes”, com 80.1%. E nas restantes respostas, os inquiridos apresentaram percentagens baixas com, 6.2% e 1.2%

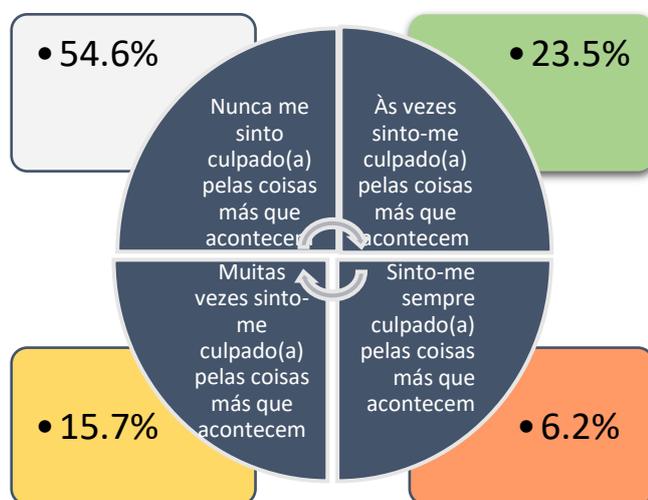


GRÁFICO 8 - RESULTADOS RELATIVOS À VARIÁVEL CULPABILIDADE

No gráfico 8, que diz respeito às respostas relativas à variável Culpabilidade, verificou-se uma maior percentagem na resposta “nunca me sinto culpado(a) pelas coisas más que acontecem”, com 54.6%. Os resultados mostram também, percentagens significativas, nas respostas “às vezes sinto-me culpado(a) pelas coisas más que acontecem”, com 23.5%; “muitas vezes sinto-me culpado(a) pelas coisas más que acontecem”, com 15.7%. Verificou-se uma percentagem baixa, na resposta “sinto-me sempre culpado(a) pelas coisas más”

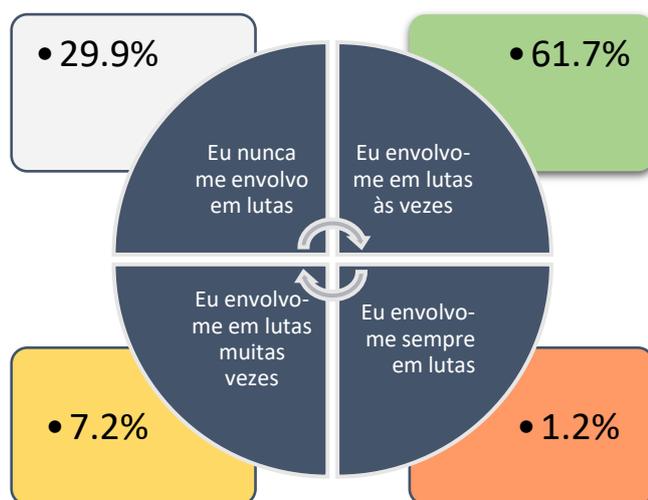


GRÁFICO 9 - RESULTADOS RELATIVOS À VARIÁVEL COMPORTAMENTOS

No gráfico 9, que diz respeito às respostas relativas à variável Comportamentos, verificou-se uma percentagem significativa na resposta “eu nunca me envolvo em lutas”, com 29.9%. Os resultados mostram, que existe uma maior percentagem, na resposta “eu envolvo-me em lutas às vezes”, com 61.7%. Os inquiridos apresentaram percentagens baixas nas restantes respostas, com 7.2% e 1.2%.

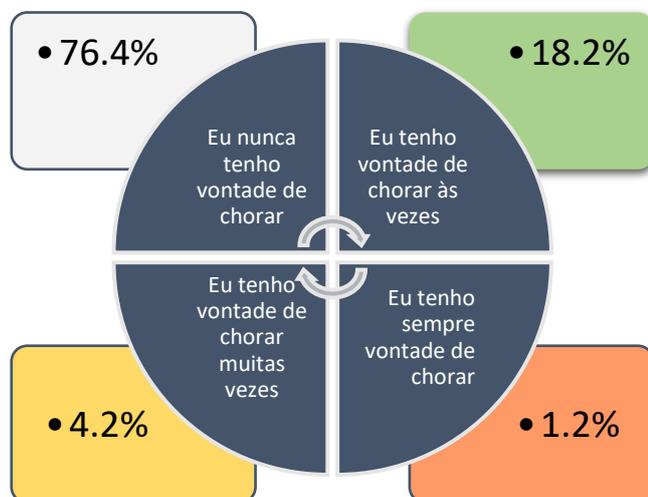


GRÁFICO 10 - RESULTADOS RELATIVOS À VARIÁVEL CHORO

No gráfico 10, que diz respeito às respostas relativas à variável Choro, verificou-se uma maior percentagem na resposta “eu nunca tenho vontade de chorar”, com 76.4%. Os resultados mostram uma percentagem significativa na resposta “eu tenho vontade de chorar às vezes”, com 18.2%. Os inquiridos apresentaram percentagens baixas nas respostas “eu tenho vontade de chorar muitas vezes”, com 4.2%; “eu tenho sempre vontade de chorar “ com, 1.2

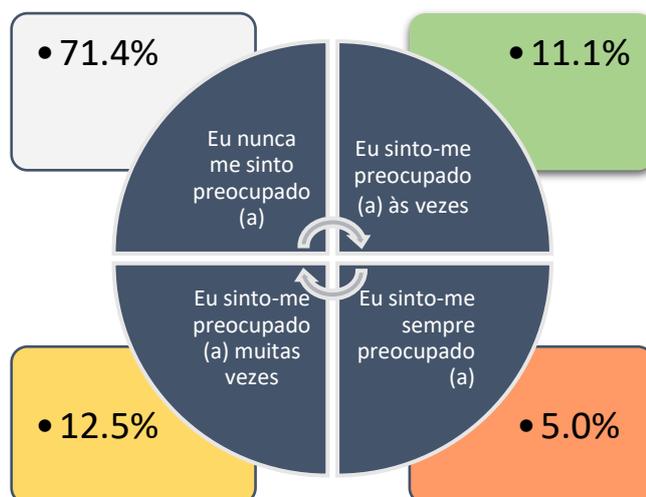


GRÁFICO 11 - RESULTADOS RELATIVOS À VARIÁVEL PREOCUPAÇÃO

No gráfico 11, que diz respeito às respostas relativas à variável Preocupação, verificou-se uma maior percentagem na resposta “eu nunca me sinto preocupado(a)”, com 71.4%. Os resultados apresentaram percentagens significativas nas seguintes respostas “eu sinto-me preocupado (a) às vezes”, com 11.1%; “eu sinto-me preocupado(a) muitas vezes”, com 12.5%, respetivamente. Verificou-se uma baixa percentagem na resposta “eu sinto-me sempre preocupado(a)”, com 5.0%.

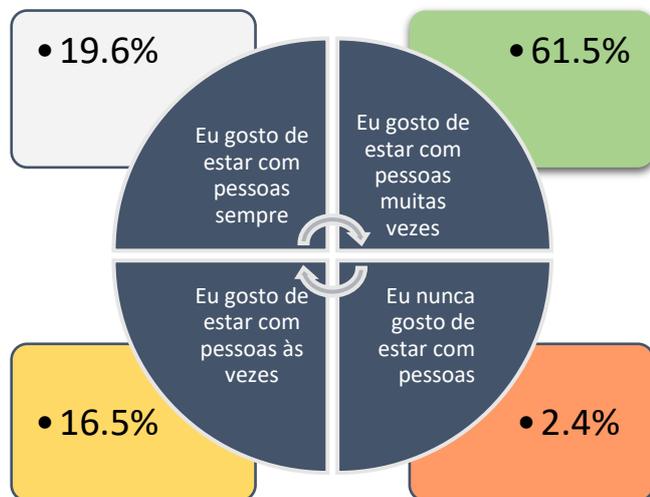


GRÁFICO 12 - RESULTADOS RELATIVOS À VARIÁVEL INTERPESSOAL

No gráfico 12, que diz respeito às respostas relativas à variável Relação Interpessoal, verificou-se uma percentagem significativa, na resposta “eu gosto de estar com pessoas sempre”, com 19.6%. Os inquiridos apresentaram uma maior percentagem, na resposta “eu gosto de estar com pessoas muitas vezes”, com 61.5%. Os resultados mostram também, que existe uma percentagem significativa na resposta “eu gosto de estar com pessoas às vezes”, com 16.5%. Notou-se uma menor percentagem, na resposta “eu nunca gosto de estar com pessoas”, com 2.4%.

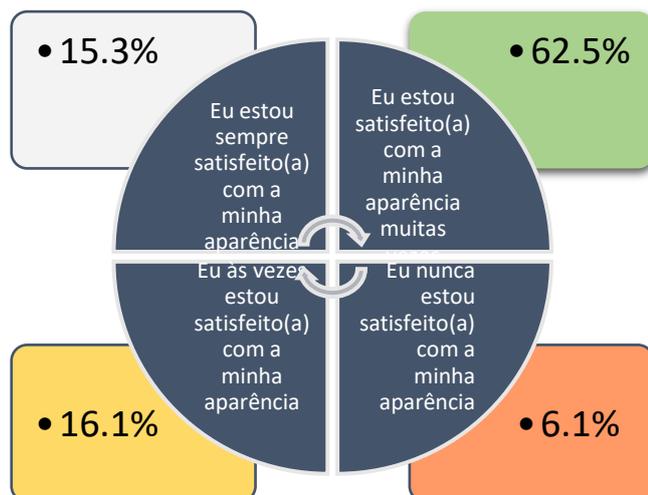


GRÁFICO 13 - RESULTADOS RELATIVOS À VARIÁVEL AMOR-PRÓPRIO

No gráfico 13, que diz respeito às respostas relativas à variável Amor Próprio, verificou-se uma percentagem significativa na resposta “eu estou sempre satisfeito(a) com a minha aparência”, com 15.3%. Os inquiridos apresentaram uma maior percentagem na resposta “eu estou satisfeito (a) com a minha aparência muitas vezes”, com 62.5%. Os resultados mostram uma percentagem significativa, na resposta “eu às vezes estou satisfeito(a) com a minha aparência”, com 16. 1%. Apresentaram uma percentagem baixa, na resposta “eu nunca estou satisfeito(a) com a minha aparência”, com 6.1%.

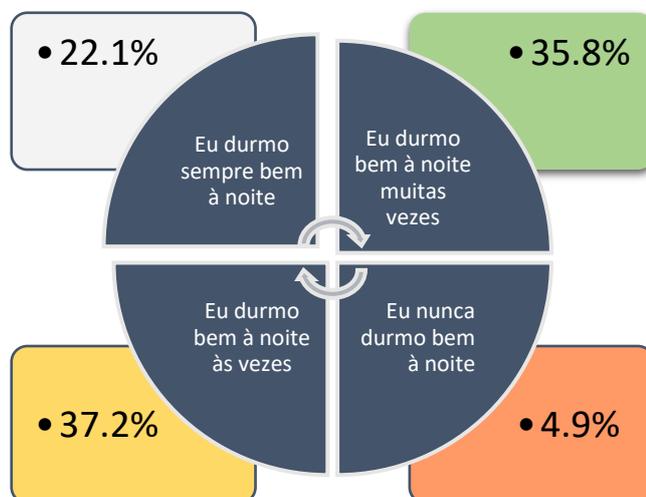


GRÁFICO 14 - RESULTADOS RELATIVOS À VARIÁVEL PERTURBAÇÃO DO SONO

No gráfico 14, que diz respeito às respostas relativas à variável Perturbação do Sono, verificou-se uma percentagem significativa, na resposta “eu durmo sempre bem à noite”, com 22.1%. Os resultados mostram também, uma percentagem significativa na resposta “eu durmo bem à noite muitas vezes”, com 35.8%. Apresentaram uma percentagem maior, na resposta “eu durmo bem à noite às vezes”, com 37.2%. Notou-se uma baixa percentagem na resposta “eu nunca durmo bem à noite”, com 4.9%.

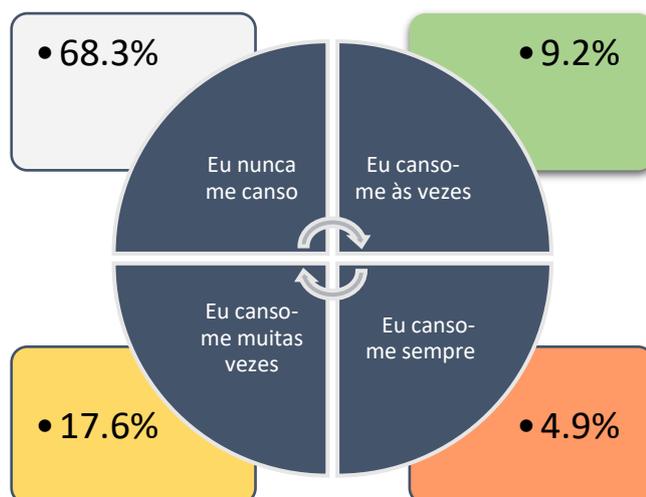


GRÁFICO 15 - RESULTADOS RELATIVOS À VARIÁVEL CANSATO

No gráfico 15, que diz respeito às respostas relativas à variável, Cansaço, verificou-se uma maior percentagem na resposta “eu nunca me canso”, com 68.3%; os resultados mostram também, que existe uma percentagem baixa na resposta “eu canso-me às vezes” com 9.2%. Os inquiridos, apresentaram uma percentagem significativa, na resposta “eu canso-me muitas vezes”, com 17.6%. Verificou-se uma menor percentagem, na resposta “eu canso-me sempre”, com 4.9%.

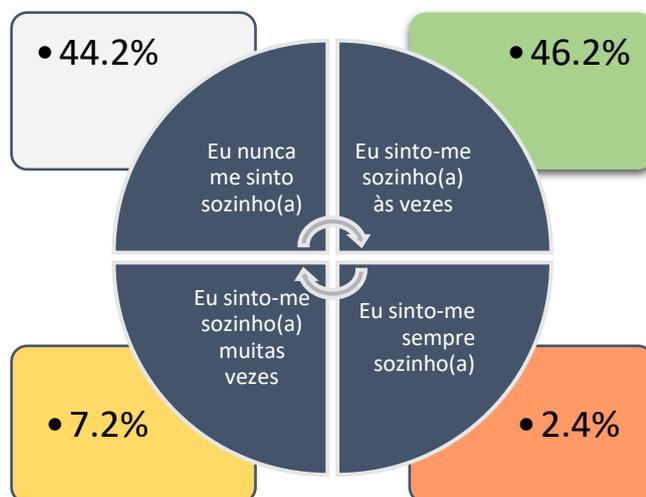


GRÁFICO 16 - RESULTADOS RELATIVOS À VARIÁVEL SOLIDÃO

No gráfico 16, que diz respeito às respostas relativas à variável, Solidão, foram verificadas percentagens maiores nas respostas “eu nunca me sinto sozinho”, com 44.2%; “eu sinto-me sozinho às vezes”, com 46.2% respetivamente. Os resultados mostram percentagens baixas, nas restantes respostas, com 7.2% e 2.4%, respetivamente.

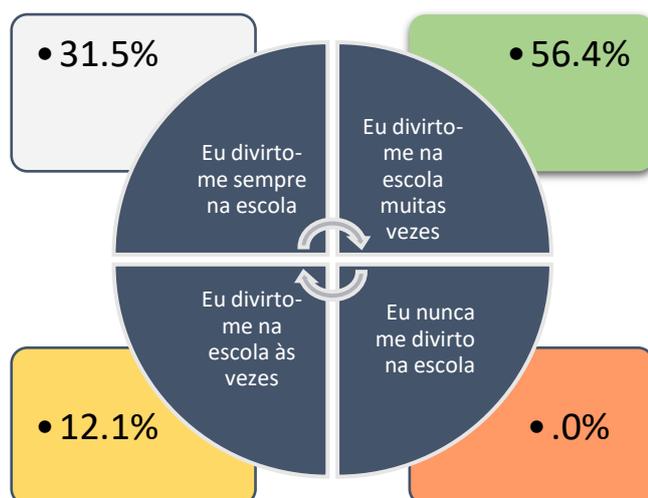


GRÁFICO 17 - RESULTADOS RELATIVOS À VARIÁVEL ALEGRIA

No gráfico 17, que diz respeito às respostas relativas à variável Alegria, os inquiridos apresentaram uma percentagem significativa, na resposta " eu divirto-me sempre na escola", com 31.5%. Verificou-se uma maior percentagem na resposta "eu divirto-me na escola muitas vezes ", com 56.4%. Os resultados apresentaram também, uma percentagem significativa, na resposta "eu divirto-me na escola às vezes", com 12.1%. Notou-se ausência de percentagem na resposta "eu nunca me divirto na escola", com .0%.

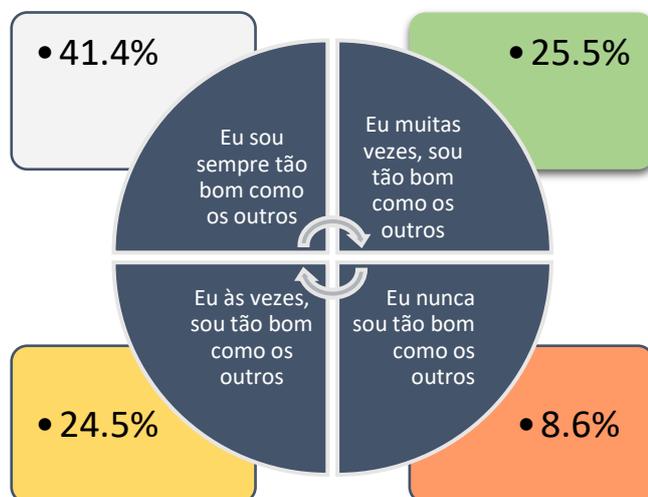


GRÁFICO 18 - RESULTADOS RELATIVOS À VARIÁVEL NEGATIVISMO

No gráfico 18, que diz respeito às respostas relativas à variável Valorização, os inquiridos apresentaram uma maior percentagem na resposta "eu sou sempre tão bom como os outros", com 41.4%. Os resultados apresentaram uma percentagem significativa, nas seguintes respostas "eu muitas vezes, sou tão bom como os outros", com 25.5%; "eu às vezes, sou tão bom como os outros", com 24.5% respetivamente. Notou-se uma percentagem baixa na resposta "eu nunca sou tão bom como os outros", com 8.6%

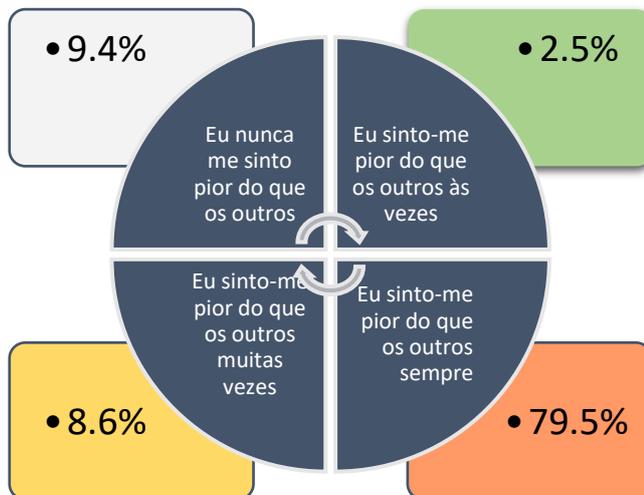


GRÁFICO 19 - RESULTADOS RELATIVOS À VARIÁVEL DESVALORIZAÇÃO

No gráfico 19, que diz respeito às respostas relativas à variável Desvalorização, verificou-se uma percentagem baixa nas seguintes respostas “eu nunca me sinto pior do que os outros”, com 9.4%; “eu sinto-me pior do que os outros às vezes”, com 2.5%; “eu sinto-me pior do que os outros muitas vezes”, com 8.6% respetivamente. Os inquiridos apresentaram uma maior percentagem na resposta “eu sinto-me pior do que os outros sempre”, com 79.5%.

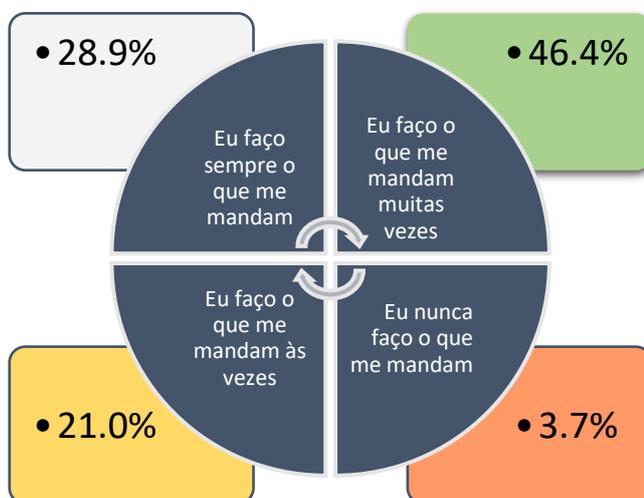


GRÁFICO 20 - RESULTADOS RELATIVOS À VARIÁVEL DESOBEDIÊNCIA

No gráfico 20, que diz respeito às respostas relativas ao variável Desobediência, apresentaram uma percentagem significativa, na resposta “eu faço sempre o que me mandam”, com 28.9%. Os inquiridos apresentaram uma percentagem maior, na resposta “eu faço o que me mandam muitas vezes”, com 46.4%. Os resultados mostram também, que existe uma percentagem significativa, na resposta “eu faço o que me mandam às vezes”, com 21.0%. Verificou-se uma menor percentagem na resposta “eu nunca faço o que me mandam”, com 3.7%.

5.1.1 Análise e discussão dos dados dos alunos

O instrumento utilizado para recolha de dados foi desenvolvido com o intuito de responder à necessidade do conhecimento e intensidade relativos à sintomatologia depressiva, específico para crianças que frequentam o primeiro ciclo do ensino básico, tendo como base, o Inventário de Depressão de Beck (CDI).

Subescalas analisadas		
Fatores		nº de variáveis
Humor negativo	2.9%	1 - 6 - 8 -10 -14
Problemas Interpessoais	2.3%	5 - 9 - 20
Ineficácia	19.0%	2 - 3 - 15 -18 -19
Retraimento Social	2.4%	4 – 11 – 12 - 16
Autoestima	2.4%	7 – 13 -17

Quadro 5 – Subescalas da intensidade depressiva das variáveis sobre a D.I.

Total (n= 81)

Este instrumento abrange um conjunto variadíssimo de respostas com intensidade mais negativa, em relação à sintomatologia depressiva de natureza cognitiva, “*eu não gosto de mim*”; natureza afetiva, “*estou sempre triste*”; natureza comportamental, “*eu nem sempre faço o que me mandam*”; implica alteração de humor, funções vegetativas, auto discriminação, nos seus comportamentos interpessoais. Deste modo, envolve questões descritivas, relativas ao pessimismo, à tristeza, à insatisfação, aos sentimentos de insucesso, ao não gostar de si, à culpa, à autoagressão, ao isolamento na escola e em casa.

No presente estudo, importa mencionar, que nem todos os participantes da amostra total de 81 alunos, apresentaram, de acordo com as suas

respostas, intensidade de sintomatologia depressiva significativa. Verificou-se que tal prevalência foi evidenciada nas respostas mais negativas, em (29.6%) desses alunos. Numa análise mais pormenorizada, por género, verificamos uma taxa mais elevada, de (55.3%), nas respostas de intensidade mais negativa, relacionada à sintomatologia depressiva, no género masculino, quando comparada com uma percentagem de (30.2%), no género feminino. No estudo, e, de acordo com as opções de respostas ao inquérito, evidenciou-se homogeneidade, na prevalência de possíveis sintomas depressivos, em relação ao género. Deste modo, os dados do nosso estudo mostraram que a maioria das crianças, que optaram pelas respostas mais negativas e, portanto de maior intensidade, relacionada aos sintomas depressivos, é do género masculino.

Em relação à idade, verificamos uma menor percentagem de crianças entre os 8 e os 9 anos de idade, que responderam às perguntas mais negativas, em relação à sintomatologia depressiva, com (21.2%); quando comparada com (61.8%) de crianças, com idades entre os 9 e os 11 anos, que optaram também, pelas respostas mais negativas, em relação à sintomatologia depressiva. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de as crianças com menor idade não serem capazes de lidar tão bem com operações formais necessárias para uma melhor compreensão dos itens do questionário.

Serão evidenciados, os resultados mais relevantes, e com maior implicação, no que concerne às respostas mais negativas, e, portanto, com mais intensidade, em relação à sintomatologia depressiva. Na amostra total, verificou-se que 24 crianças (29.6 %), optaram pelas respostas com mais intensidade em relação à sintomatologia depressiva; e 57 crianças (70,3% da amostra) optaram pelas respostas com menor intensidade, em relação à sintomatologia depressiva, conforme dados do *quadro=6*.

Intensidade	n	%
Pouca intensidade	57	70,3
Alguma intensidade	24	29,6

Quadro 6 – Prevalência de intensidade na amostra total (n= 81)

Verificou-se que, em relação ao género, houve uma maior percentagem nas respostas mais negativas, em relação à intensidade de sintomatologia depressiva, no género masculino, com (44.7%) das crianças. No género feminino, foi de (30.2%). Assim, de acordo com os resultados, existe uma maior percentagem de crianças do género masculino, que optaram pelas respostas com mais intensidade relativa à sintomatologia depressiva, do que as crianças do género feminino (*quadro 7*).

Intensidade depressiva	Género Masculino (n= 38)		Género Feminino (n= 43)	
	n	%	n	%
Pouca intensidade	21	68.9	30	55.3
Alguma intensidade	17	44.7	13	30.2

Quadro 7– Prevalência de intensidade depressiva na amostra do género (n= 81)

Em relação à idade, verificou-se uma maior percentagem nas respostas mais intensas em relação à sintomatologia depressiva, entre os 9 e os 11 anos. De facto, 61.8% das crianças entre os 9 e 11 anos, optaram pelas respostas com mais intensidade em relação à sintomatologia depressiva, enquanto que nas crianças entre os 8 e os 9 anos, foi de 21.2% (*quadro 8*).

Intensidade Depressiva	8 aos 9 anos (n= 47)		9 aos 11 anos (n=34)	
	n	%	n	%
Pouca intensidade	25	53.1	13	38.2
Alguma intensidade	10	21.2	21	61.8

Quadro 8 – Prevalência de intensidade depressiva na amostra relação à idade (n= 81)

Verificou-se também uma maior percentagem nas respostas com mais intensidade em relação à sintomatologia depressiva, nas crianças sem irmãos (*quadro=9*), com 69.7%. Nas crianças com irmãos foi de (39%). Vale a pena salientar que este resultado, segundo (Costa,2011), parece ir de encontro aos dados do nosso estudo, que mostrou que a população composta por crianças com possíveis sintomas depressivos, não possui, na sua maioria, irmãos.

Intensidade Depressiva	Ausência (n= 25)		Presença (n=56)	
	n	%	n	%
Pouca intensidade	15	60.0	39	69.7
Alguma intensidade	10	40.0	17	30.3

Quadro 9 – Prevalência de intensidade depressiva na amostra em relação aos irmãos (n= 81)

Em relação à escolaridade, categorizou-se a variável em 2 grupos, no que diz respeito ao grupo de crianças que frequentam o 3º e 4º anos de escolaridade. Verificou-se uma maior percentagem nas respostas mais negativas, em relação à intensidade de sintomatologia depressiva, nas crianças que se encontram a frequentar o 4º ano de escolaridade, com 53.8% destes sujeitos, enquanto que, nas crianças que frequentam o 3º ano, a percentagem apresentada foi de 23.8% (*quadro 9*).

Intensidade Depressiva	3º ano (n= 42)		4º ano (n= 39)	
	n	%	n	%
Pouca intensidade	25	59.5	18	46.1
Alguma intensidade	10	23.8	21	53.8

Quadro 10 – Prevalência de intensidade depressiva na amostra em relação à escolaridade (n= 81)

O resultado da amostra em relação aos alunos com Necessidades Educativas Especiais (**NEE**), composta por 6 alunos, com variadas perturbações do comportamento, já descritos neste estudo, e comparando com os outros alunos das mesmas turmas não foi significativo.

Intensidade Depressiva	3º ano (n= 2)		4º ano (n= 4)	
	n	%	n	%
Pouca intensidade	2	2.4	4	4.7
Alguma intensidade	0	.0	2	2.4

Quadro 11 – Prevalência de intensidade depressiva na amostra das crianças com (NEE) (n= 81)

A amostra deste estudo, tal como realizado por outros autores, como por exemplo Dias & Gonçalves (1999) e Passos & Machado (2002, citado por Costa 2011), evidenciou presença de possíveis sintomas depressivos, de acordo com os resultados obtidos através das percentagens, relativamente às respostas de intensidade mais negativa, no que diz respeito à sintomatologia depressiva (n=24); tal amostra, foi dividida em 4 grupos, de acordo com a intensidade das respostas negativas relacionadas à intensidade de sintomatologia depressiva. Foi usada como base e, já citada anteriormente, a classificação de sintomas depressivos, utilizada por Passos e Machado (2002), que assim também, vai de encontro com a APA (2013), que as classifica como, ligeira, leve, moderada e grave. Ao analisarmos as respostas com maior intensidade negativa relacionadas com a sintomatologia depressiva, limitamo-nos a enfatizar, àquelas que nos remete ao estudo, que foi observar com mais atenção às respostas mais negativas, e, portanto, com mais intensidade relacionadas à sintomatologia depressiva, mesmo porque, não é o nosso objetivo, diagnosticar, ou sermos tendenciosos em relação ao resultado desse estudo, ao presarmos o anonimato de todos os envolvidos neste inquérito, relativamente no que diz respeito a depressão Infantil e seus sintomas. Os resultados mostram que as 81 crianças apresentaram uma percentagem de 1.6% nas respostas mais negativas, de acordo com a intensidade relacionada com a sintomatologia depressiva (*quadro 10*).

5.2 Apresentação dos resultados dos inquéritos por questionário aos pais

É no contexto familiar que se aprende a compartilhar experiências de alegrias e tristezas, vitórias e fracassos, a respeitar os limites, a viver em grupo. Aprende-se a lidar com sentimentos de amor, ódio, inveja, egocentrismo, companheirismo, amizade, respeito, solidariedade.

Quisemos enriquecer o nosso estudo, e torná-lo mais interessante, ao fazermos um confronto entre as respostas dos questionários dos alunos e as respostas do questionário dos pais. Estes últimos foram preenchidos despreocupadamente, no âmbito familiar. Desta forma, pretendemos ter a perceção do conhecimento dos comportamentos dos filhos e, de acordo com este cruzamento de informações, ficarmos cientes, se os resultados dos pais estudo vão ao encontro das respostas dadas pelos filhos, sobre a intensidade depressiva infantil.

Para conseguirmos descodificar as motivações dos pais (*quadro 12*), fizemos um quadro comparativo das variáveis, para aproximar as respostas dadas pelos seus educandos. Em cada pergunta dos questionários de pais e dos filhos criamos uma variável com sinónimo de igualdade e encontrar uma correlação entre a intensidade das respostas dos filhos e a correspondente resposta dos pais à mesma variável.

Estes resultados mostram que as respostas dos pais e alunos nas mesmas variáveis, não apresentam diferenças visíveis.

<i>Variáveis</i>		Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	Desânimo	85,2%	9.9%	4.9%	.0%
2	Desilusão	70.3%	3.8%	23.4%	2.5%
3	Fraqueza	68.0%	9.8%	8.6%	13.6%
4	Responsabilidade	74.1%	12.3%	9.9%	3.7%
5	Desafiador	80.2%	14.8%	2.5%	2.5%
6	Pessimista	92.6%	3.7%	3.7%	.0%
7	Incapacidade	91.3%	8.7%	.0%	.0%
8	Culpabilidade	63.0%	22.2%	9.9%	4.9%
9	Conduta	87.7%	6.1%	2.5%	3.7%
10	Desanimado	71,7%	12.3%	12.3%	3.7%
11	Inquietação	74,3%	19.2.%	5,3%	1.2%
12	Interação	69.5%	12.1%	14.7%	3.7%
13	Amor-próprio	4.9%	22.2%	11.3%	31.6%
14	Agitação	67.8%	8.7%	9.9%	13.6%
15	Esgotado/exaustão	83.6%	8.6%	5.3.%	2.5%
16	Isolamento	76.5%	12.5%	6.1%	4.9%
17	Tristeza	93.3%	4.9%	1.8%	.0%
18	Dependência	71.7.%	19.7%	4.9%	3.7%
19	Percepção negativa	72.1%	8.6%	10.7%	8.6%
20	Malcriado	57.3%	24.1%	16.1%	2.5

Quadro 12–Subescalas das respostas dos pais e graus de intensidades depressivas
Total (n= 81)

5.3 Comparação dos dados entre pais e filhos

Ao observarmos o *quadro 13*, que corresponde às subescalas dos inquéritos por questionário, percebemos que, em relação aos alunos e pais, não existem diferenças nas respostas relativas a intensidade de sintomatologia depressiva. No primeiro sintoma, que diz respeito ao “*humor negativo*”, a percentagem foi de (2.9%) em relação aos filhos; percentagem com pouca diferença, se comparada com o resultado dos pais, que foi de (3.2%).

Subescalas de intensidade depressiva analisadas entre percentagens dos filhos e pais						
Fatores dos filhos			Fatores dos pais			
	%	nº das perguntas		%	nº das perguntas	
Humor negativo	2.9%	1 - 6 - 8 -10 -14	Humor negativo	3.2%	1- 2-19- 6- 8	
Problemas Interpessoais	2.3%	5 - 9 - 20	Problemas Interpessoais	2.5%	20- 9- 11- 5	
Ineficácia	19.0%	2 - 3 - 15 -18 -19	Ineficácia	5.9%	15- 18- 4- 3	
Retraimento Social	2.4%	4 – 11 – 12 - 16	Retraimento Social	1.9%	12- 16- 14	
Autoestima	2.4%	7 – 13 -17	Autoestima	1.2%	13- 7- 10	

Quadro 13– Subescalas de intensidades depressivas das variáveis sobre a D.I filhos e pais Total (n= 81)

No segundo fator, relacionado com os alunos, que diz respeito aos “*problemas interpessoais*”, observou-se uma percentagem de (2.3%), com pouca diferença em relação a dos pais, que obtiveram valores percentuais aproximados, com (2.5%).

No terceiro fator, que diz respeito a “*Ineficácia*”, e observando o gráfico, deparamos que, em relação ao parecer dos pais, com a percentagem de (5.9%), esta foi menor que a dos alunos, que de acordo com os resultados, foi de (19.0%). Portanto, o que se conclui deste resultado, é que os pais percebem que os seus filhos são mais eficazes, ao contrário dos alunos, que de acordo com os resultados observados, têm menor percepção da sua eficácia.

Sendo assim, no fator, que diz respeito ao “*retraimento social*”, os valores observados estão muito próximos entre os alunos (2.4%), e os pais (1.9%).

No que diz respeito ao fator relacionado à “*Autoestima*,” os valores foram também foram muito aproximados, com (2.4%), para os alunos e (1.2%) para os pais.

Este estudo mostra-nos as subescalas dos alunos, com os fatores, “*tristeza*” (80.3%), “*negativismo*” (50.3%), “*culpabilidade*” (54.6%), “*deprimido*” (74.4%) e “*perturbação do sono*” (22.1%); e a semelhante subescala dos pais, com os fatores relacionados à “*desilusão*” (70.3%), “*fraqueza*” (68.0%), “*agitação*” (67.8%) e “*dependência*” (71.7%). A agitação e dependência foram as mais acentuadas, dos pais, apresentando de acordo com o resultado, uma diferença, no que diz respeito ao nível do conhecimento dos seus educandos.

Foi de imensa importância a participação dos pais nesta investigação para poder atingir o nosso objetivo de comparar as atitudes dos alunos com as dos seus pais, de acordo com os quadros (4 e 12), os resultados obtidos no questionário aplicado aos pais e seus filhos, demonstram uma menor discrepância no que diz respeito aos sintomas significativos.

De acordo com os dados referidos, verificamos que existe uma diferença nos níveis relativos à intensidade. Na nossa perspectiva, os pais não referiram os sinais de intensidade dos seus filhos, tentando, presumivelmente, encobrir os seus sintomas, de forma a “preservar” esses indicadores, como sinal de proteção.

5.4 Apresentação dos resultados dos inquéritos por questionário aos professores

Os professores, geralmente, são os primeiros a perceberem a depressão infantil, pois esta envolve um conjunto de sintomas, com importantes alterações no comportamento, que se apresenta diversificadamente no âmbito escolar, sendo que um dos primeiros indícios seria a queda no rendimento escolar, pois “o declínio no desempenho, pode dever-se à fraca concentração ou à falta de interesse, próprios do quadro depressivo” (Bahls, 2004, citado por Carmo et al., 2009).

Um dos aspetos que aponta para a importância do papel do docente no despiste de alguma alteração de humor nas crianças, é o facto de, ao contrário dos pais, o professor ter um conhecimento maior sobre o desenvolvimento da criança.

Sabe-se que o professor não é responsável pelo diagnóstico, por não ter qualificação profissional para isso e, por ser uma tarefa bastante delicada e ao mesmo tempo complexa, que é de responsabilidade dos técnicos da saúde mental; muito embora este possa contribuir – e muito – no reconhecimento dos sintomas e na indicação para avaliação clínica. É necessário que o professor tenha o conhecimento sobre esta perturbação do comportamento, que está cada vez mais presente nas crianças e adolescentes.

Quando for observada alguma manifestação de sintomas depressivos, a primeira atitude do professor deve ser conversar com os pais, para entender melhor o que se passa na vida do aluno e sugerir que o levem a realizar uma avaliação clínica, com psicólogo, pediatra ou psiquiatra (Hemery, 2008, citado por Carmo et al., 2009).

Podemos dizer que, se a depressão infantil for diagnosticada por profissionais especializados, este é um fator que passa a ser fundamental na interligação entre todos os envolvidos com a criança, com o objetivo de tornar mais eficaz o tratamento, e a recuperação da mesma.

De seguida apresentaremos os resultados dos inquéritos por questionário realizados aos professores.

Variáveis		Sempre	Frequente	Às vezes	Nunca
1	Identifica o de desespero da criança	12.0%	64.0%	24.0%	.0%
2	Identifica sintomas depressivos	.0%	56.0%	44.0%	.0%
3	Partilha dúvidas sobre sintomas depressivos	44.0%	48.0%	44.0%	.0%
4	Encaminha alunos para avaliação especializada	60.0%	28.0%	16.0%	.0%
5	Considera-se “psicólogo/conselheiro” dentro da escola	44.0%	36.0%	20.0%	.0%
6	Existe orientação na escola sobre depressão infantil	.0%	.0%	48.0%	52.0%
7	Realizam-se esclarecimentos aos pais sobre D.I.	.0%	.0%	24.0%	76.0%
8	As aulas contribuem para o despiste da D.I.	.0%	24.0%	68.0%	8.0%
9	Os alunos da turma estão informados sobre a D.I.	.0%	.0%	20.0%	80.0%
10	A depressão infantil afeta os estudos.	56.0%	36.0%	8.0%	.0%
11	Reação emocional pode ser sintoma de D.I.	.0%	52.0%	48.0%	.0%
12	A criança pouco ativa pode ser sinal de D.I.	.0%	12.0%	84.0%	4.0%
13	Observação de comportamentos desviantes	56.0%	28.0%	16.0%	.0%
14	O prof. conhece mais do que os pais sobre a D.I.	12.0%	48.0%	40.0%	.0%
15	O psicólogo deve aplicar questionário sobre a D.I.	12.0%	48.0%	40.0%	.0%
16	A depressão na criança é uma patologia comum	.0%	20.0%	68.0%	12.0%
17	O professor apercebe-se da D.I.	.0%	48.0%	52.0%	.0%
18	Períodos profundos melancolia pode levar ao suicídio	.0%	12.0%	80.0%	8.0%
19	Estes estudos são importantes para o professor	72.0%	20.0%	8.0%	.0%
20	Dá apoio a crianças com (NEE)	44.0%	20.0%	28.0%	8.0%

Quadro 14 – Respostas dos professores das variáveis sobre a D.I. Total (n= 25)

Pela análise dos itens presentes neste questionário, constatou-se, de acordo com os resultados obtidos, que na observação dos sintomas depressivos por parte dos docentes, foi obtida uma maior percentagem nas questões: “*Encaminha alunos para avaliação especializada*”, com (60.0%); “*A depressão infantil afeta os estudos*”, com (56%); “*Observação de comportamentos desviantes*”, com (56%); “*Dá apoio a crianças com (NEE)*” (44%). A questão que foi mais consensual, foi que, estes estudos, são importantes para o professor, com (72%).

Os professores percebem que a depressão infantil pode afetar a aprendizagem; a grande maioria deles, explica que o aluno que se sente com a autoestima baixa, tem dificuldade de concentração e de memória e, ainda

perde o interesse pela aula, deixando de aprender e conseqüentemente, prejudicando o seu rendimento escolar.

Portanto, entende-se que os professores exercem a função de reconhecer que, através dos problemas emocionais, pode sugerir um quadro depressivo, e que, comunicar esta informação aos responsáveis pelo aluno e à direção da escola, diante dos primeiros sinais que estejam a modificar alguns comportamentos, que anteriormente as crianças não tinham, é de extrema importância, para que estes alunos sejam encaminhados aos especialistas da saúde mental.

6. Considerações Finais

Com base neste estudo teórico e empírico, foi possível identificar através dos alunos, pais e professores inquiridos, um conhecimento da existência da depressão infantil, fazer uma retrospectiva do trabalho desenvolvido com o espírito de rigor e apresentar as informações recolhidas. Em relação aos objetivos gerais mencionados no corpo teórico deste trabalho, verificamos que, os quatro objetivos de investigação, foram conseguidos de acordo com este estudo.

Foi de suma importância a participação dos alunos, pais e professores, que contribuíram para um melhor conhecimento da conduta da criança, acometida pela depressão infantil; para minimizar e perceber o sofrimento que esta perturbação comporta no psiquismo da criança. Tendo em conta os resultados dos questionários de pais e professores, e a análise dos dados das subescalas, apercebemo-nos de algumas diferenças no conhecimento sobre a depressão infantil e, ao mesmo tempo, da necessidade de uma maior interação entre a família e a escola onde a criança está inserida, oferecendo-lhe, em conjunto, maior apoio, no momento em que esta mais necessita.

A criança com quadro depressivo pode sofrer várias conseqüências como desinteresse, atraso psicomotor, dificuldade de concentração e raciocínio, assim como perder a motivação para participar nas aulas, provocar um rendimento fraco, quer na escola quer nas atividades da vida diária. Com

as mudanças de comportamento podem surgir outras consequências, tais como: isolamento, fobias, ansiedade, menor interação social, nomeadamente com os colegas, com professores, e mesmo com familiares.

Neste estudo, confirmamos que os pais e os professores desempenham uma função extremamente importante no despiste dos sintomas depressivos das crianças. Deste modo, entendemos que se torna necessário, que pais e professores possuam maior conhecimento sobre a depressão infantil. O diagnóstico e intervenção dos profissionais de saúde, como médicos, psicólogos e pedopsiquiatras, levam a uma maior contribuição para uma melhoria e conseqüentemente, não deixar que os sintomas se acumulem e se prolonguem no tempo e, por sua vez, não provoquem a descompensação nas aprendizagens.

Por outro lado, compreende-se que a sociedade também é responsável pelas frustrações que as crianças apresentam; quando atualmente, está em causa que são impelidas a terem uma beleza física e estética, consideradas como padrão; quando são motivadas a usarem determinadas marcas de vestiário, sem lhes ser facultada a importância dos verdadeiros valores; e quando, muitas vezes, lhes são induzidos outros conceitos menos importantes, produzindo, nas crianças, um conceito de não percepção de um mundo real, e sim, de padrões pré-estabelecidos, sem responsabilidades e nem obrigações.

Acreditamos que urge a necessidade de uma campanha de sensibilização, junto dos pais e das escolas, sobre depressão infantil, de forma a que a população escolar e familiar mudem as suas atitudes e para que as suas intervenções sejam mais significativas.

Em relação ao conhecimento da existência da depressão infantil e, analisados os dados, percebemos que, tanto na amostra dos pais, como na amostra dos professores, a maioria dos sujeitos tem algum conhecimento da

existência da depressão Infantil. No entanto, em relação aos sintomas, mostram desconhecimento ou confundem a depressão com outras perturbações do comportamento, dando resposta à nossa pergunta de partida: *“Qual é o conhecimento que existe, por parte da criança, dos seus pais e professores, em relação à sintomatologia da Depressão Infantil?”*.

Pela análise dos dados obtidos, concluímos que a profundidade da informação sobre a depressão infantil é praticamente inexistente. Quando analisámos aspetos tais como o tipo de informação transmitida, os agentes educacionais e os veículos de informação utilizados, apercebemo-nos, ainda mais, da lacuna que existe a este nível.

Gostaríamos de reafirmar a necessidade de os pais e os professores se informarem mais acerca do tema. Compreensão e conhecimento são fundamentais, quanto mais a família e os intervenientes no meio escolar onde a criança está inserida conhecerem sobre a depressão, mais bem preparados todos estarão para oferecer apoio na hora em que a criança necessitar.

Sendo assim, consideramos importante enfatizar, uma realidade negativa com que nos deparamos, pois ainda há muita informação relevante que a nossa amostra não contém. Contudo, os valores alcançados com este estudo, ainda que delimitados à nossa amostra, parecem-nos que conferiram a esta investigação um carácter válido, relevante e pertinente.

BIBLIOGRAFIA

Akhtar, M. (2012). Vencer a Depressão com a Psicologia Positiva. Lisboa: Nascente editora.

Almeida, L., Simões, M. & Gonçalves, M. (2017). Psicologia Clínica e da saúde. Lisboa: Pactor.

Alves, C. (2013). Inteligência Emocional em Crianças com Dificuldades de Aprendizagem: Uma Perspetiva Educativa (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa. Disponível em:

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4182/1/>

American Psychiatric Association. (1994). DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. (4ª ed.). Lisboa: Climepsi.

American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV-TR. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Lisboa: APA.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (5th ed). Washington, DC; London, England: American Psychiatric Publishing. Consultado em 13/03/2018, disponível em: journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049731513499411

Andrew, S. (2016). O demónio da depressão. Lisboa: Quetzal.

Association DSM-5. (2013). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. (5ª edição). Porto Alegre: Artmed.

Barbosa, G. A. & Lucena, A. (1995). Depressão infantil. *Infanto*, 2,23-30.
Depressão. *Estudos de Psicologia*, 7, 31-59. Consultado em 27/12/2017, disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-9721999000200011

Barraclough, j. & Gill, D. (1997). Bases da Psiquiatria Moderna. Lisboa: Climepsi.

Barros, V. & Barsanti, C. (2018). Maio Amarelo-Depressão Entre Crianças e Adolescentes: pare, observe e acolha. Disponível em:

<http://www.pediatraorienta.org.br/maio-amarelo-depressao-entre-criancas-e-adolescentes-pare-observe-acolha/>

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1997). Terapia Cognitiva da Depressão. Porto Alegre: Artes Médicas.

Braun, I. (2016). Depressão infantil: Como Identificar os Sintomas e Tratar o Problema em Crianças. Consultado em 14/03/2018, disponível em: <http://www.minhavidacom.br/familia/materias/20617-depressao-infantil-como-identificar-os-sintomas-e-tratar-o-problema-em-criancas>

Caballo, V. & Simon, M. (2005). Manual de Avaliação de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente – Perturbações Gerais. São Paulo: Livraria Santos.

Calderaro, R. & Carvalho, C. (2005). Depressão na Infância: um estudo exploratório. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 10, (n. 2), p. 181-189.

Consultado em 21/12/2017, disponível em: <http://www.scielo.br/>

Campos, R. (2010). Depressão, Personalidade e Dimensionalidade do Fenómeno Depressivo. (Comunicação Apresentada no Fórum Internacional de Psicologia Clínica e Psicoterapias Dinâmicas: Desafios Atuais, Lisboa).

Consultado em 20/12/2017, disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>

Cardoso, T., Macedo L. & Santos, K. (2013). Fatores Emocional e Familiar na Educação da Criança: Estudo de Caso. Universidade de Tiradentes, Brasil. Disponível em:

<https://eventos.set.edu.br/index.php/enfope/article/download/.../842>

Carmo, A., Silva, A. & Trancoso, A. (2009). Depressão Infantil: Uma Realidade Presente na Escola. Disponível em:

<http://www.nucleus.feituverava.com.br/index.php/nucleus/article/viewFile/180/558>

Certal, C., Ferreira, C., Domingues, C., Oliveira, J. & Clemente, M. (2016). Impacto do Modelo Psicoterapêutico HBM na Perturbação depressiva-Clínica da Mente. Consultado em 15/07/2018, disponível em:

<https://www.clinicadamente.com/wp-content/uploads/2017/03/Estudo-do-Impacto-da-HBM-na-Depress%C3%A3o-20160923>

Costa, A. (2011). Sintomatologia depressiva em Crianças numa unidade de Saúde do Norte (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Braga. Disponível em: <https://repositório.ucp.pt/bitstream/10400.14/8806/1>

Cruvinel, M. & Boruchovitch, E. (2004). Psicologia em Estudo. Maringá, v. 9, n. 3, p. 369-378, set./dez. 2004. Consultado em 22/11/2017, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/pe/v9n3/v9n3a04>

Cruvinel, M. & Boruchovitch, E. (2009). Sintomas de Depressão Infantil e Ambiente Familiar. Psicologia em pesquisa, 3(1):87-100. Consultado em 17/02/2018, disponível em: <pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v3n1/v3n1a08>

Cury, A. (2003). Pais Brilhantes, Professores Fascinantes. Portugal: Pergaminho

Decreto-lei nº 3/2008 de 7 de janeiro. Diário da República nº 4/2008 – I Série. Lisboa: Ministério da Educação

Fadem, B. & Simring, S. (1998). Autoavaliação em Psiquiatria. Lisboa: Climepsi

Freeman, W.H. (1990). Lidar com a depressão. Lisboa: Seleções do Reader's Digest.

Geraldo, D. (2017). Problemas de Comportamento de Crianças com Necessidades Educacionais Especiais, Saúde e Práticas Educativas do Cuidador. (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, Brasil. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/

Goleman, D. (1995). Inteligência Emocional. A teoria revolucionária que define o que é ser inteligente. Rio de Janeiro: Objetiva.

Hotyat, F. (1978). Psicologia da Criança e do Adolescente. Coimbra: Almedina

Huttel, J., Kisxiner, K., Bonetti, R. & Rosa, M. (2011). A depressão infantil e suas formas de manifestação. *Psicol. Argum.* 29(64), 11-22. Consultado em 05/11/2017, disponível em: www2.pucpr.br/reol/index.php/PA/pdf/?dd1=4522

Jardim, S. (2011). Depressão e Trabalho: Rutura de laço Social. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, nº 36, p.84-92.

Karp, A. D. (2002). Diz-me: porque estás tão triste? Coimbra: Quarteto

Knapp, P. (2008). A terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*- 2008;30(Supl II): S51-3. Consultado em 08/11/2017, disponível em: www.scielo.br/scielo.php?

Lima, D. (2004). Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 80(2):11-20. Consultado em 08/11/2017, disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000300003>

Mannoni, O. (1968). Introdução à Psicanálise Publicações. Europa-América.

Marcelli, D. (2005). *Infância e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.

Marconi, E. (2017). *Depressão Infantil: Uma Revisão Bibliográfica*. Consultado em 14/07/2018, disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1091>

Matos, A. & Oliveira, I. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental da depressão: relato de caso*. Consultado em 15/07/2018, disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/download/.../6765>

Miranda, M. (2013). *Depressão Infantil: aspectos gerais, diagnóstico e tratamento*. *Cad. Pesq.*, v. 20, n. 3, p.11; set./dez. Consultado em 10/11/2017, disponível em: www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/.../article/.../368

Nissen, G. (1983). *Dépressions de l'enfance et de l'adolescence*. *Triangle*, 23, 43-50. Consultado em 21/12/2017, disponível em: <https://books.google.pt/books?isbn=2130639542>

Nunes, M. (2012). *Depressão Infantil. Síndromes*. Consultado em 16/07/2018, disponível em: <http://www.faculdadesmontenegro.edu.br/>.

Organização Mundial da Saúde. (2002). *Saúde mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Consultado em 23/01/2018, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000159&pid=S1413-7372200800040001400015&lng=pt

Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2001). *O mundo da Criança*. Lisboa: McGraw-Hill

Passos, P. & Machado, C. (2002). *Eventos depressivos na Puberdade*. *Análise Psicológica*, 2 (xx), 225-232. Consultado em 27/01/2018, disponível em: www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v20n2/v20n2a04.

Rie, H. E. (1966). Depression in childhood: a survey of some pertinent contributions. *J Am Child Psychology*, 5: 653-685. Consultado em 21/02/2018, disponível em: [https://www.jaacap.org/article/S0002-7138\(09\)61960-9/abstract](https://www.jaacap.org/article/S0002-7138(09)61960-9/abstract)

Rojas, E. (2007). *Adeus Depressão*. Lisboa: ISBN

Rocha, M. (2008). Para uma abordagem estrutural da depressão: contribuições freudianas. *Psyche* v.12 (n.23) São Paulo. Consultado em 22/11/2017, disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382008000200001

Rocha, T. (2017). *Crianças com Necessidades Educativas Especiais*. Metis. Consultado em 24/04/2018, disponível em: http://www.metis.med.up.pt/index.php/Crian%C3%A7as_com_Necessidades_Educativas_Especiais

Serafim, F. (2007). *Promoção Do Bem estar Global Na População Sénior - Práticas de Intervenção e Desenvolvimento de Atividades Físicas*. Estudo Empírico. Disponível em: <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/...1/.../8>

Shane J. Lopez & C.R. Snyder. (2009). *Psicologia positiva uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre: Artmed.

Spitz, R. (1979). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Ed. Martins Fontes.

Talbott, J. (2003). *The Year Book of Psychiatric and Applied Mental Health*. Philadelphia: Mosby.

ANEXOS

Anexo 1

Consentimento do Diretor do Agrupamento

Ex. Senhor

Diretor do Agrupamento de ...

No âmbito da dissertação de tese de Mestrado em Ciências da Educação, na área da Educação Especial, na Escola Superior de Educação Paula Frassinetti no Porto, eu Gardénia Maria Vieira, Psicóloga, de Nacionalidade Brasileira, encontro-me a desenvolver um estudo sobre a Depressão Infantil, com alunos que frequentam o 1º ciclo de ensino.

O presente estudo está a ser realizado sob a orientação de um professor/orientador da instituição, e tem como objetivo identificar se as crianças, apresentam sintomas de depressão, uma vez que essa perturbação, está a ser estudada com muita acuidade, proporcionando um conhecimento aos pais, professores, escola, e toda a comunidade envolvente, de forma a proteger e compreender a criança, sobretudo ajudar a ultrapassar obstáculos e ser preparada para a vida.

Assim, é neste sentido, que solicito a V.Exª como Diretor do Agrupamento ..., se digne autorizar algumas turmas do 1º ciclo escolar, aos alunos entre os 8 e 10 anos, a participarem desse estudo, assim como professores das escolas do 1º Ciclo, no presente ano letivo de 2017/2018.

A metodologia usada neste estudo será de carácter quantitativo. Deslocamo-nos às escolas e turmas escolhidas, serão entregues a professores e alunos, um questionário em papel que segue junto um modelo, para ser preenchido e recolhido após o preenchimento.

Os dados recolhidos, nos questionários, posteriormente serão trabalhados e enquadrados no estudo da Depressão Infantil.

De referir que a análise dos resultados recolhidos serão usados de forma a salvaguardar a identidade de todos os participantes e só serão utilizados para fins académicos.

Consentimento:

Eu, Diretor do agrupamento de ..., autorizo a realização deste estudo em algumas escolas do 1º ciclo deste agrupamento.

Anexo 2

Consentimento dos Pais

Ex. Senhor(a)

Encarregado de Educação

No âmbito da dissertação de tese de Mestrado em Ciências da Educação, na área da Educação Especial, na Escola Superior de Educação Paula Frassinetti no Porto eu, Gardénia Maria Vieira, Psicóloga, estou a desenvolver um estudo sobre a Depressão Infantil, com alunos que frequentam o 1º ciclo de ensino.

O estudo está a ser realizado sob a orientação de um Professor/Orientador da instituição, tendo como objetivo identificar se as crianças apresentam sintomas de depressão, uma vez que esta perturbação, está a ser estudada com muita acuidade, proporcionando um conhecimento aos pais, professores, escola, e toda a comunidade envolvente, de forma a proteger e compreender a criança, sobretudo ajudar a ultrapassar obstáculos e ser preparada para a vida.

Assim, é neste sentido, que solicito ao **Senhor(a) Encarregado(a) de Educação**, se digne autorizar o seu educando, a participar nesse estudo, com a anuência do Diretor do Agrupamento de Escolas ... e dos professores do 1º Ciclo, no presente ano letivo de 2017/2018.

A metodologia usada neste estudo será de carácter quantitativo. Deslocamo-nos às escolas das turmas escolhidas, e a cada aluno será entregue um questionário em papel para ser preenchido e recolhido após o preenchimento.

Os dados recolhidos, nos questionários, posteriormente serão trabalhados e enquadrados no estudo da Depressão Infantil.

De referir que a análise dos resultados recolhidos serão usados de forma a salvaguardar a identidade de todos os participantes e só serão utilizados para fins académicos.

Consentimento:

Encarregado(a) de Educação do Aluno(a): _____,
da escola do 1º ciclo de: _____, pertencente ao
agrupamento de ..., autorizo a realização deste estudo com a participação do meu educando.

Encarregado(a) de Educação: _____

Agradecemos o preenchimento do questionário "para os pais" que se junta e colocá-lo dentro do envelope juntamente com a autorização assinada para o seu educando, fechado e colado e devolver para o professor(a)

Anexo 3

Consentimento dos Professores

Ex. Senhor(a) Professor(a).

No âmbito da dissertação de tese de Mestrado em Ciências da Educação, na área da Educação Especial, na Escola Superior de Educação Paula Frassinetti no Porto, eu Gardénia Maria Vieira, Psicóloga, de Nacionalidade Brasileira, encontro-me a desenvolver um estudo sobre a Depressão Infantil, com alunos que frequentam o 1º ciclo de ensino.

O presente estudo está a ser realizado sob a orientação de um professor/orientador da instituição, e tem como objetivo identificar se as crianças, apresentam sintomas de depressão, uma vez que essa perturbação, está a ser estudada com muita acuidade, proporcionando um conhecimento aos pais, professores, escola, e toda a comunidade envolvente, de forma a proteger e compreender a criança, sobretudo ajudar a ultrapassar obstáculos e ser preparada para vida.

Assim, é neste sentido, que solicito ao Senhor(a) Professor(a), se digne participar neste estudo, preenchendo um questionário face à depressão Infantil, que de acordo com as respostas analisar se existem indicadores na abordagem deste tema ligado à psicologia infantil e que na sociedade atual tornou-se uma realidade, razão porque queremos contar com a sua participação no presente ano letivo de 2017/2018.

A metodologia usada neste estudo será de carácter quantitativo. Deslocamo-nos às escolas das turmas escolhidas, e a cada aluno será entregue um questionário em papel para ser preenchido e recolhido após o preenchimento.

Os dados recolhidos, nos questionários, posteriormente serão trabalhados e enquadrados no estudo da Depressão Infantil.

De referir que a análise dos resultados recolhidos serão usados de forma a salvaguardar a identidade de todos os participantes e só serão utilizados para fins académicos.

Consentimento:

Eu, Professor(a) _____ declaro que participo neste estudo, na escola do 1º Ciclo do _____ pertencente ao agrupamento de ... na freguesia de ...

Anexo 4

QUESTIONÁRIO PARA ALUNOS

Idade: _____ anos Número de Irmãos: _____

Sexo: Masculino Feminino

Ano que frequentas: 3º ano 4º ano

Lê cuidadosamente cada grupo de afirmações e coloca uma cruz na afirmação que corresponda a como te sentes nas últimas duas semanas, incluindo hoje. Não existem respostas certas nem erradas. Obrigado pela colaboração!

<input type="checkbox"/>	Eu nunca estou triste
<input type="checkbox"/>	Eu estou triste às vezes
<input type="checkbox"/>	Eu estou triste muitas vezes
<input type="checkbox"/>	Eu estou sempre triste

<input type="checkbox"/>	Para mim as coisas nunca correm bem
<input type="checkbox"/>	Para mim as coisas correm bem às vezes
<input type="checkbox"/>	Para mim as coisas correm bem muitas vezes
<input type="checkbox"/>	Para mim as coisas correm sempre bem

<input type="checkbox"/>	Eu nunca faço bem as coisas
<input type="checkbox"/>	Eu às vezes faço bem as coisas
<input type="checkbox"/>	Eu faço bem as coisas muitas vezes
<input type="checkbox"/>	Eu faço sempre bem as coisas

<input type="checkbox"/>	Eu nunca tenho interesse em divertir-me
<input type="checkbox"/>	Eu tenho interesse em divertir-me
<input type="checkbox"/>	Eu tenho interesse em divertir-me muitas vezes
<input type="checkbox"/>	Eu tenho interesse em divertir-me sempre

<input type="checkbox"/>	Eu nunca sou mau(á)
<input type="checkbox"/>	Eu sou mau(á) às vezes
<input type="checkbox"/>	Eu sou mau(á) muitas vezes
<input type="checkbox"/>	Eu sou sempre mau(á)

<input type="checkbox"/>	Eu nunca penso que me possam acontecer coisas más
<input type="checkbox"/>	Eu às vezes penso que não me podem acontecer coisas más
<input type="checkbox"/>	Eu muitas vezes penso que me podem acontecer coisas más
<input type="checkbox"/>	Eu penso sempre que me podem acontecer coisas más

<input type="checkbox"/>	Eu nunca gosto de mim
<input type="checkbox"/>	Eu gosto de mim às vezes
<input type="checkbox"/>	Eu gosto de mim muitas vezes
<input type="checkbox"/>	Eu gosto sempre de mim

<input type="checkbox"/>	Nunca me sinto culpado(á) pelas coisas más que acontecem
<input type="checkbox"/>	Às vezes sinto-me culpado(á) pelas coisas más que acontecem
<input type="checkbox"/>	Muitas vezes sinto-me culpado(á) pelas coisas más que acontecem
<input type="checkbox"/>	Sinto-me sempre culpado(á) pelas coisas más que acontecem

<input type="checkbox"/>	Eu nunca me envolvo em lutas
<input type="checkbox"/>	Eu envolvo-me em lutas às vezes
<input type="checkbox"/>	Eu envolvo-me em lutas muitas vezes
<input type="checkbox"/>	Eu envolvo-me sempre em lutas

Volta a página e continua

	Eu nunca tenho vontade de chorar
	Eu tenho vontade de chorar às vezes
	Eu tenho vontade de chorar muitas vezes
	Eu tenho sempre vontade de chorar
	Eu nunca me sinto preocupado(a)
	Eu sinto-me preocupado(a) às vezes
	Eu sinto-me preocupado(a) muitas vezes
	Eu sinto-me sempre preocupado(a)
	Eu nunca gosto de estar com pessoas
	Eu gosto de estar com pessoas às vezes
	Eu gosto de estar com pessoas muitas vezes
	Eu gosto de estar com pessoas sempre
	Eu nunca estou satisfeito(a) com a minha aparência
	Eu às vezes estou satisfeito(a) com a minha aparência
	Eu estou satisfeito(a) com a minha aparência muitas vezes
	Eu estou sempre satisfeito(a) com a minha aparência
	Eu nunca durmo bem à noite
	Eu durmo bem à noite às vezes
	Eu durmo bem à noite muitas vezes
	Eu durmo sempre bem à noite
	Eu nunca me canso
	Eu canso-me às vezes
	Eu canso-me muitas vezes
	Eu canso-me sempre
	Eu nunca me sinto sozinho(a)
	Eu sinto-me sozinho(a) às vezes
	Eu sinto-me sozinho(a) muitas vezes
	Eu sinto-me sempre sozinho(a)
	Eu nunca me divirto na escola
	Eu divirto-me na escola às vezes
	Eu divirto-me na escola muitas vezes
	Eu divirto-me sempre na escola
	Eu nunca sou tão bom como os outros
	Eu, às vezes, sou tão bom como os outros
	Eu, muitas vezes, sou tão bom como os outros
	Eu sou sempre tão bom como os outros
	Eu nunca me sinto pior do que os outros
	Eu sinto-me pior do que os outros às vezes
	Eu sinto-me pior do que os outros muitas vezes
	Eu sinto-me pior do que os outros sempre
	Eu nunca faço o que me mandam
	Eu faço o que me mandam às vezes
	Eu faço o que me mandam muitas vezes
	Eu faço sempre o que me mandam

Anexo 5

QUESTIONÁRIO PARA PAIS

(alunos do 1º ciclo)

Solicitamos ao Encarregado(a) de Educação o preenchimento deste questionário, sendo o resultado confidencial e só utilizado para fins académicos.

Profissão do Pai: _____ Profissão da Mãe: _____

Idade do Pai: _____ Idade da Mãe: _____ Número de filhos: _____

Sexo do Filho: Masculino Feminino

O seu (sua) filho(a) tem Necessidades Educativas Especiais (NEE) Sim: Não:

Coloque um X dentro da resposta que achar mais conveniente.

Nº	AFIRMAÇÕES	Discordo totalmente	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo totalmente
1	Seu filho(a) demonstra estar frequentemente triste.				
2	Mostra sinais que nem sempre as coisas lhe funcionam bem				
3	Demonstra ineficácia nas suas atividades diárias.				
4	Demonstra falta de interesse em divertir-se..				
5	Considera que o seu filho se acha mau(má).				
6	Tem medo que coisas más lhe aconteçam.				
7	Demonstra não gostar se si próprio(a).				
8	Sente-se culpado(a) pelas coisa más que acontecem.				
9	Demonstra que não se dá bem com outras pessoa envolvendo-se em lutas.				
10	Apresenta choro fácil com frequência.				
11	Preocupa-se com tudo.				
12	Demonstra comportamentos antissociais.				
13	Demonstra que está satisfeito com a sua aparência.				
14	Demonstra distúrbios de sono, com dificuldade para dormir à noite.				
15	Demonstra cansaço na maior parte do tempo.				
16	Demonstra sentir-se sozinho frequentemente.				
17	Isola-se ou tem dificuldade em divertir-se com outras pessoas.				
18	Compara-se com outras crianças no sentido negativo.				
19	Demonstra sinas de estar com baixo autoestima.				
20	Desobedece sempre que lhe é solicitado algo.				

Anexo 6

QUESTIONÁRIO PARA PROFESSORES

(1º ciclo do ensino básico)

Coloque uma x dentro () na resposta que achar mais conveniente

Conteúdos		Respostas			
1	Consegue aperceber-se na turma se algumas crianças estão com sintomas depressivos?	sempre	frequente	às vezes	nunca
2	Como o professor(a), consegue identificar sintomas depressivos no aluno?	sempre	frequente	às vezes	nunca
3	Como professor(a) partilha com os colegas as suas dúvidas sobre crianças com sintomas depressivos?	sempre	frequente	às vezes	nunca
4	Encaminha alunos para avaliação especializada (psicólogos, psiquiatras infantis ou pedopsiquiatra de acordo com a disponibilidade de cada profissional em sua cidade ou região)?	sempre	frequente	às vezes	nunca
5	Considera-se dentro da escola funcionar como professo (a) psicólogo e conselheiro?	sempre	frequente	às vezes	nunca
6	Na sua escola, orientam os professores sobre a depressão infantil?	sempre	frequente	às vezes	nunca
7	Na sua escola, fazem-se sessões de esclarecimento com os pais sobre a depressão infantil?	sempre	frequente	às vezes	nunca
8	A forma como as aulas são dadas contribuem para uma boa análise ao despiste da depressão infantil?	sempre	frequente	às vezes	nunca
9	Considera que os alunos da turma estão informados sobre as perturbação da depressão infantil?	sempre	frequente	às vezes	nunca
10	Considera que as perturbações da depressão afeta os estudos do aluno?	sempre	frequente	às vezes	nunca
11	Considera não menosprezar os sinais de depressão nos alunos?	sempre	frequente	às vezes	nunca
12	Considera que a criança muito quieta pode sinalizar um problema de depressão?	sempre	frequente	às vezes	nunca
13	É comum entre os professores a observação de problemas emocionais dos alunos tais como hiperatividade, agressividade, carência afetiva, apatia, desinteresse e dificuldade de atenção e de concentração?	sempre	frequente	às vezes	nunca
14	Os professores estão mais informados que os pais sobre a depressão infantil?	sempre	frequente	às vezes	nunca
15	Considera importante que um profissional em psicologia aplique um questionário com um pré-diagnóstico e encaminhamento da criança a profissionais especializados?	sempre	frequente	às vezes	nunca
16	Considera que a depressão na infância representa uma patologia comum ?	sempre	frequente	às vezes	nunca
17	Os professores geralmente são os primeiros a perceberem a depressão infantil?	sempre	frequente	às vezes	nunca
18	Considera que uma criança vivencie períodos de profunda melancolia ou tristeza que possam levá-la a cometer suicídio?	sempre	frequente	às vezes	nunca
19	Considera importante o papel do professor(a) neste tipo de estudo	sempre	frequente	às vezes	nunca
20	Realiza algum trabalho junto dos alunos com Necessidades Educacionais Especiais ?	sempre	frequente	às vezes	nunca