

MIRIAM CRUVINEL

***CORRELATOS COGNITIVOS E PSICOSSOCIAIS DE CRIANÇAS
COM E SEM SINTOMAS DEPRESSIVOS***

Tese de Doutorado apresentada para obtenção do título de doutora à Faculdade de Educação, na área Psicologia e Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Profa. Dra. Evely Boruchovitch

Campinas
2009

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

TESE DE DOUTORADO

**CORRELATOS COGNITIVOS E PSICOSSOCIAIS DE CRIANÇAS COM E SEM
SINTOMAS DEPRESSIVOS**

Autor: Miriam Cruvinel
Orientador: Profa. Dra. Evely Boruchovitch

Este exemplar corresponde à redação final da Tese defendida por
Miriam Cruvinel e aprovada pela Comissão Julgadora.

Data: 12/02/2009

Assinatura: Evely Boruchovitch

Orientador

COMISSÃO JULGADORA:

M. Conceição
[Assinatura]
Selma del. N. Gabriel
Teresa Uiric
Evely Boruchovitch

2009

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca
da Faculdade de Educação/UNICAMP**

Cruvinel, Miriam.
C889c Correlatos cognitivos e psicossociais de crianças com e sem sintomas
depressivos / Miriam Cruvinel. -- Campinas, SP: [s.n.], 2009.

Orientador : Evely Boruchovitch.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Educação.

1. Depressão em crianças. 2. Autoconceito. 3. Crenças. 4. Auto-eficácia.
5. Estratégias de aprendizagem. 6. Auto-regulação emocional. I. Boruchovitch,
Evely. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III.
Título.

08-550/BFE

Título em inglês : Cognitive and psychosocial correlates of children with and without depressive symptoms

Keywords : Child depression ; Self-concept ; Sense of self-efficacy ; Learning strategies ; Self-regulation emotional

Área de concentração : Psicologia, Desenvolvimento Humano e Educação.

Titulação : Doutora em Educação

Banca examinadora : Prof^a. Dr^a. Evely Boruchovitch (Orientadora)

Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista

Prof^a. Dr^a. Sonia Regina Loureiro

Prof^a. Dr^a. Selma de Cássia Martinelli.

Prof^a. Dr^a. Telma Pileggi Vinha

Data da defesa: 12/02/2009

Programa de Pós-Graduação : Educação

e-mail : miriam@unicamp.br

*A meus pais, exemplos
de amor, apoio e incentivo.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus irmãos, Meire e Eduardo, e em especial a meus pais, José Roberto e Maria, pelo apoio e compreensão durante todo esse caminho;

Ao meu marido, César, pelo companheirismo, paciência e amparo, e em especial para alguém que nasceu durante esse percurso, minha filha, Mariana.

À Profa Dra Evely Boruchovitch, pela orientação que conduziu com extrema sabedoria, paciência e competência;

Aos membros da banca examinadora pelas valiosas contribuições e sugestões.

Aos funcionários da Faculdade de Educação e aos colegas do curso de pós-graduação pelos momentos de discussão e de compartilhamento de idéias.

Ao Helymar pelo auxílio na análise estatística;

Às crianças que participaram da pesquisa, aos professores e à diretora da escola que me recebeu de forma extremamente receptiva;

E finalmente à Capes pela bolsa de doutorado.

RESUMO

Cruvinel, M. (2009). Correlatos Cognitivos e Psicossociais de Crianças com e sem Sintomas Depressivos. Tese de Doutorado em Educação. Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas. Campinas.

Sintomas depressivos estão associados a sérios comprometimentos no desenvolvimento cognitivo, escolar, emocional, familiar e social. O objetivo do presente estudo foi investigar variáveis cognitivas e psicossociais de crianças com e sem sintomas de depressão. A amostra foi composta por 157 alunos de 3ª e 4ª séries do ensino fundamental, de uma escola pública de Campinas. A partir dessa amostra maior foram selecionadas 54 crianças, tendo em vista seus resultados no Inventário de Depressão Infantil, sendo 27 com sintomas depressivos (G1) e 27 sem sintomatologia (G2). As crianças dos dois grupos eram comparáveis quanto ao sexo, a idade (8 a 11 anos) e a série escolar (3ª e 4ª). Após a identificação dos participantes com e sem sintomas, os grupos foram comparados no que concerne às estratégias de aprendizagem, crenças de auto-eficácia, autoconceito e auto-regulação emocional. Os resultados revelaram que as crianças com sintomas apresentam autoconceito negativo e baixa auto-eficácia. Tanto o G1 como o G2 reportou o uso de estratégias de aprendizagem cognitivas e metacognitivas, no entanto, os participantes do G1, mencionaram, em algumas situações, menor uso de estratégias metacognitivas e parecem ter mais dificuldades de manter a atenção e de se automotivarem. Em linhas gerais, os dois grupos relataram usar estratégias semelhantes para lidar com as diferentes emoções. No entanto, foi interessante notar que o fato dos alunos do G1 sentirem mais frequentemente tristeza e raiva, não garantiu que esses participantes apresentassem maior sucesso na percepção de emoções, já que foi G1 o que teve mais dificuldade na percepção da tristeza, do medo e da alegria. É recomendável que novos estudos a respeito da conscientização e percepção das emoções e o uso de estratégias de regulação afetiva de crianças com sintomatologia depressiva sejam realizados. Destaca-se também a necessidade da promoção do desenvolvimento metacognitivo e da aprendizagem auto-regulada, desde as séries iniciais. Sugere-se ainda que futuras pesquisas dessa natureza sejam conduzidas com a finalidade de se enriquecer os dados obtidos na presente tese.

Palavras-Chave: Depressão Infantil; Autoconceito; Crenças de Auto-Eficácia; Estratégias de Aprendizagem; Auto-regulação Emocional

ABSTRACT

Cruvinel, M. (2009). Cognitive and Psychosocial Correlates in children with and without Depressive symptoms. Doctor of Education thesis. School of Education/State University of Campinas (Unicamp). Campinas.

Depressive symptoms are associated to severe damages on the cognitive, emotional, study, family and social development. The present study aims at the investigation of the cognitive and psychosocial variables in children with and without depressive symptoms. The sample was composed by 157 third and fourth grade students of elementary school, from a public school in the city of Campinas. Fifty-five children from this larger sample have been selected considering their scores on the Children's Depression Inventory. Twenty-seven of them displayed depressive symptoms (G1) and the other 27 did not present symptoms (G2). The children of both groups were comparable in gender, age (8-11 years-old) and school grade (third and fourth grades). Subsequently to the selection of the participants with and without symptoms, the groups were compared in relation to their learning strategies, their beliefs of self-efficacy, self-concept and emotional self-regulation. Results demonstrate that children with depressive symptoms display negative self-esteem and low self-efficacy. Both G1 and G2 adopted cognitive and metacognitive learning strategies, however, G1 have displayed, in some situations, less usage of metacognitive strategies and seemed to face more difficulties to maintain concentration and be self-motivated. Even though both groups generally employ the same strategies to deal with different emotions, it was remarkable to notice that the fact that the students from G1 experience the feelings of sadness and anger more frequently than G2 did not guarantee their success in perceiving feelings, once G1 faced more difficulties in the perception of sadness, fear and happiness. It is recommended that future research on the perception and awareness of emotions as well as on the use of affective regulation strategies by children with depressive symptoms be carried out. The importance of promoting the metacognitive development and the self-regulated learning since the earlier grades in school is also highlighted. It is suggested that future research of this nature be made with the purpose of enriching the information obtained in the present work.

Keywords: Child depression. Self-concept. Beliefs of self-efficacy. Learning strategies. Emotional self-regulation.

Lista de Figuras

		Página
Figura 1	Porcentagem de participantes que ultrapassaram no cdi o ponto de corte 17	112

Lista de Tabelas

		Página
Tabela 1	Dados demográficos da amostra total	92
Tabela 2	Distribuição de frequência de alunos matriculados, participantes e não participantes.	93
Tabela 3	Dados dos participantes do grupo com sintomas depressivos (G1) quanto ao gênero, idade, série escolar, repetência e escores no CDI.	95
Tabela 4	Dados dos participantes do grupo sem sintomas depressivos (G2) quanto ao gênero, idade, série escolar, repetência e escores no CDI.	97
Tabela 5	Média e desvio-padrão dos escores no cdi e variáveis demográficas (n=157)	113
Tabela 6	Comparação entre participantes com escore no cdi acima e abaixo de 17 pontos em relação às variáveis demográficas (n=157)	114
Tabela 7	Comparação entre os grupos com e sem sintomas depressivos em relação às variáveis demográficas (n=54)	116
Tabela 8	Análise de consistência interna dos instrumentos	118
Tabela 9	Média, desvio-padrão e mediana do g1 e g2 relativas ao escore total do cdi, auto-eficácia e autoconceito	119
Tabela 10	Média e desvio-padrão dos participantes do g1 e g2 nos seis domínios do autoconceito	120
Tabela 11	Frequência e porcentagem de categorias encontradas na Questão 1	122
Tabela 12	Frequência e porcentagem de categorias encontradas na Questão 2	123
Tabela 13	Frequência e porcentagem de categorias encontradas na Questão 3	125
Tabela 14	Frequência e porcentagem de categorias encontradas na Questão 4	126
Tabela 15	Frequência e porcentagem de categorias encontradas na Questão 5	128
Tabela 16	Comparação entre os grupos no que se refere às estratégias cognitivas e metacognitivas na Questão 5.	129
Tabela 17	Frequência e porcentagem de categorias encontradas na Questão 6	130
Tabela 18	Frequência e porcentagem de categorias encontradas na Questão 7	131

Tabela 19	Frequência e porcentagem de categorias encontradas na Questão 8	132
Tabela 20	Frequência e porcentagem das categorias encontradas na Questão 10: Você tem alguma maneira de fazer aquela matéria, que está chata ficar mais agradável?	133
Tabela 21	Frequência e porcentagem das categorias encontradas na Questão 12: Esse lugar é escolhido por você por quê?”	135
Tabela 22	Frequência e porcentagem das categorias encontradas na Questão 13	136
Tabela 23	Frequência e porcentagem das categorias encontradas na Questão 14	137
Tabela 24	Frequência e porcentagem das categorias encontradas na Questão 16	138
Tabela 25	Frequência e porcentagem das categorias encontradas na Questão 17: O que você costuma fazer para lhe ajudar a prestar mais atenção ao que a professora está falando?	139
Tabela 26	Comparação entre os grupos no que se refere às estratégias cognitivas e metacognitivas na Questão 17: “O que você costuma fazer para lhe ajudar a prestar mais atenção ao que a professora está falando?”	140
Tabela 27	Comparação entre os grupos no que concerne à frequência das emoções de tristeza, raiva, medo e alegria	143
Tabela 28	Comparação entre os grupos no que concerne à percepção das emoções de tristeza, raiva, medo e alegria	144
Tabela 29	Comparação entre os grupos no que concerne ao emprego de estratégias para melhorar a tristeza, raiva, medo e estratégias para manutenção da alegria	145
Tabela 30	Frequência e porcentagem das categorias de estratégias para melhorar a tristeza, raiva e medo, e estratégias para manutenção da alegria	146
Tabela 31	Categorias encontradas para a questão: “Porque você não faz nada para melhorar sua tristeza, raiva ou medo?” em ambos os grupos	147
Tabela 32	Comparação entre os grupos no que concerne à frequência de respostas para a questão que investiga o caráter prejudicial da tristeza, raiva e medo	148
Tabela 33	Frequência e porcentagem das categorias para a questão: Em que você acha que a tristeza, raiva ou medo atrapalha.	149

Tabela 34	Comparação entre os grupos no que concerne à frequência de respostas para a questão: Você acha que pode fazer alguma coisa para a tristeza, raiva ou medo não lhe atrapalhar	150
Tabela 35	Frequência e porcentagem das categorias para a questão: O que costuma deixar você triste, com raiva, com medo e alegre	151
Tabela 36	Comparação entre os grupos no que concerne à frequência de respostas para a questão: Você se considera uma pessoa alegre	152
Tabela 37	Categorias de respostas encontradas na questão: “Você se considera uma pessoa alegre”	153

Sumário

	Página
Apresentação	1
Capítulo 1 - Psicologia Cognitiva baseada na Teoria do Processamento da Informação e Sintomas Depressivos	5
Capítulo 2 - Depressão Infantil: Diagnóstico, Prevalência e Principais Modelos Teóricos.	19
Mensuração de Sintomas de Depressão na Criança	30
Prevalência da depressão na infância	36
Prevalência de depressão na infância em relação ao gênero e idade	44
Depressão: Breve Descrição dos Principais Modelos Teóricos	48
Capítulo 3 - Sintomas depressivos e Fatores associados: Breve Conceituação e Análise da Literatura	55
Sintomas depressivos e Fatores Cognitivos	57
Estratégias de Aprendizagem e Rendimento escolar	57
Sintomas Depressivos e Fatores Psicossociais	69
Sintomas depressivos, Autoconceito e Auto-eficácia	69
A Auto-Regulação Emocional	81
Capítulo 4 – Metodologia	91
Objetivos	91
Hipóteses	91
Participantes	92
Caracterização do Grupo 1 e Grupo 2	94
Instrumentos e Materiais	98
Procedimentos para contato com a escola	105
Procedimento de Coleta de Dados	106
Procedimentos para Análise de Dados	108
Capítulo 4 – Análise dos Resultados	111

Capítulo 5 - Discussão	155
Considerações Finais	177
Referências	183
Anexos	199

APRESENTAÇÃO

A prevalência de sintomatologia depressiva na infância e adolescência vem aumentando com o passar dos anos. Atualmente, não há mais dúvida de que as crianças possam vivenciar depressão. O que agrava esse quadro é que a depressão, normalmente está associada a outras problemáticas, como dificuldades escolares, problemas familiares e sociais, além de outras manifestações psicológicas como ansiedade, transtorno de conduta, baixa auto-estima e insegurança. A literatura confirma que a criança com depressão apresenta uma série de prejuízos nas diferentes áreas da vida que, certamente, acarretam em conseqüências negativas para o desenvolvimento da mesma.

O diagnóstico de depressão, nessa faixa etária, é bastante complexo, pois, na maioria das vezes, a criança não possui recursos para reconhecer suas emoções e pensamentos. Assim, a maneira mais adequada no reconhecimento da criança com sintomas depressivos é a observação por parte dos pais e dos professores, uma vez que esses são pessoas significativas na vida da criança e que, possivelmente, acompanham suas atividades diárias.

Tendo em vista a escassez de estudos na área, o objetivo da presente tese é investigar variáveis cognitivas, como uso de estratégias de aprendizagem e variáveis psicossociais como autoconceito, crenças de auto-eficácia, auto-regulação emocional, de crianças no ensino fundamental com e sem sintomatologia depressiva.

Assim, o primeiro capítulo desta tese, é de fundamentação teórica. Inicia-se com uma discussão a respeito dos principais conceitos relativos a Psicologia Cognitiva baseada na Teoria do Processamento da Informação, como estratégias de aprendizagem, metacognição e aprendizagem auto-regulada. Ainda neste capítulo, foi realizada uma análise da Teoria do Processamento da Informação relacionando-a com a depressão na infância.

O segundo capítulo contextualiza o fenômeno da depressão na infância e são discutidas algumas questões como definição e conceito, instrumentos de medidas, critérios de diagnóstico e dados de prevalência da depressão na infância. Mais especificamente, aborda a prevalência de sintomas depressivos na infância de acordo com o sexo e idade. Neste capítulo, há também uma breve descrição dos principais modelos explicativos da depressão, partindo de um enfoque de depressão no adulto.

No Capítulo 3, após uma rápida conceituação, são descritas pesquisas relativas aos correlatos cognitivos e psicossociais da depressão infantil. São discutidas as investigações internacionais, seguidas da revisão de literatura nacional. Além disso, as pesquisas serão revistas cronologicamente, também das mais antigas as mais recentes.

No Capítulo 4, é apresentada a metodologia da presente tese. Os objetivos, a amostra estudada, os procedimentos de contato com a escola, de coleta e de análise de dados, os instrumentos empregados no presente estudo são descritos em detalhe. No Capítulo 5, são expostos os resultados obtidos e, finalmente, no Capítulo 6, esses dados são discutidos.

Espera-se que as informações obtidas nesta tese contribuam para auxiliar o desenvolvimento de trabalhos preventivos com crianças com sintomatologia depressiva,

pois, como aponta a literatura, as crianças depressivas de hoje, possivelmente serão os adultos depressivos do futuro. Programas de prevenção e intervenção que visem melhorar a qualidade de vida da criança e mais especificamente, que promova a saúde mental infantil são essenciais nos dias atuais. Finalmente, pretende-se também que, esta tese possa incentivar novas pesquisas concernentes ao assunto, mas, principalmente, que sirvam de reflexão para aqueles profissionais e educadores que trabalham e convivem ao lado de crianças com sintomas depressivos.

Psicologia Cognitiva baseada na Teoria do Processamento da Informação e Sintomas Depressivos

Existem diversas teorias que enfatizam o desenvolvimento cognitivo, no entanto, neste capítulo será abordada apenas a Psicologia Cognitiva baseada na Teoria do Processamento da Informação, tendo em vista que se trata do referencial teórico adotado na presente tese.

O surgimento da Psicologia Cognitiva se deu na década de 60, a partir da contribuição de outras ciências como psicobiologia, lingüística, antropologia e inteligência artificial, bem como das divergências teóricas frente ao Behaviorismo. A maioria dos Behavioristas negligenciava a influência de processos cognitivos e internos na conduta do indivíduo e enfatizava somente o comportamento observável (Pozo, 1996; Sternberg, 2000). A psicologia cognitiva surge para valorizar os aspectos mentais envolvidos no processo de aprendizagem. De forma geral, as Teorias Cognitivas procuram explicar como a cognição humana se desenvolve e mais especificamente, os teóricos do processamento da informação tentam entender de que maneira as pessoas de diferentes idades tratam a informação, ou melhor, como decodificam, codificam, transferem, combinam, armazenam e recuperam uma informação (Sternberg, 2000).

Para a compreensão desses fatores, estudiosos cognitivistas recorrem à metáfora do computador para entender como uma pessoa aprende determinado conhecimento e quais são os processos mentais empregados diante de uma informação. Assim, conforme Bzuneck (2004), o modelo do processamento da informação explica o fluxo da informação, no qual existem três elementos básicos. A entrada da informação vinda do ambiente (*input*), o processamento da informação e a saída da informação (*output*). Dessa forma, o sistema de memória humana se divide em três componentes: memória sensorial, memória de curta duração e memória de longa duração. O fluxo da informação se inicia no instante em que o indivíduo recebe um estímulo do meio ambiente. A partir do momento em que a informação é captada pelos sentidos, é direcionada à memória sensorial. A memória sensorial é o primeiro estágio de todo o fluxo da informação e nesse momento, a percepção e atenção possuem um papel de grande relevância na permanência da informação e na passagem para o estágio seguinte. Se o conteúdo não for percebido pelo indivíduo, ele se perde imediatamente. Já a informação que for percebida será acolhida na memória de curta duração (Bzuneck, 2004; Sternberg, 2000).

A memória de curta duração ou memória de trabalho tem como objetivo manipular a informação captada pela memória sensorial. É onde acontece o processamento da informação. Caracteriza-se pelo espaço limitado de conteúdo e pelo tempo curto de permanência. Bzuneck (2004) descreve que, neste momento, o conteúdo tem três destinos possíveis. A informação pode ser repetida, de forma que permanece por um tempo maior na memória de curta duração ou será processada, dirigindo-se para a memória de longa duração ou ainda, a informação pode ser perdida.

A memória de longa duração armazena todo o conteúdo que o indivíduo possui e que não está sendo utilizado, mas que pode ser recuperado. De acordo com Sternberg

(2000) a Teoria do Processamento da Informação enfatiza as mudanças nos processos de codificação, armazenamento e recuperação da informação. E acrescenta que, as crianças mais velhas recorrem a processos mais complexos e estabelecem relações mais sofisticadas. Com o desenvolvimento, possuem melhores recursos de atenção e memória de trabalho, bem como aperfeiçoam suas habilidades metacognitivas como monitorização e modificação de processos cognitivos (Flavell, Miller & Miller, 1999; Sternberg, 2000).

Todo o processamento da informação é influenciado por diversos fatores. De acordo com Pfromn Netto (1987) e Woolfolk (2000), a intencionalidade do indivíduo, bem como os procedimentos que o mesmo emprega para o processamento da informação e o contexto físico, social e afetivo são aspectos que irão determinar a qualidade do processamento do conhecimento. Dentro da perspectiva dos teóricos cognitivistas, o ser humano passa a ter um papel ativo e de importante participação na aprendizagem, na qual o emprego de estratégias de aprendizagem, a metacognição e auto-regulação são essenciais para o sucesso na aquisição do conhecimento (Boruchovitch, 1993).

Investigações sugerem que o emprego adequado de estratégias de aprendizagem cognitivas e metacognitivas facilita a aprendizagem e melhora o desempenho escolar dos alunos (Garner, 1990; Mccombs & Whisler, 1989; Palladino *et al.*, 2000). Estratégias de aprendizagem são técnicas ou métodos que os alunos usam para adquirir uma informação (Dembo, 1994). De acordo com Pozo (1996), estratégias de aprendizagem são procedimentos e atividades utilizados com o objetivo de facilitar a aquisição, o armazenamento e a utilização da informação. Para Da Silva e De Sá (1997), estratégias de aprendizagem são processos conscientes controlados pelos estudantes para atingirem objetivos de aprendizagem, bem como qualquer procedimento empregado para a realização

de uma tarefa. Para Boruchovitch e Santos (2006) as estratégias de aprendizagem servem para ajudar o aluno no controle do seu sistema de processamento de informação, para melhor adquirir, armazenar, recuperar e utilizar a informação, atuando como ferramentas auxiliares na aprendizagem. As estratégias de aprendizagem incluem as estratégias cognitivas e as metacognitivas. As estratégias cognitivas são responsáveis pela realização do processo cognitivo, e as estratégias metacognitivas envolvem o controle, planejamento e monitoramento do processo cognitivo (Dembo, 1994; Flavell, 1979).

Em uma revisão de literatura, Boruchovitch (1999a) cita várias classificações de estratégias de aprendizagem. Dentre essas, escreve que Weinstein e Mayer (1985) identificaram cinco tipos diferentes de estratégias, que, posteriormente, foram organizadas por Good e Brophy (1986): estratégias de ensaio, de elaboração, organização, monitoramento e estratégias afetivas. As estratégias de ensaio consistem no comportamento de repetir, seja pela fala ou pela escrita, o material a ser aprendido. As estratégias de elaboração implicam a realização de relações entre o material novo, de um lado, e o material antigo, de outro lado (reescrever, resumir, criar analogias, fazer perguntas e responder a elas). As estratégias de organização consistem na imposição de estrutura ao material, identificando idéias e conceitos, relacionando-os por meio de diagramas e mapas. As estratégias de monitoramento da compreensão estão relacionadas a constante tomada de consciência por parte do aluno de sua compreensão do material a ser aprendido. Já as estratégias afetivas referem-se à eliminação de sentimentos desagradáveis que, quando presentes, influenciam de forma negativa a aprendizagem (Boruchovitch, 1993; 1999a; Boruchovitch & Santos, 2006).

O que irá determinar a escolha de uma estratégia de aprendizagem, a eficácia no emprego da estratégia selecionada e a neutralização de fatores internos e externos que são

incompatíveis à aprendizagem é a habilidade metacognitiva do estudante. O termo metacognição foi inicialmente discutido por Flavell, em 1976 e se refere à “cognição sobre a cognição”, sendo que cognição consiste mais no processo de conhecimento do que os conhecimentos resultantes desse processo (Davis, Nunes & Nunes, 2005).

A metacognição controla os processos cognitivos envolvidos na aprendizagem, conscientemente, os monitorando e os dirigindo durante determinada tarefa (Pozo, 1996). Para Shapiro e Bradley (1999) metacognição pode ser definida como habilidade de monitorar o nível atual de compreensão e aprendizado do estudante. Boruchovitch (2004) acrescenta que metacognição quer dizer autoconscientização no que se refere aos próprios processos cognitivos e as estratégias e, portanto, inclui a capacidade auto-reflexiva e a auto-avaliação. Ribeiro (2003) coloca que a metacognição consiste, entre outras coisas, no conhecimento do próprio conhecimento, na avaliação, somado a regulação e a organização dos processos cognitivos. Ribeiro (2003) sintetiza que ser metacognitivo consiste em ser capaz de reconhecer e representar as situações, ter fácil acesso as estratégias e ser eficiente na escolha das melhores estratégias de aprendizagem. Finalmente, a metacognição permite ao aluno, também, avaliar os seus resultados intermediários e finais e, reforçar a estratégia selecionada ou alterá-la, em função da avaliação realizada (Ribeiro, 2003).

Os estudos apontam que no funcionamento da metacognição estão envolvidos dois fatores. O primeiro consiste no conhecimento dos próprios processos cognitivos, que implica o conhecimento do aluno acerca de quais são suas habilidades, suas dificuldades na aprendizagem, conhecimento relativo à tarefa e conhecimento acerca das estratégias de aprendizagem. O segundo fator é relativo à regulação e ao controle do comportamento, mediante o emprego de várias estratégias que envolvem o planejamento, o monitoramento e a regulação (Flavell, Miller & Miller, 1999; Pozo, 1996; Ribeiro, 2003). Assim, conforme

mencionado anteriormente, a metacognição envolve o ato de controlar, planejar e monitorar o processo cognitivo (Dembo, 1994; Flavell, 1979; Ribeiro, 2003).

Trapani e Gettinger (1999) ressaltam que os estudantes com problemas escolares frequentemente apresentam falhas no uso adequado da memória e no emprego de estratégias de aprendizagem. Na verdade, os autores acreditam que esses alunos muitas vezes até possuem as estratégias necessárias para a execução de uma tarefa, mas são incapazes de reconhecer as atividades para uso adequado de tais estratégias. Ou seja, os alunos com déficits de aprendizagem possuem dificuldades no processamento metacognitivo, não tem consciência dos seus próprios processos cognitivos e, portanto, não sabem o que fazer para melhorar seu aprendizado. Segundo Trapani e Gettinger (1999) os problemas de um aluno com dificuldade escolar podem ir além do uso inadequado de estratégias. O que pode estar acontecendo é uma falha na capacidade metacognitiva. Na verdade, o aluno não consegue perceber que uma estratégia útil para uma tarefa também pode ser eficiente em outra atividade.

Investigações têm revelado que as estratégias de aprendizagem e metacognição são fatores extremamente relevantes para um eficiente processamento da informação e para a permanência do conteúdo na memória de trabalho e memória de longa duração (Pozo, 1996; Sternberg, 2000). De acordo com Bzuneck (2004), as estratégias de aprendizagem cognitivas e metacognitivas estão inteiramente relacionadas à codificação e ao processamento da informação e estão a serviço desses. Dessa forma, diante de uma tarefa, o estudante deve avaliar a atividade que será realizada e quais estratégias são mais eficientes para a execução de cada tarefa. Além da escolha do processo mais adequado para a realização da tarefa, o aluno deve monitorar toda a execução da atividade. A capacidade de exercer controle sobre a atenção e memória, determinar a melhor estratégia de

aprendizagem, planejar, monitorar a execução da tarefa, bem como organizar o pensamento e ajustar o comportamento caracteriza um processamento cognitivo eficiente, típico da auto-regulação cognitiva (Boruchovitch, 2004).

O conceito de metacognição está fortemente relacionado ao de aprendizagem auto-regulada. Vygotsky (1989) investigou a relação entre comportamento e pensamento e observou o importante papel desempenhado pelo discurso interno enquanto um mecanismo capaz de controlar e regular o comportamento. Verificou que essa fala interna se aperfeiçoa com o desenvolvimento e inicialmente é realizada com o auxílio do ambiente externo. Quando a criança adquire a habilidade do discurso interno se torna capaz de regular seu comportamento por meio dessa fala silenciosa. Ainda de acordo com Vygotsky (1989) a auto-regulação só se torna viável depois da internalização desse discurso pelo indivíduo.

Boruchovitch (2004) acrescenta que o aumento da capacidade metacognitiva de crianças está relacionado a maior internalização da fala e por volta de seis e sete anos a criança é capaz de pensar silenciosamente e ressalta a importância da auto-regulação durante o período de escolarização, especialmente no ensino fundamental. Boruchovitch (2004) descreve que, no ensino fundamental, as habilidades cognitivas dos alunos incluem maior consciência dos processos cognitivos e do controle desses processos. Menciona que nessa fase as crianças são mais conscientes da fala interna, percebem sua importância no controle da conduta, são capazes de estabelecer metas, escolher melhor as estratégias de aprendizagem, monitorar a aprendizagem, alterando as estratégias quando necessário, monitorar a concentração e ainda são capazes de controlar a motivação. Nesse momento, o professor assume grande relevância para os alunos no planejamento e monitoramento das tarefas, uma vez que inicialmente, os educadores atuam como personagens mediadores na aprendizagem do estudante e funcionam como promotores da auto-regulação (Almeida,

2002; Ribeiro, 2003). Afinal, conforme Ribeiro (2003) ninguém nasce auto-regulado. Tendo em vista, o importante papel assumido pela escola e pelos professores no desenvolvimento da aprendizagem auto-regulada, Almeida (2002) propõe algumas alterações na escola e coloca que talvez a mais urgente refere-se à tarefa da escola em ensinar o aluno a pensar e a estudar, valorizando o papel do aluno no processo de aprendizagem e lhe apresentar meios para que o mesmo possa atingir o sucesso. Além disso, Almeida (2002) coloca que muitos sentimentos negativos como baixa auto-estima e crenças de incapacidade são veiculadas pelos próprios educadores e em função disso, o professor deveria abandonar posturas que desenvolvam tais sentimentos.

Assim, aprendizagem auto-regulada envolve uma combinação de habilidades que incluem o uso adequado de estratégias cognitivas, metacognição e de autocontrole dos pensamentos, emoções e comportamentos. Dessa forma, o aluno auto-regulado é capaz de controlar seu pensamento e manter um estado afetivo e motivacional que favoreça a aprendizagem (Boruchovitch, 2001a). Por outro lado, o aluno que não é auto-regulado não tem consciência de seus processos cognitivos e, portanto, apresenta dificuldade no controle e monitoramento do pensamento e sentimentos e conseqüentemente, acaba tendo prejuízos no processamento da informação.

No que concerne aos estudantes com dificuldades de aprendizagem, Trapani e Gettinger (1999) ressaltam que estes alunos têm falhas na regulação de seu comportamento, de sua aprendizagem, e não sabem como controlar e direcionar o próprio pensamento. Uma das principais diferenças entre o aluno com bom desempenho e baixo desempenho é a auto-regulação (Boruchovitch, 2004).

No entanto, não se deve esquecer que ao conceito de auto-regulação está associado às habilidades de controle das diferentes emoções. Quando se fala em

metacognição e auto-regulação fala-se também em monitoramento e controle das emoções, sentimentos, comportamentos e da motivação durante a aprendizagem. Portanto, as variáveis afetivas e motivacionais, como atribuições de causalidade para sucesso e fracasso escolar, autoconceito, crenças de auto-eficácia, motivação, ansiedade, depressão, entre outras, são fatores determinantes para um eficiente processamento da informação e especificamente, para o emprego efetivo de estratégias de aprendizagem (McCormick, Miller & Pressley, 1989).

Teóricos do Processamento da Informação defendem a idéia de que o estado interno satisfatório favorece o desempenho escolar do estudante (Boruchovitch, 2004; Bzuneck, 2004; McCormick, Miller & Pressley, 1989; Sternberg, 2000). Para que o aluno tenha uma aprendizagem eficiente é necessário motivação para aprender, atribuições de causalidade funcionais para sucesso e fracasso escolar e controle das emoções. Apesar de ainda não existir um consenso a respeito da maneira como os fatores afetivos interferem no desempenho cognitivo, sabe-se que não há conduta afetiva sem a presença de cognição e também não existem elementos cognitivos sem afeto (Martinelli, 2001). Tendo em vista essa relação entre aspectos afetivos e cognitivos, atualmente tem se preconizado que a intervenção em estratégias de aprendizagem esteja associada ao ensino de estratégias de apoio afetivo, para que variáveis psicológicas sejam modificadas e deixem de interferir negativamente no desempenho do aluno (Hattie, Biggs & Purdie, 1996).

De acordo com Pekrun *et al.* (2002), existe uma rica diversidade de emoções durante a experiência escolar e apesar da ansiedade ser a emoção mais pesquisada em relação às outras, estudos têm revelado que as emoções positivas e negativas interferem nos processos cognitivos e na performance do aluno, bem como na sua saúde física e psíquica. Os autores observaram que as emoções negativas como desamparo e aborrecimento

estavam relacionadas à diminuição da motivação do aluno, ao uso inflexível de estratégias de aprendizagem e ao baixo desempenho escolar. No entanto, pouco se conhece a respeito da interferência de sintomas depressivos no processamento da informação. Pode-se dizer que, uma criança com problemas emocionais, dentre eles a depressão, talvez apresente um estado interno insatisfatório para a boa aprendizagem, mas de que maneira a presença de sintomatologia depressiva interfere no processamento da informação ainda é um assunto desconhecido. Não se sabe se a falha no processamento da informação de uma criança com depressão ocorre na captação de estímulos, no armazenamento ou na recuperação do conteúdo.

No que concerne à captação de estímulos para o processamento da informação sabe-se que a atenção e concentração exerce um papel determinante na percepção e seleção dos estímulos do meio. Sommerhalder e Stela (2001) descrevem que na criança deprimida as funções cognitivas como atenção e concentração encontram-se prejudicadas. O fato de tais funções cognitivas serem alteradas poderia influenciar na captação de informação. Talvez o processamento falho na criança depressiva se inicie já na primeira etapa do processamento da informação. Sommerhalder e Stela (2001) ressaltam que a memória e raciocínio também se encontram prejudicados na criança com sintomatologia depressiva. Resultados de pesquisas revelam que o desempenho em tarefas mnemônicas é afetado pela severidade da depressão (Bandim, Roazzi, Sougey & Carvalho, 1998; Lauer *et al.* 1994).

De acordo com Bandim *et al.* (1998), é certo que alguns sintomas depressivos, como alteração motora e dificuldade de concentração, comprometem o funcionamento cognitivo, prejudicando a aquisição e consolidação de informações, causando um declínio

no rendimento acadêmico (Kovacs & Goldston, 1991), bem como reduzindo a motivação e o interesse, alterando o engajamento da criança em determinada atividade escolar.

Outras dificuldades poderiam influenciar de maneira negativa o processamento da informação de estudantes com sintomatologia depressiva no momento em que o conteúdo precisa ser codificado e recuperado. Talvez a capacidade cognitiva diminuída possa explicar a relação entre depressão e queda no rendimento escolar. Tobias (1985) propõe o modelo da capacidade cognitiva limitada para explicar como a ansiedade interfere no desempenho escolar do aluno. De acordo com esse modelo, o indivíduo possui uma capacidade cognitiva limitada e, quando está sob uma emoção intensa, no caso a ansiedade, essa capacidade cognitiva se divide; uma parte se volta para o conteúdo escolar e outra parte para as cognições e percepção da ansiedade, tornando menor a atenção voltada às tarefas acadêmicas. Na verdade, a atenção do aluno, que deveria estar totalmente direcionada ao conteúdo escolar, acaba se voltando também para a ansiedade, resultando em um decréscimo no desempenho do aluno. Pode ser que o modelo da capacidade cognitiva limitada possa ser aplicado também para a depressão. A hipótese seria de que o componente cognitivo da depressão (pensamentos negativos e autoderrotistas, preocupação, ruminação) absorve também parte da capacidade cognitiva e apenas uma parte seria destinada a realização da tarefa, ocasionando uma falha no processamento do conteúdo, tal como, supostamente ocorre na ansiedade.

Um estudante com sintomas depressivos diante de uma tarefa cognitiva pode se envolver de forma insatisfatória na atividade tendo em vista que sua atenção está mais voltada para seus conteúdos internos. Cabe lembrar que, Bzuneck (2004) compara a memória de curta duração a um gargalo, onde atravessam todos os conteúdos a serem aprendidos, mas passam poucas informações por vez. O autor coloca que a capacidade para

se trabalhar com outros conteúdos fica reduzida quando as informações na memória de trabalho tiverem atingido seu número limite e explica que se a mente estiver ocupada com outros propósitos, resta pouco espaço para outra atividade mental na mesma ocasião.

O uso inadequado de estratégias de aprendizagem também poderia interferir negativamente no processamento de informação de alunos com sintomas de depressão. Confirmando estudos prévios, nos quais fatores afetivos interferem de forma negativa na aprendizagem do aluno, a investigação de Cruvinel (2003) apontou que quanto maior o número de sintomas de depressão menor o relato de uso de estratégias de aprendizagem por parte dos estudantes, influenciando no rendimento escolar.

Em suma, a Teoria do processamento da informação, uma teoria relativamente recente, sem dúvida trouxe muitas contribuições para a compreensão a respeito do desenvolvimento cognitivo. Entretanto, ainda existem muitas questões a serem investigadas, sobretudo no que diz respeito aos estudantes brasileiros (Boruchovitch, 1999a). Novas investigações com base na Teoria do processamento da informação devem ser conduzidas principalmente devido a sua importância para a Educação.

Neste capítulo, foram destacados alguns conceitos centrais da Teoria do Processamento da Informação como estratégias de aprendizagem, metacognição e auto-regulação cognitiva e afetiva. Conclui-se que o conceito de aprendizagem auto-regulada integra fatores cognitivos, afetivos, motivacionais e contextuais e pressupõe um conceito mais amplo dentro da Psicologia Cognitiva, o qual implica em uma combinação de habilidades como o emprego adequado de estratégias de aprendizagem, em ser metacognitivo e por último e ser capaz de regular seu próprio processo de aprendizagem, bem como ser capaz de controlar seus pensamentos, comportamentos e suas emoções. Conclui-se também que o referencial teórico adotado na presente tese preocupa-se em

integrar diferentes aspectos do ser humano, unindo em uma mesma teoria a cognição, comportamento e as emoções. Ainda neste capítulo, foi realizada uma análise da Teoria do Processamento da Informação relacionando-a com a depressão na infância. No capítulo seguinte, serão revistos procedimentos de diagnósticos da depressão, bem como dados relativos à prevalência de sintomas depressivos na criança. Pesquisas a respeito da relação entre depressão, estratégias de aprendizagem e desempenho escolar são descritas no capítulo 3, da presente tese.

Depressão Infantil: Diagnóstico, Prevalência e Principais Modelos

Teóricos.

Estudos a respeito da depressão infantil têm surgido desde o início do século XIX (Harrington, 1993; Miller, 2003; White, 1989). As primeiras tentativas de conceituação de depressão em crianças foram realizadas segundo um enfoque psicanalítico, visando à compreensão da psicodinâmica de pessoas deprimidas. Em 1946, René Spitz descreveu a “depressão anaclítica”, problema comum entre bebês de seis meses e um ano de idade, que eram separados de suas mães. Spitz observou que esses bebês apresentavam sinais de tristeza, recusa em comer, problemas na interação social e reclusão (Miller, 2003).

Embora algumas investigações, principalmente no campo da psicanálise, tivessem sido realizadas antes da década de 1960, estudiosos não acreditavam na existência da depressão na infância. De acordo com Miller (2003) o fato da depressão infantil não receber a atenção devida por parte dos pesquisadores, antes da década de 1960 se deve a forte influência da teoria psicanalítica. Freud, em 1915, relatava que a depressão estava associada à queda na auto-estima e sentimentos de culpa. Para a psicanálise, na criança o superego ainda não está desenvolvido, de forma que seria impossível uma criança ter sintomas depressivos. Somente a partir da década de 60, pesquisadores começaram a aceitar a idéia de que

crianças poderiam apresentar depressão. Em 1970, apareceram os primeiros critérios de diagnósticos para depressão nos quais os sintomas na criança eram mencionados. Com o desenvolvimento de critérios mais precisos sobre a depressão infantil, começa a existir um consenso de que as crianças exibem, em linhas gerais, sintomas de depressão semelhantes aos vistos no adulto, com algumas variações na sintomatologia (Curatolo & Brasil, 2005; Miller, 2003).

Novos estudos a respeito da depressão na infância foram realizados, relacionando-a ao conceito de “depressão mascarada” e “equivalentes depressivos”. Esse conceito sugere que a depressão pode ocorrer nos mais jovens, porém se manifesta de forma mascarada, diferente da apresentada em adultos (Ajuriaguerra, 1976; Barbosa & Lucena, 1995; Lippi, 1985; Simões, 1999). Problemas como hiperatividade, enurese, agressividade, ansiedade e insônia eram considerados equivalentes depressivos (Barbosa & Lucena, 1995). Nos dias atuais, há uma tendência em se acreditar que a depressão na criança se manifesta de forma semelhante da depressão no adolescente e adulto (DSM-IV TRTM, 2002).

O que se percebe no campo da depressão infantil é que, embora muitos estudos a respeito do assunto tenham sido realizados, ainda existe a necessidade de futuras investigações. Hoje o termo depressão, principalmente a depressão no adulto, tem sido utilizado de forma genérica e muitas vezes distorcido, visto que a maioria das pessoas não diferencia um estado afetivo normal de um transtorno depressivo. O acesso às informações a respeito da depressão tem ocorrido simultaneamente à banalização da noção científica, fazendo-a parecer mais simples e distante do que é realmente (Esteves & Galvan, 2006; Monteiro & Lage, 2007; Nakamura, 2004).

Ao investigaram como os adolescentes com sintomatologia depressiva, de escolas públicas e particulares de João Pessoa representam a depressão e os seus sintomas, o estudo de Barros, Coutinho, Araújo e Castanha (2006) mostrou que a idéia que os adolescentes possuem a respeito da depressão se assemelha muito à noção científica. Participaram, desse estudo, 60 adolescentes, de ambos os sexos, com idade entre 14 e 18 anos. Avaliaram-se as representações a respeito da depressão mediante uma entrevista na qual era solicitado ao participante que falasse sobre tudo o que entende por depressão; descrevesse o que sente uma pessoa depressiva e falasse sobre o tratamento. Os resultados apontaram que entre os grupos existiram divergências e convergências nas representações sociais, sendo que as diferenças mais relevantes foram as relacionadas às causas da depressão. Enquanto os adolescentes da escola pública atribuíram a depressão a causas mais voltadas à dimensão psicossocial, associados às fatores como inibições sociais e econômicas, os adolescentes da escola privada atribuíram as causas do problema com mais frequência a dimensões afetivas e psicológicas. Já a descrição dos sintomas foi bastante semelhante à descrita nos livros e manuais de diagnóstico, destacando-se a solidão, isolamento, tristeza, desafeto, angústia, apatia, dor, insatisfação, negativismo e idéias suicidas. Finalmente, no tratamento foi priorizado pelos adolescentes uma intervenção que vise os afetos e o estado emocional.

De acordo com Fu I, Curatolo e Friedrich (2000), sentimentos de tristeza e irritabilidade são reações afetivas normais, temporárias e não é necessário tratamento. No entanto, a tristeza e irritabilidade podem ser indícios de quadros afetivos patológicos em crianças e adolescentes, dependendo da intensidade, persistência e também da presença de sintomas associados.

Quanto à etiologia da depressão, Porto, Hermolin e Ventura (2002) colocam que não há um único fator que possa explicar a ocorrência da depressão, mas afirmam que a depressão é resultado de uma interação entre um grande número de fatores. Acrescentam que seu início e evolução estão relacionados a diversas variáveis biológicas, históricas, ambientais e psicológicas. O mesmo parece acontecer com a depressão na infância. Watts e Markham (2005) colocam que, normalmente três áreas tem sido determinantes nos estudos a respeito da depressão infantil e ressaltam os fatores biológicos, fatores psicológicos, incluindo investigações de aspectos afetivos e cognitivos, e finalmente, os fatores ambientais, que consistem nas experiências estressantes.

Andriola e Cavalcante (1999) relatam que a depressão infantil integra fatores de ordem biológica, psicológica e social. Miller (2003) menciona que, há pouca dúvida da existência do componente biológico para a depressão e indica que dois aspectos devem ser considerados quando se pensa sobre a questão biológica, são eles: a genética e a influência de neurotransmissores. Estudos com famílias, gêmeos, e filhos adotivos têm mostrado que os genes possuem um papel importante na etiologia da depressão (Chabrol, 1990; Miller, 2003; Pena, 1985; Watts & Markham, 2005). No entanto, não se conhece até que ponto a aprendizagem interfere no desenvolvimento desses sintomas depressivos. Ainda do ponto de vista biológico, alguns estudos sugerem uma relação entre uma disfunção dos neurotransmissores e depressão, na qual a redução de produção de serotonina contribuiria para o desencadeamento de um episódio depressivo.

As variáveis psicossociais consistem em fatores ambientais estressantes que exercem forte influência no aparecimento e manutenção de sintomas depressivos. Segundo Barbosa e Lucena (1995), um acontecimento estressante pode gerar conflitos na criança e favorecer o surgimento de pensamentos e sentimentos de depressão. Na criança, diversos

são os fatores que podem desencadear a depressão. Barbosa e Barbosa (2001) destacam os traumas, situações difíceis como o abandono dos pais, um acidente, morte de um ente querido, de um amigo ou até mesmo de um animal de estimação. Para os autores, a família e a escola exercem um papel fundamental no desenvolvimento da depressão. No que concerne à família, citam as discórdias familiares, doenças crônicas dos pais e instabilidade no ambiente familiar e no âmbito escolar, além da competitividade facilitando situações de estresse. Barbosa e Lucena (1995) acrescentam que algumas atitudes dos pais como autoritarismo e permissividade são importantes na incidência da depressão infantil. Na escola, o baixo rendimento acadêmico, repetidos fracassos em tarefas escolares, dificuldades de relacionamento professor-aluno podem desencadear sintomas de depressão na criança.

Fatores sociais e econômicos também são relevantes na etiologia da depressão. Uma condição econômica ruim, considerando renda familiar, tipo de emprego e escolaridade dos pais podem ser também fatores de risco para a depressão. Todavia, isso não quer dizer que famílias pobres apresentam mais depressão e sim o fato de que vivem mais situações de estresse para atender às suas necessidades (Miller, 2003).

Vale dizer que, alterações do humor e sentimentos de tristeza fazem parte do dia-a-dia de qualquer ser humano, independente de sua idade, enquanto que transtorno depressivo refere-se à condição mais rara e consiste na manifestação de um conjunto de sintomas ou comportamentos, que causam sofrimento no indivíduo, e conduz a desestruturação em seu cotidiano. A depressão é considerada um transtorno do humor, uma vez que do ponto de vista psicopatológico, a alteração e perturbação do humor ou do afeto consiste em um dos mais importantes sintomas depressivos. De acordo com Beck *et al.*

(1997), além de a depressão compor fatores afetivos, apresenta também componentes cognitivos, comportamentais, motivacionais e fisiológicos.

Existem procedimentos de diagnóstico como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV TRTM (2002) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde - CID-10 (1993), que auxiliam profissionais da saúde e pesquisadores a identificar os transtornos do humor, facilitando a comunicação entre cientistas e estudiosos sobre o assunto.

Na CID-10, os Transtornos do Humor também nomeados como Transtornos Afetivos são divididos em Transtorno Afetivo Bipolar, Transtorno Depressivo Recorrente, Transtornos Persistentes do Humor e Transtorno do Humor não especificado. O Transtorno Afetivo Bipolar caracteriza-se por dois ou mais episódios depressivos nos quais o humor e o nível de atividade da pessoa estão profundamente perturbados, ocasionando prejuízo funcional. Esse Transtorno pode se manifestar como uma elevação do humor e aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania) ou como um rebaixamento do humor e de redução da energia e da atividade (depressão). Já o Transtorno Depressivo Recorrente caracteriza-se por repetidos episódios de depressão, sem história de mania. Os Transtornos Persistentes do Humor incluem a distímia e ciclotímia, que se caracterizam por alterações de humor persistente e flutuante. A distímia é uma depressão crônica, duradoura e de intensidade leve. Os sintomas são baixa auto-estima, fadiga, dificuldade de tomar decisões, mau humor, irritabilidade e desesperança (Dalgalarondo, 2000). Na ciclotímia, o humor se caracteriza por uma instabilidade persistente marcada por vários períodos de leve depressão ou de uma discreta elevação do humor. Tanto a distímia quanto a ciclotímia emergem no início da vida adulta e não preenchem os critérios para transtorno depressivo recorrente e transtorno afetivo bipolar, respectivamente.

Na CID-10, os sintomas de um Episódio Depressivo são: tristeza, perda de interesse, redução da energia e diminuição da atividade, cansaço e fadiga, mesmo depois de um pequeno esforço, alteração da capacidade de experimentar o prazer, dificuldade de concentração e atenção, problemas de sono e apetite. Quase sempre há uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e idéias de culpabilidade e inutilidade, visão pessimista do futuro e idéias a respeito de suicídio. O Episódio Depressivo, segundo a CID-10, pode ser classificado em leve, moderado e grave, considerando a intensidade da sintomatologia e o número de sintomas apresentados pelo indivíduo. O Episódio Depressivo leve se caracteriza pela presença de dois ou três dos sintomas citados durante um período de duas semanas, sem, no entanto, causar sofrimento intenso e prejudicar o desempenho do indivíduo nas suas atividades. No Episódio Depressivo moderado estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o indivíduo apresenta dificuldade na realização de suas tarefas, durante no mínimo duas semanas. O Episódio Depressivo grave pode ocorrer sem sintomas psicóticos ou com sintomas psicóticos. São caracterizados pela severidade dos sintomas, perda da auto-estima, idéias de desvalorização e pensamentos de suicídio. É classificado como Episódio Depressivo grave com sintomas psicóticos quando estão presentes as alucinações, idéias delirantes e alteração psicomotora grave.

O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV TRTM (2002), publicado pela *American Psychiatric Association*, consiste no sistema internacional de classificação mais utilizado no meio científico e clínico para a caracterização de transtornos psiquiátricos, dentre eles a depressão. No DSM-IV TRTM (2002), os Transtornos do Humor são divididos em Transtornos Depressivos, Transtornos Bipolares e outros Transtornos do Humor causados por uma condição médica ou induzidos

por substância. Os Transtornos Depressivos, por sua vez, estão classificados em Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Distímico e Transtorno Depressivo sem outra especificação.

O Transtorno Depressivo Maior se caracteriza por um ou mais Episódios Depressivos Maiores, ou seja, durante duas semanas, o indivíduo apresenta tristeza acentuada ou falta de prazer, e mais quatro sintomas da depressão, não devendo haver episódios maníacos, hipomaníacos ou mistos. Já para o diagnóstico de Transtorno Distímico, o indivíduo deve apresentar humor deprimido por pelo menos 2 anos, sem no entanto, preencher critérios para um Episódio Depressivo Maior. O Transtorno Distímico caracteriza-se por uma tristeza crônica, duradoura e menos severa que o Transtorno Depressivo Maior. No caso de crianças e adolescentes, o humor pode se manifestar pela irritabilidade, e durante um período de, no mínimo, 1 ano. O Transtorno Depressivo sem outra especificação são transtornos com características depressivas, mas que não satisfazem os critérios para Transtorno Depressivos Maior, Transtorno Distímico e Transtorno de Ajustamento.

Conforme descrito no DSM-IV TRTM (2002) para o diagnóstico de um Episódio Depressivo Maior é necessário que o indivíduo apresente durante um período de pelo menos duas semanas, cinco ou mais dos sintomas listados a seguir: humor deprimido na maior parte do dia e em quase todos os dias; falta de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia; perda ou ganho de peso sem estar de dieta; insônia ou hipersonia quase todos os dias; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou de culpa; indecisão e dificuldade de concentração; pensamentos de morte ou tentativas de suicídio. Além disso, os sintomas devem causar sofrimento ou prejuízo no funcionamento do indivíduo, não devendo ser consequência de uso de substâncias como drogas ou algum tipo de medicamento, ou ainda ocorrendo em

função de uma condição médica. O último critério para o diagnóstico de um Episódio Depressivo Maior descreve que os sintomas não ocorrem pelo luto. Considera-se depressão quando após o indivíduo ter sofrido uma perda, os sintomas persistirem por mais de dois meses e serem acompanhados de forte prejuízo funcional, sentimentos de desvalorização, idéias suicidas, lentidão motora e até mesmo sintomas psicóticos.

O DSM-IV TRTM (2002) descreve que os sintomas básicos de um Episódio Depressivo Maior são os mesmos para crianças e adolescentes, de forma que a depressão na população infantil pode ser diagnosticada pelos mesmos critérios que a depressão maior, no adulto. No entanto, o manual menciona algumas variações, caso o Episódio Depressivo Maior ocorra em uma criança. Mais especificamente, as ressalvas referem-se à alteração do humor, do apetite e dificuldade de concentração.

De acordo com Simões (1999), a depressão pode ser avaliada enquanto sintoma, síndrome ou distúrbio. Normalmente, a avaliação da depressão enquanto sintoma é realizada mediante inventários de auto-avaliação, que consistem na investigação de sintomas depressivos isolados. No entanto, do ponto de vista preventivo, os sintomas não devem ser negligenciados, uma vez que a identificação dos primeiros sintomas depressivos na população normal contribui para impedir que se desenvolva uma patologia mais grave, quando tratados. A depressão enquanto síndrome se caracteriza por um conjunto de alterações afetivas, cognitivas, motivacionais e vegetativas que ocorrem de forma simultânea. Já o distúrbio depressivo consiste em uma perturbação psicopatológica, conforme descrito no DSM-IV TRTM e CID 10. Trata-se da presença de vários sintomas associados que causam sofrimento pessoal e um impacto significativo na vida do indivíduo (Simões, 1999).

Embora o presente estudo não irá realizar diagnóstico de depressão na infância, a seguir serão descritos de maneira mais minuciosa os sintomas do Episódio Depressivo Maior, conforme mencionado no DSM-IV TRTM (2002). Cabe ressaltar que, o Inventário de Depressão Infantil, instrumento empregado no presente estudo, foi desenvolvido a partir do Inventário de Depressão de Beck (Beck & Steer, 1987; Cunha, 2001) que, por sua vez, foi elaborado tendo em vista os critérios diagnósticos para Transtorno Depressivo Maior descritos no DSM-IV (Gorenstein & Andrade, 2000; Kovacs, 1992).

O primeiro critério de diagnóstico para o Episódio Depressivo Maior apontado no DSM-IV é a mudança no humor. O humor é descrito pelo indivíduo como “deprimido, triste, desesperançado, desencorajado ou na fossa” (DSM-IV, p. 306). Também pode se manifestar pelo sentimento de raiva e irritação, no qual o indivíduo passa a ter reações exageradas de ira, e a se frustrar facilmente por questões de pouca importância. Em crianças e adolescentes, é comum a irritação e o comportamento “rabugento”, ao invés do sentimento de tristeza (Critério A1).

A falta de prazer e interesse pela maioria das atividades é uma característica muito comum entre as pessoas depressivas. Tarefas anteriormente consideradas prazerosas e agradáveis passam a ser desinteressantes, acarretando em isolamento social ou negligência dessas atividades (Critério A2).

A mudança do apetite pode se manifestar pelo aumento ou diminuição do apetite. Normalmente, o apetite fica reduzido, causando uma diminuição significativa do peso. Em crianças, há uma dificuldade de ganhar o peso adequado para sua idade (Critério A3).

No que se refere à alteração de sono, a insônia tem sido mais mencionada pelos deprimidos, porém, alguns se queixam de sonolência excessiva. Muitas vezes, a perturbação do sono facilita a procura para um tratamento (Critério A4).

As alterações psicomotoras podem incluir agitação excessiva ou retardo psicomotor. A agitação é observada pela incapacidade de ficar quieto, andar sem parar, mexer as mãos, puxar ou esfregar a pele, entre outros. A lentidão se manifesta pelo comportamento e pensamento lento, pausas prolongadas antes de responder, diminuição do volume da fala ou mutismo (Critério A5).

Quanto ao cansaço, fadiga e diminuição de energia, o indivíduo se queixa de extremo cansaço, e atividades simples que exigem pouco esforço são realizadas com dificuldade. Alguns apresentam dificuldade para atividades da vida diária como tomar banho ou se vestir (Critério A6).

Outro sintoma importante do Episódio Depressivo Maior é o prejuízo na capacidade de pensar, de concentrar-se ou tomar decisões. São freqüentes queixas de distração ou dificuldade de memória. Em crianças, a queda no rendimento escolar pode ser uma manifestação do problema de atenção (Critério A8).

No que se refere ao suicídio, o indivíduo pode apresentar pensamentos sobre morte, planejamento de atos suicidas e tentativas de suicídio. O que leva uma pessoa a cometer o suicídio é o desejo de se livrar dos problemas considerados como insolúveis e o desejo de acabar com um sentimento doloroso (Critério A9).

Conforme citado anteriormente, os sintomas básicos de um Episódio Depressivo Maior são os mesmos para crianças e adultos, no entanto a predominância de sintomas característicos pode mudar de acordo com a idade. Alguns sintomas como problemas somáticos, irritabilidade e retraimento social são bastante freqüentes nas crianças, enquanto

a lentidão psicomotora, excesso de sono e delírios são menos comuns na pré-puberdade do que na adolescência e idade adulta. Em crianças, os Episódios Depressivos Maiores estão associados com outros problemas como Transtornos de Déficit de Atenção e do Transtorno de conduta e Transtornos de Ansiedade. Em adolescentes, o Episódio Depressivo Maior frequentemente está associado com Transtorno de conduta, Transtornos de Déficit de Atenção, Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Alimentares (DSM-IV TRTM, 2002).

Mensuração de Sintomas de Depressão na Criança

O diagnóstico de depressão infantil tem sido um dos maiores problemas nos estudos de prevalência. A dificuldade no diagnóstico fica mais acentuada diante da escassez de instrumentos de medida validados e adaptados para a população brasileira, tornando a investigação desses problemas ainda mais difícil e complexa.

Simões (1999) considera que a depressão consiste em um problema de “*expressão internalizante*”, já que grande parte dos sintomas apresentados por alguém deprimido são sintomas internos, como tristeza, baixa auto-estima, falta de valor e desesperança, sendo, muitas vezes, de difícil observação por outras pessoas. Por ser a depressão um problema internalizante, seu principal impacto ocorre na própria criança e não nas pessoas que convivem com ela, o que, por sua vez, dificulta o reconhecimento e tratamento da problemática (Murphy *et al.*, 1982 citados por Calil & Pires, 2000; Reynolds & Johnston, 1994). Em função disso, atualmente, há uma tendência em ter a criança como um importante informante de seus sentimentos e os inventários e escalas de auto-avaliação são vistos como instrumentos essenciais na avaliação de problemas internalizantes (Simões,

1999). Técnicas de observação, escalas e inventários de auto-avaliação, entrevistas estruturadas e semi-estruturadas têm sido amplamente utilizados por pesquisadores para medir a ocorrência de sintomas depressivos em crianças e adolescentes (Bahls, 2002a, Calderaro & Carvalho, 2005; Pereira, 2002; Pereira & Amaral, 2004; Rocha *et. al.*, 2006; Timbremont, Braet & Dreessen, 2004).

As entrevistas semi-estruturadas servem como um roteiro para o entrevistador e se caracterizam pela flexibilidade quanto ao número de perguntas e à forma como as questões são propostas. A aplicação das entrevistas deve ser concretizada por profissionais com aprofundada formação clínica (Harrington, 1993; Hodges, 1994; Simões, 1999). Dentre as entrevistas semi-estruturadas usadas no diagnóstico de depressão infantil estão *Child Assessment Schedule* (CAS) desenvolvida por Hodges e Fitch, (1982) citado por Hodges (1994) e a *Interview Schedule for Children* (ISC) de Kovacs (1985). Para o diagnóstico de transtornos psiquiátricos na infância e adolescência existe a *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (K-SADS), disponível nas versões para a criança e para os pais (Ambrosini, 2000).

As avaliações objetivas, como questionários, escalas de auto-avaliação e inventários são instrumentos mais aplicados no contexto científico e são os preferidos em relação às entrevistas clínicas (Gouveia *et al.*, 1995). São métodos que apresentam algumas vantagens como a diminuição da subjetividade, redução da inferência e efeito da opinião pessoal do pesquisador ou clínico. São de fácil aplicação e correção e são métodos mais econômicos, que requerem do entrevistador um treinamento mais simples e rápido. No entanto, é importante lembrar que os inventários não substituem as entrevistas como

método de diagnóstico da depressão, sendo, na maioria das vezes, empregados como medida de rastreamento de sintomas depressivos.

Algumas escalas e inventários têm sido mencionados na literatura como instrumento de identificação de crianças com sintomas de depressão. A *Children's Depression Scale* (CDS) desenvolvida por Lang e Tisher, em 1997, é uma escala de auto-avaliação muito utilizada para discriminar crianças com depressão, com idade entre 6 e 16 anos e dispõe de uma versão para pais CDS-A (Harrington, 1993; Reynolds, 1994; Simões, 1999). A *Depression Self-Rating Scale* (DSRS), elaborada originalmente por Birmaher em 1981, consiste em um questionário de auto-avaliação de 18 itens, que examina aspectos cognitivos, comportamentais e afetivos da depressão. Pode ser empregada em crianças entre 7 e 13 anos de idade (Birmaher, 1981; Fonseca *et al.*, 2002; Harrington, 1993; Reynolds, 1994; Simões, 1999). A *Reynolds Child Depression Scale* (RCDS) é também uma medida de auto-avaliação para crianças de 8 a 13 anos de idade. É formada por 30 itens, que avaliam a gravidade da sintomatologia depressiva quanto aos aspectos cognitivos, somáticos, psicomotores e interpessoais (Reynolds, 1994). Poznansky e Mokros (1999) também elaboraram uma escala para avaliar sintomas depressivos em crianças de 6 a 12 anos, a qual foi denominada Escala para Avaliação de Depressão em Crianças – CDRS (*Children's Depression Rating Scale*). A CDRS foi inicialmente baseada na Escala de Depressão de Hamington e em 1985 a escala foi revisada, passando a ser nomeada como Escala para Avaliação de Depressão em Crianças – Revisada, CDRS-R (*Children's Depression Rating Scale Revised*). O instrumento é composto por 17 itens que avaliam o humor depressivo da criança mediante sua comunicação verbal e não verbal. Vale dizer que existe uma versão da escala adaptada para a população brasileira por Barbosa e Barbosa

(2001), a qual, segundo os autores apresenta características bastante promissoras, com propriedades psicométricas consistentes.

Dentre os inventários de auto-avaliação relatados na literatura, o CDI ou Inventário de Depressão Infantil tem sido o instrumento mais utilizado na identificação de sintomas depressivos. O *Children's Depression Inventory* – CDI (Kovacs, 1992) – foi o primeiro instrumento realizado para estudar os sintomas de depressão na infância. O CDI foi elaborado por Kovacs em 1983 e surgiu de uma adaptação do BDI – *Beck Depression Inventory*. Trata-se de uma escala de auto-avaliação de 27 itens, destinada a identificar os sintomas de depressão em pessoas de 7 a 17 anos e tem sido largamente usado em estudos epidemiológicos internacionais e brasileiros.

Fristad, Emery e Beck (1997) investigaram o uso do CDI mediante a análise de artigos por um período de dois anos. Dos artigos avaliados, 65% utilizaram o CDI ou inventários de auto-avaliação. Alguns estudiosos, como Fristad *et al.* (1997), recomendam o uso cuidadoso do CDI, principalmente no que se refere à administração e interpretação dos resultados. Afirmam que o inventário serve para identificar sintomas depressivos e não é um instrumento de diagnóstico clínico. Timbremont, Braet e Dreessen (2004) examinaram a utilidade do CDI no diagnóstico para Depressão Maior e a adequação do ponto de corte. Os autores aplicaram o CDI em 80 crianças e adolescentes, com idade média de 12 anos e os resultados apontaram que o inventário é eficiente na identificação da depressão, além de diferenciar a depressão de outras desordens como ansiedade e problemas de conduta. Concluíram também que o ponto de corte de 16 apresentou ótima relação entre especificidade e sensibilidade na identificação da depressão.

No Brasil, o CDI adaptado para a população brasileira por Gouveia *et al.* (1995) tem sido muito empregado como medida de sintomas depressivos em crianças. O inventário

avalia sintomas afetivos, cognitivos e comportamentais da depressão e é composto por 20 questões. De acordo com Gouveia *et al.* (1995), o CDI é um instrumento com parâmetros psicométricos aceitáveis, sendo bastante útil na identificação de crianças depressivas. A maioria dos estudos brasileiros acerca da depressão infantil utilizando o CDI emprega o ponto de corte 17 (Baptista & Golfeto, 2000; Curatolo, 2001; Hallak, 2001).

Em alguns estudos brasileiros tem sido usada a Escala de Avaliação de Depressão para Crianças desenvolvida por Amaral e Barbosa (1990), elaborada a partir da literatura internacional da área. Consiste em uma escala com 27 itens que avaliam as reações fisiológicas, comportamentais e afetivo-emocionais da depressão. Esta escala também foi utilizada em outros estudos (Pereira, 2002; Pereira e Amaral, 2004). As autoras concluem que, apesar de já se ter iniciada algumas investigações, ainda há uma escassez de medidas de avaliação de depressão na infância no contexto nacional e Pereira (2002) assinala a preocupação de autores brasileiros em aperfeiçoar os instrumentos estrangeiros para seu uso na população do Brasil.

Além das escalas de auto-avaliação, são empregados também na identificação dos sintomas de depressão infantil instrumentos aplicados por observadores, ou seja, são métodos de avaliação normalmente respondidos pelos pais, professores e profissionais que se relacionam com a criança em questão. Um exemplo consiste na Escala de Sintomatologia Depressiva para Professores – ESDM-P – elaborada por Domenech e Polaino-Lorente (1990). A escala é composta de 22 itens seguidos de uma escala Likert variando de um a três. Permite a identificação de sintomas de depressão mediante informação de professores e uma versão adaptada já tem sido utilizada em alguns estudos brasileiros (Andriola & Cavalcante, 1999, Barbosa & Barbosa, 2001; Hallak 2001).

Concluí-se que, ainda não existe um único instrumento para avaliar todos os aspectos da depressão e as medidas existentes certamente apresentam suas limitações e vantagens. Harrington (1993) sugere que os instrumentos já existentes sejam empregados repetidas vezes e em diversos estudos, para que os mesmos possam ser aprimorados de acordo com as características de cada contexto. É importante ressaltar que, as escalas e inventários empregados no rastreamento da depressão infantil, não possuem a finalidade de fazer diagnóstico da depressão, mas tem como objetivo apenas identificar a sintomatologia depressiva, bem como detectar a severidade desses sintomas. Assim, esses instrumentos de medida de depressão servem como auxílio e complemento na elaboração de um diagnóstico mais preciso e cuidadoso, devendo, portanto, ser utilizado juntamente com dados clínicos da criança e outros instrumentos (Calil & Pires, 2000). Apesar da depressão ser um problema internalizante, cabe acrescentar também que, na avaliação da depressão infantil, tem se preconizado o uso de múltiplos informantes. Idealmente acredita-se que devem ser entrevistados os pais, a criança e os professores. Outro ponto relevante, ressaltado por Duarte e Bordin (2000) consiste no fato de que instrumentos de avaliação para crianças apresentam algumas particularidades, de forma que não se deve esquecer que a criança está em desenvolvimento e, portanto, apresenta características diferentes dependendo da idade em que se encontra e tais características devem ser consideradas durante a avaliação.

Prevalência da depressão na infância

De acordo com o DSM-IV TRTM (2002) a prevalência do Transtorno Depressivo Maior em adultos tem variado de 5 a 9% para as mulheres e de 2 a 3% para os homens, porém o risco de apresentar depressão durante a vida é de 10 a 25% para as mulheres e de 5 a 12% para os homens. No que concerne à taxa de depressão na infância e adolescência, Kaplan e Sadock (1993) descrevem que 2% das crianças em idade escolar e 5% dos adolescentes apresentam transtornos depressivos. Índices semelhantes são sugeridos por Miller (2003), no qual 8.5% dos adolescentes e 2,5% das crianças apresentam depressão. Em recente revisão a respeito das taxas de prevalência de depressão maior em crianças e adolescentes, Bahls (2002a) revelou que o índice para crianças varia de 0,4 a 3,0%, e para os adolescentes varia de 3,3 a 12,4%.

Um dos primeiros estudos epidemiológicos sobre a depressão na infância foi realizado na década de 60 na Ilha de Wight por Rutter, Tizard e Whitmore (citados por Harrington, 1993). Os autores encontraram uma taxa de 0,14% de crianças depressivas com idade entre 10 a 11 anos e 1,5% entre os adolescentes de 14 a 15 anos. Verificaram que os sintomas depressivos eram mais comuns entre os adolescentes e que frequentemente, os sintomas de depressão vinham acompanhados por outros problemas, dentre eles, o distúrbio de conduta. Birmaher *et al.* (1996), em uma revisão da literatura, encontraram que cerca de 40% a 70% de crianças e adolescentes depressivos apresentam outros problemas psiquiátricos associados, e aproximadamente 20% a 50% recebem dois ou mais diagnósticos de comorbidade. O diagnóstico mais comum tem sido distímia e transtornos de ansiedade (30% a 80%), desordens disruptiva (10% a 80%) e abuso de drogas (20% a 30%).

Alguns estudos têm revelado elevadas taxas de prevalência (Colbert *et al.*, 1992; Culp, Clyman & Culp, 1995; Donnelly, 1995; Kleftaras & Didaskalou, 2006; Larsson & Melin, 1992,). Vale lembrar que o Transtorno Depressivo Maior se caracteriza pela presença de um ou mais Episódios Depressivos Maiores. Dessa forma, quando a prevalência refere-se aos sintomas de depressão e não ao Transtorno Depressivo Maior, o número de casos com sintomatologia depressiva aumenta consideravelmente. A prevalência de sintomas depressivos se mostra ainda mais acentuada diante de uma população clínica. Esse dado pode ser observado no estudo de Colbert *et al.* (1992), no qual foram avaliadas 282 crianças de 6 a 14 anos de idade, que eram atendidas em uma unidade de psiquiatria infantil. O objetivo da pesquisa era conhecer a prevalência de depressão em crianças e os resultados revelaram que 54% dos participantes apresentavam sintomas de depressão, segundo os critérios do DSM III. A taxa de prevalência foi maior entre os meninos que as meninas. Os autores concluíram que as crianças raramente eram identificadas como tendo depressão por seus professores e não raro eram rotuladas como rebeldes, agressivos, delinquentes e até psicopatas. Outro dado relevante no estudo dos autores consiste no fato de que os resultados indicaram que as crianças com depressão apresentavam um baixo rendimento escolar, embora fossem crianças capazes intelectualmente e sem dificuldades de aprendizagem específica.

Larsson e Melin (1992) examinaram a prevalência de sintomas depressivos em uma amostra de 471 escolares suecos de 8 a 13 anos de idade. Depois de 6 a 9 semanas as crianças foram novamente avaliadas a fim de se averiguar a estabilidade da sintomatologia. Os dados mostraram que 10% dos participantes apresentaram escores elevados no CDI e 1% reportou pensamentos suicidas, sendo que as meninas relataram mais sintomas

depressivos que os meninos. Foi interessante notar que, do total de escolares depressivos, cerca de 44% continuaram a apresentar sintomas após o período de algumas semanas.

Culp, Clyman e Culp (1995) avaliaram a sintomatologia depressiva e tentativa de suicídio em 220 adolescentes de 11 a 18 anos, com idade média de 15 anos, de ambos os sexos. Os autores verificaram que 57% reportaram a presença de sintomatologia depressiva, 33% tinham pensamentos de morte e 6% já haviam tentado suicídio. Não foram encontradas diferenças significativas no que concerne ao gênero. Na investigação de Donnelly (1995), 887 estudantes responderam o CDI e os dados mostraram que 12% apresentaram altos escores de depressão e 4% manifestaram desejo de morrer. Em seu estudo também não foram observadas diferenças entre a prevalência de sintomatologia depressiva entre meninos e meninas e segundo Donnelly (1995) a diferença de gênero pode iniciar a partir da adolescência, período em que as meninas passam a ter mais depressão que os meninos. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Goodman *et al.* (2000). Os autores entrevistaram uma ampla amostra de 1285 crianças e adolescentes com idade entre 9 a 17 anos de diferentes regiões dos Estados Unidos. Verificaram que 9% dos participantes preencheram os critérios para desordem depressiva conforme descrita no DSM III-R.

Kleftaras e Didaskalou (2006) investigaram a prevalência de sintomatologia depressiva e a habilidade do professor em identificar essas crianças. Foram entrevistados 323 crianças de quinta e sexta série, e seus respectivos professores. As crianças preencheram o CDI e cerca de 30% dos estudantes apresentaram sintomatologia depressiva. Os professores mostraram dificuldade no reconhecimento de sintomas depressivos nesses alunos e tendiam a atribuir as dificuldades emocionais de seus estudantes a fatores fora do contexto escolar.

Pesquisas a respeito da prevalência de sintomas depressivos na infância revelam que o número de crianças com o problema é bastante variável (Bahls, 2002a; Barbosa & Barbosa, 2001; Fonseca, Ferreira & Fonseca, 2005; Hallak, 2001; Serrão, Klein & Gonçalves, 2007 e outros). No Brasil, apesar da escassez de estudos epidemiológicos, resultados de algumas investigações têm revelado que de fato a depressão ocorre na infância. Há dados sugerindo que algumas cidades como Curitiba, São Paulo e Paraíba parecem apresentar uma prevalência maior de sintomatologia depressiva que outras como Ribeirão Preto, Campinas e Recife. É possível que essas diferenças ocorram em função de divergências socioeconômicas e características locais ou regionais, bem como de outras particularidades ainda não identificadas.

Embora o estudo de Soares *et. al.* (1999) tenha sido realizado com jovens e adultos e, não com uma amostra de crianças, a investigação apresenta dados relevantes quando se trata de diferenças nas taxas de prevalência nas cidades brasileiras. Os autores avaliaram pessoas com idade superior a 14 anos, residentes nas regiões metropolitanas de São Paulo, Brasília e Porto Alegre, sendo em Brasília, 2.347 participantes; Porto Alegre, 2.384; e São Paulo, 1.742 indivíduos. A presença de sintomas depressivos foi maior nos adultos que nos jovens e mais elevada em Porto Alegre e São Paulo do que em Brasília.

Barbosa e Barbosa (2001) avaliaram sintomas depressivos em uma amostra de 807 participantes (90% da população urbana), de 7 a 17 anos de idade, de ambos os sexos, de uma cidade do interior da Paraíba. Os resultados revelaram que 22% dos participantes atingiram o ponto de corte 18 no CDI, sugerindo a presença de sintomatologia depressiva. Uma prevalência maior foi verificada na adolescência entre os 13 e 14 anos de idade, embora não fossem encontradas diferenças significativas relativas à sexo, série e idade.

Uma elevada taxa de prevalência de sintomas depressivos foi encontrada no estudo de Curatolo (2001), realizado na cidade de São Paulo. Um total de 578 crianças de primeira a quarta série do ensino fundamental, entre 7 e 12 anos de idade responderam o CDI e 21,1% dos participantes apresentaram sintomas de depressão.

Um índice semelhante foi visto em Curitiba. Bahls (2002a) aplicou o CDI em 463 alunos do ensino fundamental e médio, com idade entre 10 e 17 anos, da cidade de Curitiba. Encontrou 20,3% de estudantes que ultrapassaram o ponto de corte 19 no CDI, sendo que os sintomas depressivos eram significativamente mais frequentes no sexo feminino que no masculino. Apesar da ausência de diferença significativa quanto à idade, verificou-se que os sintomas de depressão eram mais comuns nos participantes com idade entre 12 a 15 anos.

Fonseca, Ferreira e Fonseca (2005) investigaram a prevalência de sintomatologia depressiva em 519 estudantes de 7 a 13 anos de idade, de ambos os sexos, do interior de Minas Gerais. Uma prevalência de 13,7% de escolares apresentaram uma pontuação superior a 17 no CDI e pensamentos a respeito de suicídio foi observado em 1,5% dos casos. Não foram encontradas relações significativas quanto a sexo e idade dos participantes.

Níveis altos de sintomatologia depressiva foram encontrados no estudo de Rocha *et.al* (2006) realizado com 791 adolescentes mineiros. Os autores utilizaram o *Self Reporting Questionnaire - SRQ-20*, um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde que avalia a ocorrência de transtornos mentais, dentre eles a depressão, na população geral. Os resultados apontaram para a presença de sintomas depressivos em 45,7% dos adolescentes, sendo que a prevalência foi duas vezes maior no sexo feminino.

Além disso, verificou-se que com o avançar da escolaridade há um aumento no número de adolescentes depressivos.

No estudo de Zinn-Souza *et al.*, (2008) conduzido com 724 adolescentes de São Paulo, com idades entre 14 e 18 anos, foi encontrada uma prevalência de 7,5% de sintomas de depressão, sendo que as adolescentes do sexo feminino tiveram mais sintomas do que os do sexo masculino.

Uma prevalência menor de sintomas depressivos foi observada no estudo de Hallak (2001), realizado na cidade de Ribeirão Preto. Em seu estudo, foram avaliados 602 escolares de 7 a 12 anos de uma escola pública. A prevalência de depressão foi de 6% quando avaliada pelo CDI e houve uma prevalência de 3% utilizando a Escala de Sintomatologia Depressiva para Professores (ESDM-P). Já no estudo de Soares (2003) foi encontrada uma prevalência de 2,39% de sintomas de depressão, quando aplicou o CDI em 1215 estudantes, de ambos os sexos, de 4^a série de escolas estaduais, municipais e particulares do Rio Grande do Sul. Apesar da ausência de relações significativas entre sexo e depressão, verificou-se que as meninas relataram um número maior de sintomas de depressão do que os meninos.

Outros estudos brasileiros foram realizados, no entanto, com amostras menores, de forma que é preciso cautela na interpretação e comparação dos resultados (Bandim, Sougey & Carvalho, 1995; Baptista & Golfeto, 2000; Cruvinel, 2003). Na investigação de Bandim *et al.* (1995) 32 crianças do Recife, com idade entre 6 e 14 anos, de ambos os sexos, que eram atendidas em um ambulatório de psiquiatria infantil foram avaliadas. Os dados indicaram que 12,5% dos participantes receberam diagnóstico de depressão maior; 68,75% de transtorno distímico e 18,75% para distúrbio de ajustamento do humor.

Observaram também que a maioria das crianças com alteração de humor eram do sexo masculino e a maior parte entre 11 e 14 anos de idade.

Uma prevalência reduzida de sintomas de depressão foi encontrada no estudo de Baptista e Golfeto (2000). Uma amostra de 135 participantes de uma escola particular da cidade de Ribeirão Preto, com idade de 7 a 14 anos, e de nível socioeconômico elevado respondeu o CDI. Cerca de 1,48% apresentaram sintomas depressivos, ou seja, tiveram escore igual ou maior que 17 pontos no CDI. A pontuação foi mais elevada entre as meninas e entre os participantes acima de 10 anos.

No estudo de Cruvinel (2003) foram avaliados 169 participantes de 8 a 15 anos, com idade média de 10 anos, de ambos os sexos, estudantes de 3^a, 4^a e 5^a séries e residentes na cidade de Campinas, interior de São Paulo. Os alunos responderam o CDI, mediante o qual foram identificadas 3,5% de crianças com sintomas depressivos. Nessa pesquisa não foram encontradas correlações significativas entre sintomas depressivos e idade, série e repetência escolar.

Nota-se que a partir do primeiro estudo a respeito da prevalência de sintomas depressivos em crianças e adolescentes realizado em 1960 (Rutter, Tizard & Whitmore, citados por Harrington, 1993) houve um aumento nos índices de prevalência, nessa faixa etária, de sintomatologia depressiva. Conclui-se ainda que, estudos realizados com pequenas amostras de crianças brasileiras revelam uma prevalência de sintomatologia depressiva que varia de 1,48% a 12,5%, e investigações com um número maior de participantes, o índice de crianças com sintomas depressivos varia de 2,39% a 22%. Como pode ser constatado, a literatura mostra a diversidade na prevalência de sintomas depressivos na infância. De acordo com Poznanski e Mokros (1994), são inúmeros os

fatores que contribuem para a variação nos índices de depressão infantil. Diferenças na população estudada, nos métodos de avaliação, no diagnóstico de depressão, e diferenças no ponto de corte dos instrumentos são variáveis que interferem nos resultados de prevalência. Além disso, Baptista e Golfeto (2000) lembram ainda que as diferenças regionais, econômicas e culturais na população brasileira podem também contribuir para a diversidade dos resultados encontrados. No entanto, vale ressaltar que, as variações nas taxas de prevalência continuam mesmo quando os diversos estudos usam instrumentos de medidas de depressão semelhantes. Alguns estudos brasileiros que empregaram o CDI para a identificação de sintomas depressivos mostraram índices de prevalência semelhantes (Bahls, 2002a; Barbosa & Barbosa, 2001; Curatolo, 2001; Fonseca, Ferreira & Fonseca, 2005), mas por outro lado, outros estudos tiveram taxas de prevalência diferentes, apesar de usarem o CDI (Baptista & Golfeto, 2000; Cruvinel, 2003; Hallak, 2001; Soares, 2003).

Apesar das controvérsias e dificuldades nos estudos a respeito da depressão infantil, Birmaher *et al.* (1996) concluem que existe um aumento nos últimos anos da prevalência de depressão em crianças e adolescentes e sugerem que a depressão parece ocorrer em crianças cada vez mais jovens. Os autores alertam para a necessidade de se identificar precocemente essas crianças e que tratamentos sejam realizados para esses problemas.

Nas pesquisas relatadas também são observadas divergências nos dados de prevalência de sintomas depressivos no que concerne ao gênero e idade. Mais precisamente, as contradições a respeito da prevalência de sintomas de depressão são vistas antes da adolescência, uma vez que após os 15 anos de idade os resultados são mais consistentes e revelam que as mulheres apresentam duas vezes mais depressão do que os homens (Nolen-Hoeksema, Girgus & Seligman, 1994)

Prevalência de depressão na infância em relação ao gênero e idade

A literatura revela resultados contraditórios e inconsistentes quando se trata de diferenças de gênero na prevalência de depressão infantil. Existem estudos indicando a ausência de diferenças nos índices de depressão entre meninos e meninas (Andriola & Cavalcante, 1999; Chartier & Lassen, 1994; Cruvinel, 2003; Culp, Clyman & Culp, 1995; Donnelly, 1995; Gouveia *et al.*, 1995; Kashani *et al.*, 1983; Kaslow *et al.*, 1984; Kazdin *et al.*, 1983; Serrão, Klein & Gonçalves, 2007; Soares, 2003; Stenvenson & Romney, 1984; Tomé & Matos, 2006; Wright-Strawderman & Watson, 1992). Por outro lado, algumas investigações apontam para resultados diferentes. Steinberg (1989) coloca que antes da adolescência, os meninos exibem mais sintomas depressivos do que as meninas, e após a puberdade, as meninas passam a ter mais depressão do que os meninos. Resultados semelhantes são vistos nos estudos de Colbert *et al.* (1992), Soares (1993), Kashani e Carlson (1987) e Bandim *et al.* (1995). Embora esses autores tenham utilizado amostras e metodologias diferentes, verificaram que, antes da adolescência, os meninos apresentavam mais sintomas depressivos do que as meninas. Já o estudo de Baptista e Golfeto (2000) e Pérez e Urquijo (2001), as crianças em idade escolar do sexo feminino tinham mais sintomas depressivos do que os meninos.

Em pré-escolares, parece não existir diferenças entre meninos e meninas. Andriola e Cavalcante (1999) avaliaram 345 crianças de 5 a 6 anos de idade, de ambos os sexos, da cidade de Fortaleza, mediante entrevistas com os professores pela Escala de Sintomatologia Depressiva para Professores (ESDM-P). Os autores encontraram 3,9% de prevalência de sintomas depressivos entre os participantes, sendo que não foram verificadas diferenças entre meninos e meninas. Já no estudo de Kashani e Carlson (1987), com uma

população clínica de 1000 pré-escolares, constatou-se que nove crianças preenchiam o critério para depressão de acordo com o DSM III, sendo que desses nove, seis eram meninos e três eram meninas.

Em resumo, o que se sabe é que a partir da adolescência, as meninas passam a apresentar mais sintomas de depressão do que os meninos. Antes da adolescência, esses índices ainda são confusos. De um lado, há estudos que encontraram diferenças nas taxas de prevalência. De outro lado, existem investigações que não verificaram diferenças entre o número de crianças depressivas, no que concerne ao gênero. No entanto, quando os estudos apontam para o fato de que meninas são mais depressivas que os meninos algumas hipóteses são levantadas e uma delas refere-se, segundo White (1989), as formas de socialização. Esse autor explica que, normalmente, as meninas lidam com suas emoções de forma diferente dos meninos. As meninas são encorajadas a entrar em contato com sentimentos depressivos como tristeza, choro e desânimo e os meninos são reforçados a utilizar outras estratégias como, por exemplo, a distração.

No que concerne à faixa etária, Harrington (1993) afirma que o achado mais consistente em relação aos estudos epidemiológicos acerca da depressão na infância consiste no fato de a depressão aumentar com a idade. Quanto à prevalência de sintomas depressivos, de acordo com a idade, tem se verificado que a medida em que a idade se aproxima da adolescência, há um aumento no número de casos (Wathier, Dell'Aglio & Bandeira, 2008; Bandim *et al.*, 1995). Apesar disso, existem estudos que encontraram resultados diferentes. Há investigações que não verificaram relações significativas entre sintomas de depressão e faixa etária (Chartier & Lassen, 1994; Cruvinel, 2003; Fonseca *et al.*, 2002; Gouveia *et al.*, 1995; Hall & Haws 1989; Kaslow *et al.*, 1984; Pérez & Urquijo, 2001; Serrão, Klein & Gonçalves, 2007; Stenvenson & Romney, 1984). Alguns autores

explicam que a elevada taxa de prevalência de depressão a partir da adolescência parece acompanhar o desenvolvimento cognitivo e emocional. Nesta fase, ocorre maior maturidade cognitiva, permitindo que o adolescente seja mais reflexivo, introspectivo e autocrítico, habilidades necessárias para o aparecimento de crenças e avaliações negativas de si mesmo e do mundo. Além desses fatores, a adolescência é caracterizada pela confusão e presença de conflitos, busca de identidade e novos relacionamentos, que por si só já poderiam contribuir para o desenvolvimento da depressão no adolescente (Baptista, 1997; White, 1989). Outro fator que parece contribuir para que crianças menores apresentem menos depressão está relacionado ao suporte social e a presença de eventos estressores. As crianças tendem a vivenciar menos situações de conflito, são mais protegidas quanto aos fatores de risco, além de poderem contar com um melhor suporte familiar do que os adolescentes (Harrington, 1993).

Além da discussão de fatores sociais e psicológicos que interferem na prevalência, as hipóteses biológicas também são consideradas tendo-se em vista que as diferenças nas taxas de depressão coincidem com a puberdade, período que se caracteriza por grandes transformações hormonais e bioquímicas. Baptista, Baptista e Oliveira (1999) explicam que, na puberdade, surgem as alterações hormonais que podem ocasionar mudanças de humor. Para os autores, o início do ciclo menstrual e fases como gestação podem funcionar como gatilho para o desenvolvimento de episódios depressivos.

Cabe ressaltar que com relação à faixa etária, alguns estudos têm mostrado que existem sintomas diferentes para cada etapa do desenvolvimento. Weiss *et al.*, (1992) verificaram que, na criança, é mais comum a culpa e comportamentos externalizantes que nos adolescentes. Já os sintomas afetivos e visão negativa do futuro são mais frequentes

entre os adolescentes. Ao se realizar uma análise qualitativa das respostas no CDI de seis crianças com sintomas depressivos, Cruvinel e Boruchovitch (2006) constataram que os sintomas mais relatados pelos participantes foram culpa (*“Tudo de mau que acontece é por minha culpa”*), solidão (*“Eu sempre me sinto sozinho”*), tristeza (*“Eu estou sempre triste”*), pessimismo (*“Nada vai dar certo para mim”* e *“Eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão”*), choro (*“Eu sinto vontade de chorar diariamente”*) e cansaço (*“Eu estou sempre cansado”*). Dentre os sintomas de depressão que menos foram citados estão: *“Nada é divertido para mim”*, *“Eu sou sempre mau”*, *“Eu não gosto de estar com as pessoas”* e *“Eu nunca faço o que me mandam”*. De acordo com as autoras, embora o número de participantes da análise realizada tenha sido reduzido, os sintomas apresentados pelas crianças com sintomas depressivos foram bastante semelhantes aos observados nos adolescentes e adultos.

Bahls (2002b) descreve os sintomas mais comuns para cada faixa etária e coloca que para as crianças pré-escolares são freqüentes os sintomas físicos, como dores de cabeça e abdominais, fadiga e tontura. Além desses, é freqüente a ansiedade de separação, fobias, agitação psicomotora ou hiperatividade, irritabilidade, diminuição do apetite e alterações do sono, falta de prazer em brincar e finalmente, dificuldade na aquisição de habilidades sociais. Para as crianças em idade escolar, os sintomas passam a ser mais parecidos com os sintomas vivenciados pelos adultos. A autora explica que é comum a tristeza, diminuição de prazer, choro fácil, fadiga, isolamento social, baixa auto-estima, ansiedade de separação, queda no rendimento escolar e desejo de morte. Nos adolescentes, embora a manifestação seja ainda mais semelhante do adulto, ainda pode se observar manifestações típicas. Bahls (2002b) descreve os seguintes sintomas na adolescência: irritabilidade e instabilidade, falta de energia, desinteresse, alteração psicomotora, sentimentos de desesperança e culpa,

perturbações do sono, alterações de apetite e peso, isolamento e dificuldade de concentração. Acrescenta o baixo desempenho escolar, baixa auto-estima, as idéias e tentativas de suicídio e graves problemas de comportamento, especialmente o uso abusivo de álcool e drogas.

Estudos que buscam conhecer as diferentes taxas de prevalência em relação ao gênero e idade são importantes, pois contribuem para o desenvolvimento de novas formas de intervenção, além de permitirem que os profissionais tenham uma atenção maior frente aqueles grupos que apresentam taxas mais elevadas de prevalência. Até aqui foram descritos resultados relativos às taxas de prevalência e diagnóstico da depressão na infância. As principais teorias da depressão serão brevemente apresentadas a seguir.

Depressão: Breve Descrição dos Principais Modelos Teóricos

A compreensão da depressão pode ser vista sob várias perspectivas, modelos ou teorias. Todas as correntes teóricas são importantes na medida em que trazem implicações na escolha da intervenção. No presente estudo, serão descritos os modelos biológico; comportamental; cognitivo e psicanalítico da depressão.

O modelo biológico privilegia os aspectos genéticos e bioquímicos da depressão, entretanto a maioria dos estudos a respeito de fatores biológicos e depressão tem sido conduzidos com adultos. De um lado, estão os estudos com gêmeos, filhos adotivos e filhos de pais depressivos. De outro lado, se encontram as pesquisas que enfocam a influência de fatores bioquímicos na depressão, como a alteração de neurotransmissores na mudança de humor.

No que se refere à genética dos transtornos depressivos, Lima, Sougey e Vallada Filho (2004) fazem uma revisão da literatura e resumem os resultados de estudos com famílias da seguinte maneira. O risco de se desenvolver depressão aumenta quando um dos parentes de primeiro grau apresenta depressão. Dessa forma, parentes de primeiro grau de pessoas que possuem depressão tem de duas a quatro vezes mais chances de ter depressão do que aquelas pessoas que não tem parentes de primeiro grau depressivos. Dados interessantes são vistos nos estudos com gêmeos. Gêmeos monizigóticos (geneticamente idênticos) têm de uma a três vezes mais probabilidade de ser acometido por episódios depressivos do que gêmeos dizigóticos. Além disso, filhos adotivos cujos pais biológicos tinham ou tem depressão tem mais chance de terem depressão do que filhos adotados de pais que não tem esse problema (Lima, Sougey & Vallada Filho, 2004). Sabe-se que, o início do primeiro episódio de depressão aparece mais cedo nas crianças cujos pais possuem depressão e a idade média para o surgimento dos sintomas para essas crianças foi de 12,7 anos enquanto a idade média dos filhos de pais não deprimidos foi de 16,8 anos (Weissman, 1987). Lima, Sougey e Vallada Filho (2004) concluem que existe um número consistente de evidências que mostra a influência de fatores genéticos no desenvolvimento da depressão.

No entanto, cabe salientar que na compreensão da depressão não se deve enfatizar apenas um fator, mas sim a influência de diversos aspectos. A interação mãe-bebê entre mães com e sem depressão foi objeto de estudo de Schwengber e Piccinini (2004) e os resultados sugerem que a depressão materna pode ocasionar um impacto negativo na interação mãe-bebê. As mães com indicadores de depressão apresentaram comportamentos de apatia, mantiveram menos a atenção de seus filhos nos brinquedos e demonstraram menos ternura e afeição e seus bebês mostraram mais vocalizações negativas. É certo que

não se deve negligenciar o fator biológico no desenvolvimento da depressão infantil, mas não se pode descartar o papel da aprendizagem. A imitação de modelos presentes no ambiente pode conduzir ao aprendizado de comportamentos depressivos pela criança (Chabrol, 1990).

A Abordagem Comportamental privilegia a aprendizagem e as interações da criança com o meio ambiente. A depressão, sob esta perspectiva é vista como consequência da diminuição de comportamentos adaptados e um aumento na frequência de comportamentos de esquiva e fuga de estímulos vistos como aversivos. A aquisição de comportamentos depressivos ocorre mediante a aprendizagem, por intermédio de mecanismos de condicionamento pavloviano, skinneriano ou aprendizagem social (Chabrol, 1990).

Há ainda modelos de depressão que deslocam sua atenção para os aspectos inconscientes. A Psicanálise, ao contrário da Teoria Comportamental, se preocupa mais com processos do inconsciente enquanto determinantes na etiologia da depressão.

Do ponto de vista psicanalítico, Erikson (1971) possui uma visão otimista a respeito dos problemas emocionais, na qual as crises vivenciadas em cada estágio podem ser uma oportunidade para o crescimento pessoal. Mais especificamente, no que concerne à depressão infantil e a teoria do desenvolvimento de Erik Erikson (1971) verifica-se que, nos primeiros anos de vida, é enfatizada a relação entre mãe e bebê. A primeira crise vivenciada pela criança é confiança X desconfiança, sendo, o sentimento de segurança, importante para o desenvolvimento emocional saudável. Nessa etapa, a qualidade da relação entre mãe e filho é essencial e quando o vínculo não se desenvolve de maneira satisfatória, existe a possibilidade da criança desenvolver depressão (Miller, 2003).

Para Freud, os diferentes quadros psicopatológicos têm origem semelhante. Segundo Freud (1915), durante todo o processo de desenvolvimento o indivíduo passa por muitas angústias com as quais precisa lidar. Se o indivíduo fracassa ao lidar com a angústia, a repressão cria um ponto de fixação, ao qual será retornado diante de outras crises. No caso da melancolia ou depressão, Freud (1915) sugere que há uma fixação na fase oral, na qual há um sentimento de destruir o que é amado (Rappaport, Fiori & Davis, 1981). Para Freud (1915), melancolia é apresentada como “neuroses atuais”, uma vez que se trata do sentimento de luto pela perda da libido.

Mais precisamente, é no livro “Luto e Melancolia”, em 1915, que Freud se dedica ao problema da depressão, denominado por ele como “melancolia”. Freud descreve que os sintomas da melancolia são estado de ânimo doloroso, falta de interesse pelo mundo, perda da capacidade de amar, inibição das funções e diminuição do amor próprio. A falta do amor próprio, caracterizada por auto-recriminações e auto-acusações, é o que diferencia a melancolia de uma reação normal de luto. Rodrigues (2000) explica que o sentimento de dor é o mesmo para o melancólico e para o enlutado. No entanto, na melancolia, o indivíduo não sabe o que perdeu, mesmo que saiba a quem possa ter perdido. Na verdade, a libido do objeto não se desloca a um novo objeto, como acontece naturalmente na elaboração do luto. Ao contrário disso, a energia se retrai narcisicamente sobre o eu que se identifica com o objeto perdido. Rodrigues (2000) acrescenta que esse percurso não permite que o processo de luto siga seu caminho natural, como se existisse uma ferida que não se cicatriza.

Em síntese, para Freud (1974), os acontecimentos na infância podem determinar a personalidade no adulto e esta já estaria desenvolvida por volta do quinto ano de vida. A psicanálise ressalta a importância de processos intrapsíquicos no desenvolvimento da

depressão, sendo esta considerada como uma falha na evolução do processo de elaboração normal do luto e da perda (Matos, Matos & Matos, 2006; Mendels, 1972). Finalmente, segundo Freud (1915), a depressão é resultado de conflitos entre os impulsos do Id e a interiorização de regras sociais do superego (Miller, 2003). Devido a esta visão, psicanalistas não acreditavam na possibilidade de uma criança apresentar depressão, já que a mesma não tinha ainda um superego desenvolvido.

A importância das cognições no aparecimento e manutenção de condutas disfuncionais caracteriza o Modelo Cognitivo da depressão. Beck *et al.* (1997) descrevem que o modelo cognitivo integra três conceitos para a explicação da depressão. São eles: tríade cognitiva, esquemas e erros cognitivos (falhas no processamento da informação). A tríade cognitiva implica na presença de três componentes cognitivos. Dessa forma, o indivíduo depressivo tende a apresentar uma visão negativa de si mesmo, a fazer interpretações negativas dos acontecimentos e situações de sua vida e ter uma visão negativa do futuro. Beck *et al.* (1997) explicam os sintomas depressivos em termos da presença de padrões cognitivos negativos. Assim, os sintomas motivacionais da depressão, como falta de vontade e desejo de fuga são conseqüências das cognições negativas, caracterizadas pela desesperança e pessimismo.

Outro conceito importante no modelo cognitivo é o conceito de esquema. Esquemas são definidos como padrões cognitivos relativamente estáveis e que provocam uma certa regularidade nas interpretações das situações. As experiências e os acontecimentos são avaliados a partir dos esquemas que o indivíduo possui Beck *et al.* (1997).

No que concerne ao processamento falho de informações, Beck *et al.* (1997) explicam que pessoas depressivas apresentam uma tendência a avaliar as situações de forma extremada, absolutista, negativa e crítica. Os autores fazem uma descrição dos erros cognitivos comumente vistos como problemas no processamento da informação de indivíduos com depressão. Alguns desses erros são: dedução arbitrária, abstração seletiva, supergeneralização, personalização e pensamento dicotômico. Uma pessoa com erro de dedução arbitrária tende a tirar conclusões sem prova ou mesmo quando as evidências são contrárias à conclusão. Na abstração seletiva, o indivíduo se concentra em detalhes negativos de uma situação e ignora outros aspectos do evento. A tendência para chegar à conclusão e em seguida generalizar essa regra para outras situações caracteriza o erro cognitivo conhecido como supergeneralização. Já na personalização, o indivíduo relaciona acontecimentos a si mesmo sem que haja evidências e no pensamento dicotômico há uma tendência para avaliar as situações em termos absolutos.

Cabe ressaltar que, assim como nos adultos, a literatura tem apontado que crianças e adolescentes apresentam uma tendência a fazer avaliações negativas de si mesmas (Asarnow & Bates, 1988; Asarnow, Carlson & Guthrie 1987; Curatolo, 2001; Mccauley *et al.*, 1988) No estudo de Curatolo (2001) e Kaslow, Rehm e Siegel (1984) a tríade cognitiva pode ser observada já na infância e pensamentos negativos e interpretações disfuncionais da realidade vistos precocemente são semelhantes às manifestadas pelos adultos depressivos.

O que se percebe, atualmente, é que há uma tendência em encarar a etiologia das doenças psiquiátricas, em geral e as depressões, especificamente, como multifatorial, visto que prevalece a existência de uma estreita relação entre fatores genéticos/hereditários, de um lado, e fatores ambientais, de outro lado (Pena, 1985; Zorzetto, 2003). Tendo em vista

que a depressão integra diversos fatores, internos e contextuais, pesquisas relativas aos correlatos psicossociais e ambientais da depressão na infância serão revistas e analisadas criticamente nos próximos capítulos.

Sintomas depressivos e Fatores associados: Breve Conceituação e Análise da Literatura.

Os estudos a respeito da depressão na infância são relatados na literatura a partir da década de 60, mas as pesquisas eram mais voltadas para o aspecto psiquiátrico e psicopatológico da doença, sendo poucas as investigações que procuram conhecer correlatos da depressão com alguns aspectos do desenvolvimento infantil. Cabe ressaltar ainda que são escassos os estudos que relacionam depressão a variáveis educacionais.

O que a literatura tem mostrado é que as crianças com depressão apresentam características próprias quanto ao funcionamento psicológico (Mccauley *et al.*, 1988). Tendem a ter baixa auto-estima, são mais isoladas socialmente, retraídas, e mais instáveis emocionalmente (Stevenson & Romney, 1984). Harrington (1993) e Jacobsen, Lahey e Strauss (1983) colocam que normalmente a depressão em crianças está relacionada com o prejuízo nas relações sociais. No estudo de Soares (2003), constatou-se que as crianças com depressão diferem significativamente das crianças sem depressão quanto ao aspecto de disposição para brincar, com quem preferem brincar e o tempo em que se envolvem nas atividades. Problemas familiares e dificuldades de relacionamento com os pais, muitas vezes, caracterizam o contexto familiar de crianças com diagnóstico de depressão (Goodman *et al.*, 2000). Vale ressaltar que freqüentemente são crianças que apresentam

problemas escolares (Hall & Haws, 1989; Wright-Strawderman & Watson, 1992), fazem mais atribuições de causalidade disfuncionais, atribuindo aos eventos positivos, causas externas, instáveis e específicas (Mccauley *et al.*, 1988). De acordo com Nolen-Hoeksema, Girgus e Seligman (1994), as crianças depressivas apresentam um estilo de pensamento pessimista e negativo, que pode ser observado em situações escolares e na interação com os pares. No estudo de Mccauley *et al.* (1988), as crianças deprimidas também mostravam um pensamento típico, caracterizado por idéias distorcidas frente aos eventos de sua vida e por cognições negativas. Leitenberg, Yost e Carroll-Wilson (1986) verificaram que os pensamentos negativos e distorcidos das crianças depressivas eram mais freqüentes nas áreas social e acadêmica, causando um prejuízo maior nessas áreas. De acordo com Fu I, Curatolo e Friedrich (2000), a depressão interfere na vida da criança e do adolescente, prejudicando de modo importante seu rendimento escolar e seu relacionamento familiar e social.

Pode-se perceber que a depressão infantil vem acompanhada de uma série de prejuízos nas diferentes áreas da vida da criança, que certamente, acarretam em conseqüências negativas para o desenvolvimento da mesma. Faz-se extremamente relevante conhecer os fatores relacionados à depressão infantil, uma vez que estudos dessa natureza podem auxiliar no reconhecimento e diagnóstico da criança, bem como contribuir para a realização de programas de intervenção junto a crianças depressivas. Investigações a respeito de correlatos de sintomas depressivos também são cruciais na prevenção da depressão e de problemas de saúde mental. Assim sendo, após uma breve conceituação a respeito dos correlatos cognitivos e psicossociais da depressão infantil serão apresentadas também pesquisas relativas ao tema. Para cada correlato, primeiramente serão discutidas as

investigações internacionais, seguidas da revisão de literatura nacional. Além disso, as pesquisas serão revistas cronologicamente, também das mais antigas as mais recentes.

Sintomas depressivos e Fatores Cognitivos

Estratégias de Aprendizagem e Rendimento Escolar

A psicologia cognitiva baseada na teoria do Processamento da Informação tem se preocupado com os processos internos do indivíduo como pensamentos, atribuições de causalidade, expectativas e sentimentos diante de uma situação. Mais precisamente, procura compreender como uma pessoa adquire, armazena, recupera e utiliza uma informação (Boruchovitch, 1999a, 2001a) e nesse sentido, o emprego de estratégias de aprendizagem por parte dos estudantes se torna essencial no processo de aquisição do conhecimento. No capítulo 1, encontram-se informações mais detalhadas a respeito da Psicologia Cognitiva e estratégias de aprendizagem.

No que concerne as estratégias de aprendizagem, são escassos os estudos que investigam as estratégias de aprendizagem empregadas por estudantes brasileiros. São ainda menos comuns as pesquisas que relacionam a utilização de estratégias de aprendizagem à variáveis psicológicas, especialmente a problemas emocionais e/ ou comportamentais (Boruchovitch, 2006a; Boruchovitch & Costa, 2001; Costa, 2000; Costa & Boruchovitch, 2004; Schliper, 2001).

Nos estudos de Costa (2000) e Boruchovitch e Costa (2001) investigou-se a relação entre o uso de estratégias de aprendizagem e ansiedade de 155 alunos do ensino fundamental de uma escola pública de Campinas. Os resultados indicaram que a ansiedade pode tanto favorecer, quanto prejudicar o uso adequado de estratégias de aprendizagem.

Alunos que não tem um repertório de estratégias de aprendizagem possuem uma tendência a experimentar maiores níveis de ansiedade estado do que alunos que mencionaram maior uso de estratégias de aprendizagem. Já na pesquisa de Schlieper (2001), o objetivo foi averiguar a relação entre estratégias de aprendizagem e atribuição de causalidade de 150 estudantes brasileiros de 3ª, 5ª, e 7ª série do ensino fundamental. Os dados sugeriram que há relação significativa entre o relato de algumas estratégias de aprendizagem e algumas atribuições de causalidade para sucesso e fracasso escolar entre os alunos, nas disciplinas de português e matemática. De maneira geral, para explicar o sucesso escolar, na disciplina de português, as atribuições de causalidade como “prestar atenção” e “estudar” se relacionavam ao uso mais freqüente da estratégia de organizar as idéias mentalmente. Foram encontradas relações significativas entre as atribuições como “calma” e “não fazer bagunça” e estratégia de preparação prévia. Quanto ao fracasso em português, as atribuições “ficar nervoso” e “dificuldade da tarefa” se relacionaram a estratégia de refazer. Uma relação significativa foi observada entre atribuições de sucesso em matemática à causas como o professor explicar bem a matéria e estudar com as estratégias de elaborar. Para o fracasso em matemática, as atribuições como “falta de atenção”, “ficar nervoso” e “dificuldade da tarefa” se relacionaram à estratégia conferir; já as atribuições “não ser inteligente” e “falta de sorte” estiveram relacionada ao uso menos freqüente da estratégia conferir. De acordo com a autora, as atribuições para o sucesso, tanto em português quanto em matemática, estavam mais associadas às estratégias cognitivas, já as atribuições para o fracasso escolar, nas duas disciplinas, se referiam mais às estratégias metacognitivas.

Sabe-se que o uso eficiente de estratégias de aprendizagem depende de uma série de fatores. Daí a importância de se conhecer as estratégias de aprendizagem dos

alunos, bem como saber até que ponto os fatores emocionais, e particularmente os sentimentos depressivos podem relacionar-se ao uso dessas estratégias.

No que concerne ao emprego de estratégias de aprendizagem pelos estudantes que apresentam sintomas de depressão, a literatura nacional e internacional têm revelado que há uma correlação entre sintomas depressivos e estratégias de aprendizagem (Cruvinel, 2003; Cruvinel & Boruchovitch, 2004; Palladino *et al.*, 2000) e entre depressão infantil e desempenho escolar (Brumback *et al.*, 1980; Colbert *et al.*, 1992; Hall & Haws, 1989; Heath & Ross, 2000; Lauer *et al.*, 1994; Palladino *et al.*, 2000; Pérez & Urquijo, 2001; Stenvenson & Romney, 1984; Weinberg *et al.*, 1989; Wright-Strawderman & Watson, 1992). Mais especificamente, quanto à relação entre sintomatologia depressiva e rendimento escolar, a literatura internacional mostra que os estudantes com dificuldades de aprendizagem tendem a apresentar mais sintomas de depressão que os alunos sem problemas escolares.

Brumback *et al.* (1980) avaliaram 100 crianças com problemas escolares, com idade entre 5 e 12 anos, e constataram que 62 participantes preenchiam os critérios para diagnóstico de depressão. Os autores concluem que o baixo rendimento escolar pode ser resultado da depressão e não de um déficit intelectual. Assim, os problemas escolares estariam atuando como uma possível expressão da depressão, diretamente relacionada à falta de interesse da criança em participar das tarefas escolares e em função dos sentimentos de autodesvalorização.

Stenvenson e Romney (1984) examinaram as diferenças entre crianças com dificuldades de aprendizagem com sintomas depressivos e sem sintomas depressivos. Verificaram que os participantes com dificuldades de aprendizagem com sintomatologia

depressiva tinham baixa auto-estima, eram mais reservados, isolados, mais instáveis emocionalmente e se abalavam facilmente. Além disso, sentiam mais culpa, ansiedade e preocupação e eram mais sensíveis e superprotegidos.

Weinberg *et al.*(1989) também investigaram a relação entre problemas escolares e depressão. Encontraram alta prevalência (35%) de depressão em crianças entre 6 e 15 anos com dificuldade de aprendizagem. Os autores colocam que quando depressão e dificuldades escolares ocorrem em uma mesma criança, é importante considerar se a depressão é primária e, portanto, causa da dificuldade escolar, ou se é secundária, ou seja, a depressão como resultado do fracasso escolar, pois somente depois dessa avaliação é possível a indicação da terapêutica mais apropriada.

Com o objetivo de verificar se crianças com dificuldades de aprendizagem apresentavam mais sintomas de depressão do que alunos sem dificuldades de aprendizagem, Hall e Haws (1989) avaliaram 100 crianças de 4^a, 5^a e 6^a séries. Os participantes foram divididos em dois grupos, sendo 50 alunos com dificuldade de aprendizagem e 50 alunos sem dificuldade de aprendizagem. Verificou-se que as crianças com dificuldade de aprendizagem apresentavam mais sintomas depressivos do que os alunos sem problemas escolares.

Wright-Strawderman e Watson (1992) avaliaram a prevalência de sintomas depressivos em 53 crianças de 3^a, 4^a e 5^a séries com dificuldades de aprendizagem com idade entre 8 e 11 anos, sendo 37 meninos e 16 meninas. Os resultados mostraram que 35,85% dos participantes apresentavam sintomas depressivos. Também em 1992, Colbert *et al.* avaliaram 282 crianças de 6 a 14 anos e verificaram que os alunos com sintomas de

depressão apresentavam um baixo rendimento escolar, embora fossem crianças capazes intelectualmente e sem dificuldades de aprendizagem específica.

Lauer *et al.*(1994) investigaram o efeito da depressão na memória e metamemória em três grupos de crianças, considerando a severidade da depressão (alto nível de depressão; baixo nível de depressão e não deprimidos). Os resultados sugeriram que a criança deprimida, apresenta um déficit no desempenho cognitivo. Verificou-se que a dificuldade de memória, principalmente memória a curto prazo, está estreitamente relacionada à severidade de depressão, ou seja, o prejuízo da memória pode variar em função da gravidade da depressão. Os autores se surpreendem quando observam que o grupo de crianças com baixo nível de depressão apresentam melhor desempenho nas tarefas de memória do que crianças não deprimidas. No entanto, o desempenho das crianças deprimidas em metamemória foi inferior ao das crianças não deprimidas. Os autores formulam hipóteses de que no grupo de crianças deprimidas há uma tendência delas em superestimar suas habilidades de memória na tentativa de compensar seus sentimentos de inadequação e inferioridade. E a atitude de superestimar-se pode também levá-las a selecionar inadequadamente estratégias de solução de problemas.

A investigação de Heath e Ross (2000) comparou alunos com e sem dificuldades de aprendizagem no que se refere à prevalência e tipo de sintomatologia depressiva. Os dados mostraram que as meninas com problemas escolares apresentavam mais sintomas de depressão que as meninas sem dificuldades de aprendizagem. O mesmo não foi verificado entre os meninos, ou seja, a diferença entre meninos com dificuldades escolares e meninos sem dificuldades de aprendizagem não foi significativa. Além disso, participantes do sexo feminino com dificuldades na escola relataram altos níveis de falta de

interesse, problemas interpessoais e auto-estima negativa. No que se refere ao relato de sintomas por parte dos meninos, também se verificou ausência de diferenças entre o grupo de meninos com problemas escolares e o grupo de meninos sem dificuldades acadêmicas.

Para explorar a relação entre depressão e rendimento escolar em português e matemática, Pérez e Urquijo (2001) avaliaram 888 adolescentes com idade média de 13 anos. Uma correlação significativa e negativa entre sintomas de depressão e rendimento escolar foi encontrada, sugerindo que a medida que aumenta os níveis de depressão diminui o desempenho escolar em ambas as disciplinas.

No que concerne ao uso de estratégias de aprendizagem e depressão, alguns estudos apontam que as emoções negativas correlacionam-se negativamente com uso eficiente de estratégias de aprendizagem (Palladino *et al.*, 2000; Pekrun *et al.*, 2002).

Palladino *et al.* (2000) avaliaram a relação entre conhecimento estratégico, automonitoramento, atribuições para esforço e sentimentos depressivos em 28 estudantes entre 11 e 14 anos, com e sem problemas de aprendizagem. Os resultados sugeriram que os pré-adolescentes com dificuldades de aprendizagem não diferiram de forma significativa dos estudantes sem problemas escolares no que se refere ao conhecimento estratégico, no entanto, o grupo formado pelos alunos com dificuldades de aprendizagem não possuía um monitoramento eficiente e tendia a atribuir seu sucesso à facilidade da tarefa e o fracasso à falta de sorte. Para Palladino *et al.* (2000), os dados revelam a evidência da correlação entre os componentes metacognitivos (estratégias, monitoramento e atribuições) e componentes afetivo-motivacionais. Segundo os autores, o desenvolvimento de estratégias, bem como de uma aprendizagem auto-regulada permitem ao aluno reconhecer a importância em ser estratégico, aumentando seu sentimento de auto-eficácia e desenvolvendo um *locus* de

controle interno. Quando as estratégias e a aprendizagem auto-regulada não são adequadamente empregadas, a criança vivencia inúmeras situações de fracasso nas tarefas, surgindo então os sentimentos depressivos.

De acordo com Pekrun *et al.* (2002), as emoções negativas como o aborrecimento e desamparo conduzem a alterações fisiológicas e cognitivas, provocando uma redução da atenção e um processamento superficial da informação. As emoções positivas e negativas interferem nos processos cognitivos e na performance dos estudantes, alterando a qualidade da motivação, o uso de estratégias de aprendizagem e o desempenho escolar (Pekrun *et al.*, 2002). De uma forma geral, as pesquisas internacionais apontam para a relevância da interferência de fatores emocionais na aprendizagem, e mais especificamente, no emprego de estratégias de aprendizagem.

No que concerne à motivação, o estudo de Sideridis (2005) investigou a relação entre a teoria de metas (*meta-performance* e *meta-aprender*), depressão e ansiedade em escolares de 5^a e 6^a séries. Cabe ressaltar que, os alunos voltados à *meta performance* estão mais preocupados com o desempenho acadêmico e os resultados estão associados ao nível de capacidade, enquanto os estudantes orientados à *meta aprender* acreditam que o sucesso escolar depende da aprendizagem e do esforço. A *meta performance* pode ser dividida em dois componentes: *meta performance* – aproximação que consiste em buscar sucesso, mostrar-se inteligente, e *meta performance* – evitação, na qual o estudante evita o fracasso (Bzuneck, 1999). A hipótese de que estudantes orientados à *meta performance* estão mais vulneráveis à depressão e ansiedade foi testada em cinco estudos. Nos diferentes estudos, os resultados mostraram que a *meta performance* – aproximação esteve positivamente relacionada com desempenho acadêmico, esforço, persistência, e negativamente

correlacionada à depressão e ansiedade. Já a meta *performance* – evitação foi fortemente relacionada à ansiedade e à depressão. Foi interessante notar que o estudo de Sideridis (2005) apontou que, inversamente ao que foi inicialmente hipotetizado, os alunos orientados à meta *performance* – aproximação não eram mais ansiosos que os estudantes orientados a meta aprender ou a meta *performance* – evitação. Para a prevenção da depressão, o autor sugere algumas ações no ambiente escolar como, por exemplo, o professor promover o interesse nas tarefas, valorizar a meta aprender e proporcionar experiências em que se possam desenvolver crenças positivas a respeito de sua própria competência.

Quanto à literatura nacional, o que se percebe é uma escassez de estudos voltados para a relação entre sintomatologia depressiva, rendimento escolar e estratégias de aprendizagem. Estudos brasileiros que investigam a relação entre sintomas de depressão e desempenho acadêmico verificam uma correlação negativa entre os dois fatores.

Nunes (1990) analisou a relação entre fracasso escolar, desamparo adquirido e depressão em uma amostra composta por 60 crianças de 2ª e 3ª séries, com idade entre 8 e 12 anos. A presença de desamparo foi verificada através das atribuições de causalidade diante de experiências de fracasso. Categorizou as atribuições em três dimensões: controle (interna/externa); constância (estável/instável) e generalidade (global/específica). Definiu o desamparo como sendo uma atribuição interna, estável e global para o fracasso. Os dados revelam que existe uma acentuada diferença entre as crianças com vivências de fracasso e as crianças com história de sucesso. As primeiras assumem a responsabilidade diante dos eventos, acreditando que eles sejam permanentes e generalizáveis, caracterizando o desamparo. As crianças com experiências de sucesso escolar também se responsabilizam

pelos eventos, mas os percebem como instáveis e específicos a uma determinada situação, sendo, portanto passíveis de mudança. Na verdade, os dados de Nunes (1990) revelam que crianças com história de fracasso escolar sentem-se impotentes diante de eventos. Impotência essa que contribui para que se instalem na criança baixa auto-estima, falta de motivação e um sentimento de desesperança, que, por sua vez, podem levá-la a apresentar sintomas depressivos. A autora concluiu que há uma predisposição maior das crianças com experiências de fracasso escolar em apresentarem sentimentos de desamparo e traços depressivos.

Um dos objetivos do estudo de Bandim *et al.* (1995) era a análise da sintomatologia depressiva em 32 crianças, do Recife, de 6 a 14 anos de idade, com diagnóstico de transtorno do humor. Constatou-se que, normalmente, a queda do rendimento escolar aparece como um sintoma importante da depressão na infância e, devido a isso, os autores sugerem que o baixo desempenho acadêmico pode ser empregado como um forte indicador de depressão, o que na opinião dos pesquisadores, facilitaria o diagnóstico de distúrbios depressivos.

Bandim *et al.* (1998) investigaram a relação entre sintomas depressivos e memória de curto prazo, em dois grupos de crianças com idade entre 9 e 12 anos, de 4ª. e 5ª. série de uma escola particular do Recife. Os grupos foram divididos de acordo com a severidade da sintomatologia depressiva obtida pelo escore no CDI (22 crianças com altos escores de depressão e 22 com escores baixos). Assim como na literatura internacional, os resultados indicaram que os participantes com sintomas depressivos apresentaram maior comprometimento mnemônico, tanto na memória visual quanto auditiva.

Nos estudos de Cruvinel (2003) e Cruvinel e Boruchovitch (2004), no qual foram avaliados 169 alunos de 3^a, 4^a e 5^a séries, de ambos os sexos e com idade variando de 8 a 15 anos. Os resultados revelaram diferenças significativas entre os grupos com diferentes rendimentos em matemática quanto aos sintomas depressivos. Mais precisamente, pôde se observar que alunos com ótimo desempenho em Matemática foram os que apresentaram uma menor média no CDI. O inverso ocorreu entre os alunos que obtiveram conceito insatisfatório em Matemática. Por outro lado, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos com diferentes rendimentos na disciplina de português. Também nesse estudo, foi encontrada uma correlação significativa e negativa entre sintomas depressivos e o uso de estratégias de aprendizagem, sugerindo que quanto maior o número de sintomas de depressão na criança, menor o relato de uso de estratégias de aprendizagem. No entanto, foi interessante notar que mediante uma análise qualitativa das respostas dos participantes com sintomatologia depressiva, Cruvinel e Boruchovitch (2006) verificaram que os estudantes com sintomas de depressão apresentam um bom repertório de estratégias de aprendizagem. Todavia, cabe ressaltar que o instrumento utilizado pelas autoras avaliou somente o relato de uso de estratégias de aprendizagem e não o emprego de estratégias de aprendizagem. De forma que, não se sabe se os participantes realmente fazem uso das estratégias por eles mencionadas e se as utilizam, se o fazem de forma eficiente.

No estudo de Dell'Aglio e Hutz (2002), foi investigada a relação entre sintomas depressivos e desempenho escolar em 251 crianças e adolescentes institucionalizados e não institucionalizados, de ambos os sexos e com idade entre 7 e 15 anos, do Sul do Brasil. Os dados indicaram uma correlação negativa entre sintomas de depressão e desempenho escolar. Verificou-se ainda que as meninas apresentavam mais sintomas depressivos que os

meninos, e o grupo de participantes institucionalizados tinham mais sintomas de depressão que o grupo que vivia com seus familiares.

Talvez a correlação negativa entre sintomas de depressão na infância e o uso de estratégias de aprendizagem possa ser melhor compreendida diante da estreita relação entre depressão e baixo rendimento escolar apontada por diversos estudos. A maioria das pesquisas internacionais e nacionais sugere que a taxa de incidência de depressão aumenta em crianças com problemas escolares, principalmente quando se compara com a incidência de sintomas de depressão em crianças sem problemas de aprendizagem (Dell'aglio & Hutz 2004; Goldstein, Paul & Cohn, 1985; Hall & Haws, 1989; Pérez & Urquijo, 2001; Weinberg *et al.*, 1989; Wright-Strawderman & Watson, 1992). Poucos estudos concluem que estudantes com dificuldades escolares não diferem de alunos sem dificuldades no que se refere à presença de sintomas depressivos (Heath & Ross, 2000; Stenvenson & Romney, 1984).

A relação entre as duas variáveis, depressão e desempenho escolar, suscita na literatura diversos questionamentos, especialmente referentes aos fatores causais da depressão. Ainda é pouco claro se a depressão, devido aos seus sintomas como falta de concentração e atenção, lentidão no raciocínio, falta de interesse, déficit de memória, entre outros conduziria uma criança a ter problemas de aprendizagem (Brumback, Jackoway & Weinberg, 1980; Kovacs & Goldston, 1991). Nesse caso, a depressão é vista como problema primário enquanto o baixo rendimento como consequência da depressão. Ou ainda, se o baixo rendimento escolar, em função de repetidas vivências de fracasso escolar, levaria a criança a desenvolver a depressão (Nunes, 1990). Dessa vez, a queda no rendimento escolar atuaria como fator de risco para a depressão, visto que as experiências

de insucesso na escola provocam sentimento de impotência e desesperança na criança. Weinberg *et al.* (1989) ressaltam a importância de identificar se a depressão é primária, causando os problemas de aprendizagem, ou se é secundária, sendo resultado do fracasso escolar. Para os autores, essa análise é importante na medida em que auxilia na indicação de tratamento mais conveniente.

Quanto à relação entre depressão, rendimento escolar e estratégias de aprendizagem, pode-se aventar a hipótese de que crianças com sintomatologia depressiva tendem a empregar estratégias de aprendizagem de maneira menos eficiente que alunos sem sintomas e a dificuldade no uso de estratégias de aprendizagem acarretaria na diminuição do desempenho acadêmico. Tendo em vista que são poucos os estudos a respeito desse assunto, torna-se prematuro fazer análises conclusivas de qualquer resultado, sendo, portanto imprescindível à realização de novas investigações acerca do impacto de sintomas depressivos no desempenho escolar de estudantes. Acredita-se ainda na importância de se clarificar quais os fatores que estão mediando o insucesso escolar de alunos com sintomas de depressão.

Em síntese, embora existam alguns estudos que revelem ausência de relação entre sintomas depressivos e desempenho escolar, a maioria das pesquisas, especialmente as realizadas com estudantes brasileiros, mostra uma correlação negativa entre sintomatologia depressiva, estratégias de aprendizagem e rendimento acadêmico. É possível que a presença de fatores afetivos como autoconceito e crenças de auto-eficácia atuem como variáveis psicológicas mediadoras para o insucesso escolar de crianças com sintomatologia depressiva.

Em função da estreita relação entre o processamento da informação e os estados emocionais, Pekrun *et al.* (2002) apontam para a necessidade de se reforçar o estudo das emoções dentro de um enfoque educacional. No entanto, essas investigações ainda são escassas no contexto escolar e principalmente, são poucos os estudos brasileiros que visam conhecer mais profundamente as características escolares e hábitos de estudos de crianças com problemas emocionais.

Sintomas Depressivos e Fatores Psicossociais

Sintomas depressivos, Autoconceito e Auto-eficácia

Investigações na área da Psicologia e Educação vêm reforçando o papel das variáveis psicológicas como expectativas, sentimentos, escolhas e crenças no comportamento do indivíduo. Dentre essas variáveis estão o autoconceito e crenças de auto-eficácia, que são consideradas variáveis internas que influenciam o ajustamento emocional e o rendimento escolar de crianças e adolescentes (Boruchovitch, 1994). Mais especificamente, o autoconceito vem sendo apontado como um fator determinante na dinâmica da personalidade e tem sido visto como um regulador de estados afetivos e motivacionais do comportamento.

Fierro (1996) define autoconceito como percepção que o indivíduo tem de si mesmo, que se forma a partir das experiências e interpretações do ambiente da criança. Para Oliveira (2000), o autoconceito são crenças que norteiam o comportamento do indivíduo e que permite que desempenhe diversos papéis em sua vida. A autora acrescenta que o autoconceito são representações e processos cognitivos a respeito de si mesmo e finaliza que o autoconceito é eminentemente cognitivo.

O autoconceito se constrói ao longo do desenvolvimento da criança, mediante sua interação com o meio ambiente, sendo de fundamental importância as relações familiares, escolares e sociais, bem como as experiências de sucesso e fracasso. Assim o desenvolvimento do autoconceito ocorre de forma gradual e lenta e se forma desde os primeiros anos de vida (Jacob & Loureiro, 2004; Oliveira, 2000).

De acordo com González Cabanach, e Valle Arias (1998) o autoconceito é um poderoso agente regulador da motivação e do próprio comportamento, mediante um processo de autoavaliação ou de conscientização, que possui influência direta nas expectativas, nas interpretações que o indivíduo faz das diferentes situações, na informação selecionada e nas inferências realizadas. Além disso, o autoconceito interfere nas crenças de auto-eficácia, nos sentimentos de competência e de controle sobre o comportamento.

Harter (1996) propõe um modelo multidimensional para o autoconceito, o qual integra a competência em vários domínios, como competência acadêmica, atlética, social, aparência física e características comportamentais. O modelo multidimensional propõe que para cada contexto, o indivíduo possa desenvolver uma percepção de si mesmo (Carneiro, Martinelli & Sisto, 2003). Para Harter (1996) o autoconceito global não deve ser analisado enquanto a soma dos autoconceitos nos diversos domínios, e ressalta que cada área deve ser avaliada separadamente.

Enquanto autoconceito possui um caráter mais amplo, incluindo percepção de competência e julgamentos de auto-estima, as crenças de auto-eficácia referem-se à crença pessoal diante de uma tarefa específica (Bandura, 1992; Bzuneck, 2000, 2001; Pajares, 1996). Mais especificamente, crença de auto-eficácia está relacionada às expectativas ligadas ao self e a percepção de sua própria capacidade (Bandura, 1992). De acordo com

Bandura (1992), as crenças de auto-eficácia influenciam nos padrões de pensamento e na forma como as pessoas sentem e se comportam. Acrescenta que o mecanismo de auto-eficácia regula todo o funcionamento humano e exerce um papel relevante na auto-regulação de processos cognitivos e na motivação, bem como na regulação de estados afetivos e na seleção de tarefas e do meio ambiente (Bandura, 1992; Pajares, 1996).

No que concerne aos processos cognitivos, as crenças de auto-eficácia afetam padrões de pensamento que podem realçar ou não a performance do indivíduo. Os efeitos do senso de auto-eficácia no processo cognitivo recaem sobre o tipo de cenário antecipatório a ser construído. Assim, pessoas com alto senso de auto-eficácia visualizam a si mesmas em cenários de sucesso, executando atividades com habilidade, de forma que são capazes de antecipar possibilidades positivas de desempenho. Pessoas com baixa auto-eficácia tendem a se visualizarem em mais situações de fracassos e que, portanto, interferem negativamente em seu desempenho. Dessa forma, como aponta a literatura, o senso de auto-eficácia não implica em a pessoa possuir ou não determinada capacidade, mas sim no fato de acreditar que tem ou não tal habilidade (Bandura, 1992; Bzuneck, 2001).

Além de modificar regras de pensamento, as crenças de auto-eficácia determinam também o nível de motivação dispensado em determinada tarefa. Bandura (1992) ressalta que as crenças de auto-eficácia possuem um papel muito importante na regulação da motivação e afirma que as pessoas são capazes de se automotivarem, de guiarem suas ações mediante a antecipação de situações. As pessoas têm crenças sobre o que elas podem fazer, antecipam suas ações, possuem metas e planejam suas ações de acordo com suas próprias crenças. Assim, quanto mais alto o senso de auto-eficácia, maior

será o esforço e a persistência na tarefa, maior também o envolvimento com metas e os objetivos serão mais elevados. Pessoas que duvidam de suas próprias capacidades enfraquecem seus esforços ou abandonam prematuramente suas tentativas.

As crenças de auto-eficácia afetam também os processos afetivos, bem como os processos de seleção de uma tarefa ou ambiente. Os processos afetivos são influenciados quanto à natureza e intensidade de estados emocionais de diferentes maneiras. Bandura (1992) ressalta que as crenças interferem na forma como os eventos de vida são construídos e representados cognitivamente. Pessoas que acreditam na sua habilidade de controle ficam menos apreensivas em relação aos seus pensamentos, enquanto que pessoas que não crêem no seu autocontrole experimentam altos níveis de ansiedade. A percepção de eficácia para lidar com os eventos estressores operam como um mediador da ansiedade e reações de stress.

A eficácia no processo de seleção pode interferir no curso da vida, uma vez que exerce influência nas escolhas de atividade, baseadas na sua percepção do que é seguro, atingível, desafiador ou recompensador. As pessoas tendem a evitar atividades e situações que elas acreditam exceder suas capacidades e selecionam tarefas pelas quais sentem autoconfiança (Bandura, 1992, 1993). De acordo com Loureiro e Medeiros (2004), as crenças de auto-eficácia interferem nas aspirações, no envolvimento com a tarefa, na motivação e perseverança, na forma como o indivíduo reage às adversidades e, sobretudo estão relacionadas à vulnerabilidade para stress e depressão.

Existem estudos nacionais e internacionais que procuram relacionar autoconceito e auto-eficácia com desempenho escolar e problemas de comportamento (Bzuneck, 2000; 2001; Jacob, 2001; Jacob & Loureiro, 2004; Loureiro & Medeiros, 2004;

Medeiros, 2000, 2004; Okano e Loureiro, 2004 entre outros). De forma geral, a literatura sugere que alunos com dificuldades escolares tendem a apresentar autoconceito mais negativo, baixo senso de auto-eficácia e mais problemas de comportamento. Harter (1996) acrescenta que o autoconceito não está somente relacionado com dificuldades escolares, mas também com comportamentos depressivos, suicídio, distúrbios alimentares, delinqüência e comportamento anti-social e gravidez na adolescência. Gresham *et al.* (2000) colocam que a literatura tem evidenciado que aqueles que apresentam um autoconceito negativo tendem a manifestar problemas de comportamento como agressão, uso de drogas, depressão e dificuldades de desempenho (citando Baumeister, 1996; Bear, 1996).

Quanto ao autoconceito de crianças depressivas, a literatura tem apontado que essas crianças normalmente fazem avaliações negativas de si mesmas (Asarnow & Bates, 1988; Asarnow, Carlson & Guthrie, 1987; Mccauley *et al.*, 1988), subestimam suas próprias capacidades cognitivas e competências em diversas áreas e, particularmente, se avaliam negativamente no âmbito escolar e esportivo, bem como na aparência física (Asarnow & Bates, 1988; Asarnow, Carlson & Guthrie, 1987; Cole *et al.*, 1998).

No estudo de Kaslow, Rehm e Siegel (1984), 108 crianças de 6 a 14 anos foram avaliadas e de acordo com a pontuação no Inventário de Depressão Infantil (CDI), os participantes foram classificados como crianças depressivas e não depressivas. A comparação entre os grupos indicou que as crianças depressivas tinham baixa auto-estima, estilo atribucional depressivo, déficits de autocontrole, e dificuldades em algumas tarefas cognitivas, além de terem uma tendência a fazer mais auto-avaliações negativas e apresentarem baixa expectativa de desempenho. Os autores concluem que as dificuldades

associadas à depressão na infância são semelhantes às manifestadas pelos adultos depressivos.

Com o objetivo de investigar os fatores associados à depressão, Asarnow, Carlson, e Guthrie (1987) avaliaram 30 crianças com problemas psiquiátricos com idade entre 8 e 13 anos, sendo 18 meninos e 12 meninas. No que se refere à percepção de competência, quatro subescalas foram aplicadas: autovalorização, competência cognitiva, competência social e física. A escala de autovalorização visa avaliar o quanto a criança gosta de si mesma. A subescala competência cognitiva verifica a *performance* escolar, já a competência social focaliza na relação com os amigos e amizade e a subescala referente a competência física investiga o desempenho da criança em jogos e no esporte. Os resultados mostraram que as crianças depressivas diferem significativamente de crianças não depressivas, no que concerne aos sentimentos de desamparo, percepção de competência acadêmica e baixa auto-estima. Quanto à percepção de competência escolar, é interessante notar que, a autopercepção negativa sugere mais um desvio de pensamento que verdadeiras diferenças de competência, já que as crianças depressivas tiveram bom desempenho no teste de QI. Esse estudo aponta que as crianças depressivas, assim como os adultos com depressão, apresentam formas negativas de se auto-avaliarem e de verem o mundo. Os modelos cognitivos da depressão (Beck, 1997) explicam que as autopercepções negativas possuem um importante papel no desenvolvimento e manutenção de sintomas de depressão.

Asarnow e Bates (1988) investigaram padrões cognitivos como sentimentos de desamparo, percepção de competência e atribuições de 53 crianças, incluindo participantes depressivos, não depressivos e crianças sem depressão, mas que já tinham vivenciado um episódio depressivo. A avaliação de percepção de competência inclui seis áreas: autovalor global, que indica o quanto a criança gosta de si mesma enquanto pessoa, competência

escolar, aceitação social, competência atlética, aparência física e comportamento. Resultados sugeriram que os depressivos tinham mais desamparo, e mais autodesvalorização global, expressa por uma baixa percepção de competência acadêmica, atlética e aparência física. Mostraram também atribuições disfuncionais. Para eventos negativos faziam atribuições internas, estáveis e globais e para situações positivas as causas eram externas, instáveis e específicas.

Com o objetivo de investigar a relação entre sintomas depressivos e percepção de competência social e acadêmica, Cole (1990) avaliou 750 estudantes do ensino fundamental, com idade média de 9 anos. Sintomas de depressão foram fortemente correlacionados com competência social e acadêmica. Os dados sugerem ainda que a incompetência social e acadêmica parece ter um efeito cumulativo nos sintomas de depressão, ou seja, crianças que se vêem como incompetentes nas duas áreas, social e acadêmica, têm mais sintomas de depressão do que alunos incompetentes, em somente uma das áreas. Diferenças de gênero foram observadas. Meninas tendem a subestimar sua competência acadêmica, enquanto os meninos superestimam sua competência. Foi interessante notar que o feedback de amigos tem um impacto maior no autoconceito infantil que o feedback de professores na idade de 9 e 10 anos.

No que se refere à percepção de competência, dados semelhantes foram observados na pesquisa de Cole *et al.* (1998). Em um estudo longitudinal, Cole *et al.* (1998) verificaram a relação entre auto-avaliações negativas, percepção de competência em cinco domínios (escolar, social, atlética, aparência física e comportamento) e depressão em escolares de 3^a a 8^a série. Os participantes com escores altos no Inventário de Depressão Infantil (CDI) tendiam a subestimar sua competência em vários domínios. Foi encontrada

uma relação entre a tendência em subestimar a competência e sintomas depressivos com variáveis desenvolvimentais e gênero, indicando que correlatos cognitivos podem ser diferentes entre meninos e meninas e variar de acordo com a fase de desenvolvimento. As áreas de competência acadêmica, aceitação social e competência atlética foram associadas com sintomas depressivos em quase todos os níveis de idade. Auto-avaliação negativa em relação à aparência física não foi significativamente relacionada com depressão para meninas e meninos na terceira série. Na 4ª e 5ª série, a relação foi significativa para meninas, mas não para meninos. E nas séries mais avançadas, a relação foi significativa para ambos os sexos. Auto-avaliação negativa em relação ao comportamento foi relacionada aos sintomas depressivos, somente nas séries iniciais. Cole *et al.* (1998) concluem que o efeito da depressão no autoconceito depende das diferentes áreas e domínios, bem como do nível de desenvolvimento e ao gênero.

No que concerne à tendência de as crianças depressivas subestimar suas próprias capacidades, outros estudos têm encontrado resultados semelhantes (McGrath & Repetti, 2002). De acordo com McGrath e Repetti (2002), crianças com sintomatologia depressiva acentuada tendem a ter uma visão negativa nas áreas de autovalorização global, competência escolar e competência social. Os autores colocam que mesmo níveis brandos de sintomas depressivos podem impedir o desenvolvimento saudável de autoconceito entre as crianças.

Dentre as autopercepções que estão relacionadas à depressão, encontra-se a crença de auto-eficácia. Para Kavanagh (1992), um importante aspecto da pessoa com depressão é sua baixa auto-eficácia. O autor acrescenta que a baixa auto-eficácia em pessoas com depressão pode contribuir para a manutenção dos sentimentos depressivos. Kavanagh (1992) ressalta que a redução da auto-eficácia pode ser tanto consequência da

depressão como também dar origem a sentimentos depressivos. Bandura (1992) e Kavanagh (1992) colocam que humor e auto-eficácia se influenciam mutuamente, ou seja, humor deprimido reduz o senso de auto-eficácia, diminui a motivação e conduz ao desempenho insatisfatório, acentuando o humor negativo. Em contrapartida, perceber-se como eficiente facilita a motivação e a realização da tarefa e contribui para o indivíduo não se sentir deprimido (Kavanagh & Bower, 1985). Além disso, as crenças de auto-eficácia têm um impacto nos estados emocionais (Kavanagh, 1992).

São poucos os estudos a respeito da relação entre crenças de auto-eficácia e sintomas depressivos em crianças e adolescentes. No entanto, existem algumas pesquisas que correlacionam auto-eficácia e afeto, e os resultados apontam para uma correlação negativa entre auto-eficácia e ansiedade (Pintrich, Anderman & Klobucar, 1994) e auto-eficácia e problemas de comportamento (Medeiros *et al.*, 2000). Algumas pesquisas sugerem uma correlação negativa entre sintomas de depressão e senso de auto-eficácia (Bandura *et al.*, 1999; Ehrenberg *et al.*, 1991; Jenkins, Buhrmester & Goodness, 2002; Kavanagh, 1992).

Ehrenberg *et al.* (1991) examinaram a auto-eficácia entre adolescentes depressivos e não depressivos e os resultados indicaram uma correlação negativa entre auto-eficácia e depressão. Bandura *et al.* (1999) revelam que crenças negativas de auto-eficácia acadêmica e social podem conduzir à depressão, bem como exercem forte influência no comportamento social, desenvolvimento de problemas comportamentais e desempenho acadêmico. Acrescentam que as crianças seguras de sua eficácia acadêmica são menos vulneráveis à depressão, pois elas antecipam poucos estressores escolares e fracassos. O mesmo acontece com a crença de auto-eficácia social. Crianças com alto senso de auto-eficácia social apresentam-se pouco vulneráveis ao desenvolvimento da depressão.

Em um estudo longitudinal, Bandura *et al.* (1999) avaliaram 282 crianças com idade média de 11 anos e 5 meses, com o objetivo de investigar o impacto das crenças de auto-eficácia acadêmica e social na depressão infantil. De acordo com os autores, auto-eficácia acadêmica consiste na percepção da própria capacidade para cumprir tarefas escolares, enquanto auto-eficácia social inclui a percepção de capacidade para desenvolver e manter relacionamentos sociais, trabalhos em grupo e maneira de lidar com situações de conflito. Os resultados do estudo de Bandura *et al.* (1999) mostraram que as meninas apresentavam maior senso de auto-eficácia acadêmica e menos auto-eficácia social, quando comparadas aos meninos. Crianças com alto senso de eficácia social e eficácia em sua capacidade para regular suas atividades de aprendizagem apresentavam bom desempenho acadêmico, comportamento pró-social e exibiam menos problemas de comportamento. Verificou-se que o baixo senso de auto-eficácia acadêmica e social estão diretamente relacionados à depressão nas crianças e têm um impacto no desempenho acadêmico, comportamento social e problemas de comportamento. Observou-se na primeira avaliação que as crianças apresentavam sintomas depressivos mais em função da percepção de ineficácia acadêmica do que em relação ao desempenho acadêmico atual. Um ano depois os participantes foram reavaliados e os dados mostraram que o impacto da baixa auto-eficácia acadêmica na depressão pode ser explicado pelo rendimento escolar, problemas de comportamento e mais sintomas de depressão.

Os estudos nacionais a respeito da relação entre autoconceito, crenças de auto-eficácia e sintomas depressivos são escassos. A maior parte das investigações nacionais procuram compreender a relação entre aspectos comportamentais e emocionais, autoconceito e auto-eficácia.

No estudo de Medeiros (2000) foram observadas as relações entre desempenho acadêmico, senso de auto-eficácia e aspectos comportamentais. Crianças com queixa de dificuldade de aprendizagem apresentaram um senso de auto-eficácia mais baixo do que as crianças com bom desempenho escolar, bem como, tendem a se ver como tendo mais problemas de comportamento, como preocupação, solidão, irritabilidade e insegurança. Observou-se ainda uma correlação negativa entre senso de auto-eficácia e problemas comportamentais, sugerindo que as crianças com problemas de comportamento apresentam baixos escores na escala de auto-eficácia.

Medeiros *et al.* (2000) avaliaram 52 crianças de ambos os sexos, com idade entre 8 anos a 11 anos, divididas em grupos considerando o desempenho escolar. Verificou-se que, em comparação ao grupo de participantes sem dificuldades escolares, as crianças com dificuldades de aprendizagem apresentaram baixo senso de auto-eficácia e seus pais caracterizaram-nas com mais dificuldades comportamentais.

Jacob (2001) investigou o autoconceito, auto-eficácia e aspectos comportamentais de 40 crianças de 7 a 11 anos. Os alunos foram divididos em dois grupos diferenciados quanto ao desempenho escolar, sendo o grupo 1 com bom desempenho escolar e o grupo 2 com desempenho escolar baixo. Foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos no que se refere ao autoconceito, auto-eficácia e aspectos comportamentais. Alunos com bom rendimento escolar apresentaram autoconceito positivo, alto senso de auto-eficácia, julgam-se com recursos para aprender e acreditam que possuem bom comportamento, pouca ansiedade e tristeza, além de terem bom relacionamento interpessoal. Embora os alunos com desempenho escolar baixo tenham recursos intelectuais, eles tendem a fazer julgamentos negativos de si mesmos, indicando

um autoconceito negativo e baixo senso de auto-eficácia. Os dados sugerem que essas crianças subestimam sua própria capacidade de aprender e fazem autojulgamentos equivocados, que interferem na sua motivação e no envolvimento com as tarefas escolares. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Jacob e Loureiro (2004), Loureiro e Medeiros (2004), Medeiros (2000, 2004), Okamo e Loureiro (2004) e Stevanato *et al.* (2003).

É sabido que autopercepção e auto-avaliações negativas são incompatíveis com o sucesso escolar, de forma que a presença de tais variáveis possa talvez explicar a correlação entre sintomas depressivos e desempenho acadêmico e estratégias de aprendizagem. Acredita-se que uma criança com sintomatologia depressiva, apresentando alterações nas habilidades de memória (Bandim *et al.*, 1998; Lauer *et al.*, 1994) com estilo atribucional depressivo (Asarnow & Bates, 1988; Kaslow *et al.*, 1984; Mccauley *et al.*, 1988), e com percepção negativa de si mesma (Asarnow & Bates, 1988; Cruvinel, 2003; Curatolo 2001; Kendall, Stark & Adam, 1990) tenha mais dificuldade para realizar suas tarefas escolares com sucesso.

Em síntese, as percepções pessoais exercem forte influência no desenvolvimento infantil, sobretudo no desenvolvimento e manutenção de problemas emocionais. Conclui-se que a relação entre sintomas depressivos e autopercepções como autoconceito e crenças de auto-eficácia acontecem de forma bidirecional, criando um círculo vicioso e prejudicando o funcionamento do indivíduo. Ou seja, o autoconceito negativo ou baixa auto-eficácia contribui para o desenvolvimento e manutenção de episódios de depressão. Por outro lado, uma pessoa com sentimentos depressivos apresenta uma visão negativa de si mesmo e crenças de ineficácia. Cabe ressaltar que, são necessárias mais investigações para precisar

melhor a natureza dessas relações tendo em vista a escassez de estudos que relacionam principalmente, crenças de auto-eficácia à depressão infantil.

A Auto-Regulação Emocional

Durante o ciclo vital, todas as pessoas se defrontam com situações difíceis e estressoras, capazes de provocar diversas emoções. Naturalmente, a presença de emoções intensas e, muitas vezes, negativas exige uma adaptação do organismo no sentido do indivíduo empregar estratégias de enfrentamento ou estratégias de regulação emocional para que o equilíbrio volte a se instalar e adquira um bem estar físico e psíquico.

A auto-regulação das emoções é o termo usado para definir os processos envolvidos na forma de lidar com níveis elevados de emoções positivas e negativas (Kopp, 1989). Associado a regulação emocional está o conceito de “*coping*”, definido como mudanças cognitivas e esforços comportamentais conscientes empregados pelas pessoas para lidar com situações de stress (Lazarus & Folkman, 1984). Diante de acontecimentos estressantes, o indivíduo experimenta emoções desagradáveis e passa a adotar estratégias para minimizar o sofrimento (Lisboa *et al.*, 2002).

O *coping* pode ser dividido em duas categorias: *coping* focalizado no problema e *coping* orientado na emoção. No *coping* focalizado no problema, o indivíduo tenta provocar mudanças no meio e nas situações de stress. A estratégia consiste em alterar o problema mediante um esforço por parte do indivíduo. O *coping* orientado na emoção é definido como uma tentativa para regular e mudar a emoção associada ao evento estressor. Para Endler (1997) existe ainda uma terceira categoria de *coping*, que consiste no *coping* voltado para evitação que está diretamente relacionado aos comportamentos de evitação,

distração e diversão social. Os diferentes tipos de *coping* procuram diminuir a sensação física desagradável diante da situação estressora, bem como modificar o estado emocional do indivíduo (Lisboa *et al.*, 2002).

Existe ainda o conceito de “estilo de *coping*”, definido como uma maneira habitual ou típica de abordar ou confrontar eventos estressantes (Endler, 1997). De acordo com Endler (1997), situações diferentes exigem estratégias de *coping* distintas. Nem sempre uma estratégia bem sucedida em determinada situação poderá ser adequada para um evento diferente. Em alguns momentos, *coping* focalizado no problema pode ser mais efetivo que o *coping* focalizado na emoção. Em situações em que é possível ter uma variedade de respostas de *coping* predomina-se então, os estilos individuais de *coping*. O autor afirma que pessoas podem ter preferências quanto a quais estratégias de *coping* querem empregar, mas a demanda situacional pode se sobrepor e interagir com suas preferências. De forma que, conclui que tanto as pessoas como as situações afetam os estilos de *coping*. Cabe ressaltar que a conscientização no emprego e na escolha de estratégias de *coping* possui um papel importante na adequação e eficácia em relação ao uso das mesmas, uma vez que possibilita que o indivíduo escolha a estratégia de enfrentamento mais adequada para aquela situação estressante.

É interessante notar que, nos adultos, *coping* orientado para emoção está relacionado a sintomas psiquiátricos, dentre eles a depressão, enquanto que *coping* relacionado a tarefa está negativamente correlacionado a psicopatologia, principalmente a depressão. Também a diversão social está negativamente relacionada a depressão, sugerindo que os adultos depressivos tendem a evitar situações que envolvem outras pessoas (Endler, 1997).

No presente estudo, serão abordadas somente algumas emoções, como tristeza, raiva, medo e alegria. Para Arándiga e Tortosa (2004), cada emoção requer o emprego de diferentes estratégias de regulação ou de enfrentamento. Com a finalidade de lidar melhor com a tristeza, estratégias como reestruturação cognitiva, execução de atividades de lazer, atividades sociais e esportivas têm sido empregadas. Para a raiva, os autores descrevem que as estratégias de enfrentamento são diversas e citam a distração, autoverbalizações, assertividade, mudança de pensamento, relaxamento muscular, afastar-se da situação, entre outras. No caso do medo, as estratégias estão relacionadas aos comportamentos de solicitação de ajuda e os autores sugerem a identificação da origem do medo e a avaliação da veracidade do mesmo. Estratégias de regulação da alegria implicam no uso de estratégias que objetivam a manutenção do sentimento de satisfação, prolongamento do bem estar físico e psicológico produzido pela alegria.

Boruchovitch (2004) cita o modelo indicado por Garber *et.al.* (1991) para o desenvolvimento da auto-regulação afetiva, na qual sugere algumas etapas para um controle eficiente das emoções. A primeira dessas etapas seria a percepção do aparecimento da emoção e da necessidade ou não de controlá-la, seguida pela identificação da causa do afeto e do que poderia ser feito. A terceira etapa consiste no estabelecimento de metas, a quarta etapa seria levantar possibilidades de respostas para se alcançar a meta. Em seguida, é importante avaliar os possíveis resultados e por último o desempenho das respostas escolhidas.

Planalp (1999) descreve a emoção como sendo um processo composto por vários componentes ou subpartes que operam em conjunto para produzir o sentimento. A autora ressalta que há divergências a respeito dessas subpartes que compõem as emoções e acrescenta que embora existam tais diferenças normalmente as correntes teóricas

concordam que estão presentes nas emoções aproximadamente cinco componentes. Dessa forma, a emoção inicia-se com os acontecimentos precipitadores, que podem gerar diferentes emoções. O que vai caracterizar um evento como sendo precipitador é a avaliação do indivíduo diante da situação, podendo ser diferente de pessoa para pessoa e essa avaliação depende da experiência anterior diante da situação. Após a avaliação, o próximo componente são as alterações fisiológicas que são peculiares a cada tipo de sentimento. A tendência para expressão e ação da emoção se constitui no quarto componente e finalmente o último é a regulação da emoção. A regulação pode se iniciar na avaliação do evento precipitador e de acordo com a avaliação feita, o indivíduo pode mudar sua reação emocional, controlar suas respostas fisiológicas.

A regulação emocional envolve o desenvolvimento de algumas habilidades de autocontrole e de expressão emocional. Del Prette e Del Prette (2005) destacam as seguintes habilidades: reconhecer e nomear as emoções em si e nos outros; falar a respeito das emoções; expressar sentimentos negativos e positivos; usar estratégias para acalmar-se e controlar o próprio humor; lidar com sentimentos negativos; tolerar a frustração e ter espírito esportivo.

A literatura tem revelado que as estratégias de regulação das emoções melhoram com a idade e podem ser diferentes, dependendo do contexto cultural em que a criança vive. De modo geral, com o avançar do desenvolvimento, estratégias mais sofisticadas, como, por exemplo, as estratégias cognitivas, são as mais utilizadas pelas pessoas (Cassette & Gaudreau, 1996; Dias, Vikan & Gravas, 2000; Vikan & Dias, 1996).

No estudo de Asarnow, Carlson, e Guthrie (1987) no qual foram avaliadas crianças depressivas com e sem tentativas de suicídio, verificou-se que os participantes sem

tentativas de suicídio usavam mais estratégias de enfrentamento cognitivas que as crianças suicidas. Os autores sugerem que as crianças suicidas talvez falhem ao suscitar uma estratégia de enfrentamento cognitiva como forma de regular suas emoções e seu comportamento. Colocam ainda que algumas crianças citam o próprio suicídio como estratégia de enfrentamento para lidar com situações difíceis. Já as crianças depressivas que apresentam também desordens de conduta tendem a empregar estratégias de agressão física. Os dados desse estudo mostram que é possível que crianças com depressão não consigam empregar adequadamente as estratégias de regulação afetiva. Muitas vezes, usam estratégias perigosas e pouco eficientes para aliviar seu sofrimento.

Segundo Miller (2003), crianças deprimidas tendem a ser instáveis emocionalmente e normalmente tem pouco controle sobre suas próprias emoções. De acordo com o autor pode ser que a reclusão ou isolamento seja uma tentativa de regulação da emoção, já que ao se afastar das pessoas a criança está a procura do bem-estar. Borges *et al.* (2006) verificaram que adolescentes portugueses com menos sintomas depressivos apresentam uso mais eficiente de estratégias de regulação emocional do que adolescentes depressivos.

O estudo de Li, DiGiuseppe e Froh (2006) investigou em 246 participantes de 14 a 18 anos, de escolas públicas e particulares, com diagnóstico de depressão, as estratégias de *coping* entre adolescentes do sexo feminino e masculino. Os resultados apontaram que as meninas foram mais depressivas que os meninos. E as meninas tendem a usar mais estratégias de *coping* focalizadas no problema e mais estratégias ruminativas que os meninos. A ruminação foi fortemente relacionada à depressão, de forma que os autores concluem que talvez as meninas adolescentes apresentassem mais depressão por lidarem de

forma inadequada com eventos estressores e sugerem que sejam ensinadas aos adolescentes maneiras mais eficientes para lidar com os problemas. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Burwell e Shirk (2007), no qual o objetivo era investigar a relação entre ruminação e sintomatologia depressiva em 168 adolescentes de ambos os sexos, com idade média de 13 anos, de escolas públicas. Os autores concluíram que a ruminação contribui para o desenvolvimento de sintomas de depressão, principalmente em relação às meninas e que de fato, a ruminação pode ser uma estratégia de *coping* mal adaptativa.

Características culturais têm sido apontadas como variáveis importantes no emprego de estratégias de regulação emocional. Com o objetivo de conhecer diferenças transculturais no que se refere ao uso de estratégias de auto-regulação de emoções, Vikan e Dias (1996) entrevistaram 102 crianças brasileiras e 315 norueguesas, de ambos os sexos, entre 8 a 12 anos de idade. Os resultados não indicaram diferenças quanto ao sexo, idade e nível socioeconômico. De acordo com este estudo, há uma tendência de as crianças brasileiras usarem mais estratégias de regulação emocional que envolvem brincadeiras e interação social, enquanto que as crianças norueguesas utilizam mais técnicas cognitivas para lidar com a emoção. Não foram encontradas diferenças entre estratégias de regulação para emoções distintas como raiva e tristeza. Resultados semelhantes foram observados no estudo de Dias, Vikan e Gravas (2000).

Na investigação de Dias, Vikan e Gravas (2000) foram avaliadas 288 crianças brasileiras e norueguesas de 4 a 9 anos de idade, com o objetivo de verificar as estratégias de regulação emocional, mediante apresentação de desenhos envolvendo situações de tristeza. Os dados mostram que há um emprego mais freqüente de estratégias cognitivas

com a idade, principalmente entre os cinco e sete anos. Quanto às diferenças culturais, as crianças norueguesas apresentaram mais respostas cognitivas e menos respostas sociais para raiva, mas não para tristeza. Foi observado que as crianças brasileiras buscam mais aos pais e menos aos amigos para apoio na regulação emocional.

Dell'Aglio e Hutz (2002) investigaram as estratégias de enfrentamento utilizadas por 55 crianças de 8 a 10 anos em situações estressantes, bem como as atribuições frente aos eventos relatados. Os dados mostraram que as crianças usam estratégias diferentes dependendo das pessoas envolvidas no conflito. As crianças tendem a usar mais estratégias de busca de apoio social e de ação agressiva diante de um conflito com os pares e mencionam estratégias de ação direta, evitação e aceitação quando o conflito ocorre com adultos. Além disso, não foram encontradas relações significativas entre as estratégias de enfrentamento e estilo atribucional.

Diferenças entre meninos e meninas parecem influenciar o uso de estratégias de regulação da emoção. No estudo de Lisboa *et.al.* (2002) verificou-se que os meninos tendem a empregar mais estratégias de agressão física diante de conflitos com colegas que as meninas e as meninas usam mais a agressão verbal. Quando enfrentam problemas com o professor, as meninas costumam adotar mais a inação ou “fazer nada”.

No estudo de Oliveira, Dias e Roazzi (2003), o qual objetiva verificar as estratégias de regulação emocional de crianças hospitalizadas, bem como observar o efeito de recursos lúdicos na utilização de estratégias para raiva e tristeza, os participantes foram divididos em três grupos: grupo controle 1 (12 crianças hospitalizadas), grupo controle 2 (12 crianças que já tinham estado em situação de hospitalização) e grupo experimental (12 crianças hospitalizadas). Histórias e perguntas referentes às emoções foram utilizadas como

instrumento de avaliação das estratégias de regulação emocional e atividades lúdicas foram empregadas, no grupo experimental, para sugestões de estratégias de regulação emocional mais elaboradas. Verificaram que com a atividade lúdica foi possível observar mudanças nas estratégias de regulação emocional. As estratégias de regulação emocional mencionadas pelos grupos foram Mudança de Ambiente (voltar para casa, mudar de quarto), Brincar, Interação Social (brincar com os amigos, conversar com os pais, receber visitas), Agir com Violência (bater ou xingar alguém), Altruísmo (conversar para ajudar, ser compreensivo), Procurar Ajuda de Alguém Mais Velho, Ajustamentos Emocionais (não levar a sério, ficar calmo, tentar se acostumar), Estímulos Focados (pensar em outra coisa, pensar na volta para casa, pensar nos amigos) e Técnicas Cognitivas (pensar que aquilo não significa nada, parar de pensar na situação, dizer para si mesmo que aquilo não significa nada, esquecer a situação).

O estudo de Lopes e Loureiro (2007) aponta que as estratégias de regulação emocional tendem a diferir também de acordo com as experiências de vida vivenciadas pelas crianças. Foi interessante verificar que os participantes com mães com diagnóstico de depressão, comparados às crianças com mães sem histórico psiquiátrico, demonstraram saber lidar melhor com situações que independem do seu controle do que com acontecimentos do cotidiano. Segundo as autoras, é possível que o grupo de crianças com mães depressivas tenha adotado um recurso adaptativo frente a uma situação adversa, a depressão materna, que é uma situação que foge do controle da criança.

Algumas investigações apontam que as crianças brasileiras parecem usar mais estratégias de regulação da emoção voltadas para a interação social e atividades lúdicas e tendem a empregar menos as estratégias cognitivas ao lidar com seus sentimentos. A

respeito da depressão infantil, o estudo de Soares (2003) mostra que as crianças com sintomatologia depressiva apresentam problemas de interação social, se isolam das outras pessoas, têm poucos amigos e ainda brincam menos que crianças não depressivas. Soares (2003) constatou também que os sintomas depressivos interferem na disposição das crianças para as atividades lúdicas e no tempo de envolvimento nas brincadeiras.

Partindo da idéia de que, as crianças depressivas têm dificuldade na interação com os outros, se envolvem menos nas brincadeiras e têm menos disposição para as mesmas, surge uma questão: Como seriam, então as estratégias de regulação emocional utilizadas por esse grupo de crianças?

Tendo em vista que os estudos sobre a forma como a criança depressiva lida com suas emoções são escassos e reconhecendo a importância das emoções no processo de desenvolvimento e aprendizagem, faz-se necessário investigar como as crianças com sintomas de depressão lidam com suas emoções, especialmente emoções como tristeza, raiva, medo e alegria. É essencial conhecer ainda se as crianças com sintomatologia depressiva usam estratégias de regulação emocional semelhantes às mencionadas pelos alunos sem sintomas de depressão. E caso as utilizem, seria importante esclarecer se usam estratégias de regulação emocional eficientes, capazes de neutralizar as consequências de estados afetivos intensos.

Embora sejam poucas as investigações que procuram avaliar estratégias de enfrentamento entre crianças depressivas, programas de intervenção tem sido propostos visando desenvolver técnicas de autocontrole e aprendizagem de novas habilidades como: monitoramento das emoções, auto-avaliação, autoreforçamento, reestruturação cognitiva e relaxamento (Harrington, 1993). A maioria dos programas de intervenção é de natureza

psicoeducacional, no qual as crianças aprendem a reconhecer suas emoções e a lidar melhor com as mesmas (Rehm & Sharp, 1999).

Estudos têm mostrado resultados eficientes quanto à redução dos sintomas depressivos após um processo de intervenção (Brown & Lewinsohn, 1984; Reynolds & Coats, 1986; Stark, Reynolds & Kaslow, 1987; Stark, Rouse & Kurowski, 1994; Weisz *et.al.*, 1997). Pode se aventar a hipótese de que talvez essas crianças apresentem estratégias deficientes de regulação da emoção, uma vez que após uma intervenção mostram melhora considerável na sintomatologia depressiva.

Finalmente, cabe ressaltar que as variáveis psicossociais descritas no presente estudo não devem ser analisadas isoladamente, mas sim considerando também os fatores contextuais, mais especificamente, o ambiente familiar e escolar da criança. Pode-se concluir que, estudos acerca dos sintomas de depressão na infância são investigações complexas, uma vez que envolvem uma multiplicidade de fatores individuais e ambientais. Conforme mencionado nos capítulos anteriores, a depressão consiste na interação entre fatores sociofamiliares, psicológicos e biológicos, na qual as diferentes investigações se completam e contribuem, não somente para uma maior compreensão da natureza multicausal desse transtorno, mas também para a concepção do indivíduo em sua totalidade biopsicossocial. Dessa forma, espera-se que o presente estudo possa trazer contribuições para um melhor entendimento acerca da depressão e seu impacto no desenvolvimento infantil, bem como contribuir para o diagnóstico da depressão infantil e para a criação de programas de intervenção que visem a promoção da saúde mental e bem-estar emocional da criança.

Metodologia

Objetivos

O objetivo do presente estudo é investigar variáveis cognitivas e psicossociais de crianças no ensino fundamental com e sem sintomatologia depressiva.

Mais especificamente, os objetivos são:

1. Identificar a prevalência de sintomas depressivos em crianças no ensino fundamental de uma escola pública da cidade de Campinas;
2. Conhecer e comparar o autoconceito e crença de auto-eficácia, as estratégias de aprendizagem e as estratégias de regulação emocional utilizadas pelos participantes com sintomas de depressão e pelos participantes sem sintomas depressivos;

Hipóteses

Os objetivos do presente estudo são norteados pelas seguintes hipóteses:

1. As crianças com sintomatologia depressiva relatarão um uso menos freqüente e eficiente de estratégias de regulação da emoção, apresentarão um autoconceito negativo, baixa crença de auto-eficácia e estratégias de aprendizagem menos funcionais das apresentadas pelas crianças sem sintomas de depressão.

Participantes

A Tabela 1 descreve a amostra total do presente estudo em relação as variáveis demográficas como sexo, idade, série escolar e repetência.

Tabela 1 - Dados demográficos da amostra total

Variável	N.	%
Sexo		
Masculino	70	44,5%
Feminino	87	55,4%
Idade		
8 anos	38	21,3%
9 anos	81	51,5%
10 a 12 anos	38	21,3%
Escolaridade		
3 ^a	85	54,1%
4 ^a	72	45,8%
Repetência		
Repetente	11	7%
Não repetente	146	93%
Total	157	100%

Conforme aponta a Tabela 1, a amostra do presente estudo foi composta por 157 alunos de 3^a. e 4^a séries do ensino fundamental, sendo 70 estudantes (44,5%) do sexo masculino e 87 (55,4%) do sexo feminino. A faixa etária dos participantes variou de 8 a 12 anos de idade, com idade média de 9 anos e desvio padrão de 0,81. No que se refere à escolaridade, 85 alunos (54,1%) freqüentavam a terceira série e 72 (45,8%) estavam na quarta série. Todos os participantes eram de uma escola pública da cidade de Campinas. Quanto à repetência escolar, verificou-se que 146 alunos (93%) eram não repetentes e 11 estudantes (7%) eram repetentes.

Dados relativos ao número de crianças que participaram e não participaram da pesquisa encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição de frequência de alunos matriculados, participantes e não participantes.

Série escolar	Alunos matriculados	Alunos responderam CDI	%	Alunos não autor.	%	Alunos não entregaram autor.	%
3^a.	136	85	62,5	17	12,5	34	25
4^a.	135	72	53,5	22	16,2	41	30,3
Total	271	157	57,9	39	14,3	75	27,6

Conforme Tabela 2, estavam matriculados na 3^a. série aproximadamente 136 alunos e na 4^a. série 135, totalizando 271 estudantes. Dessa forma, o Termo de Consentimento foi enviado aos 271 alunos matriculados nas séries estudadas, explicando os objetivos do estudo, bem como solicitando a autorização dos pais ou de um responsável para a participação da criança na pesquisa. Dos 271 Termos de Consentimento enviados foram retornados 157, ou seja, 57,9%. Mais especificamente, na 3^a. série, 17 alunos (12,5%) não participaram devido a não autorização dos pais e 34 alunos (25%) se esqueceram de entregar. Na 4^a. Série, 22 alunos (16,2%) não foram autorizados pelos pais e 41 (30,3%) não entregaram o termo de consentimento. No total, 57,9% dos alunos não participaram da pesquisa, sendo que 39 alunos (14,3%) não foram autorizados por seus pais e 75 (27,6%) não entregaram o termo.

A partir da amostra maior de 157 alunos foram selecionadas 54 crianças, tendo em vista seus resultados no CDI. Assim, a amostra final foi composta por 54 crianças que foram distribuídas em dois grupos. O grupo 1 (G1) constituído por crianças que apresentaram uma pontuação no CDI igual ou superior a 17 pontos, enquanto que o grupo 2 (G2) composto pelos participantes com escore no CDI que variou de 0 a 6 pontos. Para cada participante com sintomatologia depressiva foi escolhida outra criança de mesma série e gênero para compor o grupo 2, sem sintomas de depressão. Os participantes foram de

ambos os sexos e estudantes de 3^a e 4^a séries do ensino fundamental de uma escola pública da cidade de Campinas.

Cabe ressaltar que para compor o G1 foram selecionados os alunos que apresentaram menor pontuação no CDI. Dessa forma, a escolha de crianças com escore de 0 a 6 pontos no CDI se deu em função da dificuldade de emparelhamento.

Caracterização do Grupo 1 e Grupo 2

O grupo 1 (G1) foi formado por 27 crianças com sintomas de depressão, que apresentavam escores no CDI a partir de 17 pontos. A caracterização do grupo 1 está apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 – Dados dos participantes do grupo com sintomas depressivos (G1) quanto ao gênero, idade, série escolar, repetência e escores no CDI.

N	Gênero	Idade	Escolaridade	Repetência	Escore CDI
1	F	8	3ª Série	Não Repetente	22
2	M	9	3ª Série	Não Repetente	17
3	F	9	3ª Série	Não Repetente	17
4	F	8	3ª Série	Não Repetente	18
5	F	8	3ª Série	Não Repetente	20
6	M	9	3ª Série	Não Repetente	20
7	F	8	3ª Série	Não Repetente	30
8	M	8	3ª Série	Não Repetente	24
9	M	8	3ª Série	Não Repetente	18
10	M	8	3ª Série	Não Repetente	24
11	F	9	3ª Série	Não Repetente	18
12	M	8	3ª Série	Não Repetente	21
13	F	9	3ª Série	Não Repetente	17
14	F	8	3ª Série	Não Repetente	21
15	F	9	3ª Série	Não Repetente	24
16	F	9	3ª Série	Não Repetente	18
17	F	9	3ª Série	Repetente	20
18	M	9	3ª Série	Não Repetente	18
19	F	9	3ª Série	Não Repetente	19
20	M	8	3ª Série	Não Repetente	20
21	F	9	4ª Série	Não Repetente	23
22	M	9	4ª Série	Não Repetente	19
23	F	9	4ª Série	Não Repetente	19
24	F	10	4ª Série	Não Repetente	23
25	F	9	4ª Série	Não Repetente	21
26	F	11	4ª Série	Repetente	17
27	F	9	4ª Série	Não Repetente	23

Das 27 crianças do G1, 09 participantes (33,33%) eram do sexo masculino e 18 (66,67%) do sexo feminino. A faixa etária dos alunos variou de 8 a 11 anos de idade, sendo

que eram 10 estudantes (37,04%) de 8 anos, 15 (55,56%) de 9 anos, 1 (3,7%) de 10 anos e 1 (3,7%) de 11 anos. A idade média foi de 8,74 e desvio padrão de 0,71. Quanto à escolaridade dos participantes do grupo 1, observou-se que a maioria, 20 alunos (74,1%), estudava na terceira série e 07 estudantes (25,9%) na quarta série. Quanto à repetência, 25 alunos (92,6%) eram não repetentes e 2 alunos (7,4%) eram repetentes. Cerca de 18 alunos (66,7%) freqüentavam as aulas no período da manhã e 09 (33,3%) no período da tarde.

O grupo 2 (G2) foi formado por 27 crianças sem sintomas de depressão, com escores no CDI entre 0 a 6 pontos. A caracterização do grupo 2 está apresentada na Tabela 4.

Tabela 4 – Dados dos participantes do grupo sem sintomas depressivos (G2) quanto ao gênero, idade, série escolar, repetência e escores no CDI.

N	Gênero	Idade	Escolaridade	Repetência	Escore CDI
1	F	9	3ª Série	Não Repetente	5
2	M	8	3ª Série	Não Repetente	4
3	F	9	3ª Série	Não Repetente	2
4	F	8	3ª Série	Não Repetente	2
5	F	8	3ª Série	Não Repetente	5
6	M	8	3ª Série	Não Repetente	2
7	F	8	3ª Série	Não Repetente	1
8	M	8	3ª Série	Não Repetente	0
9	M	8	3ª Série	Não Repetente	5
10	M	8	3ª Série	Não Repetente	6
11	F	9	3ª Série	Não Repetente	2
12	M	8	3ª Série	Não Repetente	6
13	F	9	3ª Série	Não Repetente	1
14	F	8	3ª Série	Não Repetente	2
15	F	9	3ª Série	Não Repetente	2
16	F	9	3ª Série	Não Repetente	1
17	F	9	3ª Série	Repetente	5
18	M	8	3ª Série	Não Repetente	3
19	F	9	3ª Série	Não Repetente	5
20	M	8	3ª Série	Não Repetente	6
21	F	10	4ª Série	Não Repetente	4
22	M	9	4ª Série	Não Repetente	2
23	F	9	4ª Série	Não Repetente	5
24	F	10	4ª Série	Não Repetente	1
25	F	9	4ª Série	Não Repetente	6
26	F	10	4ª Série	Não Repetente	3
27	F	9	4ª Série	Não Repetente	4

Das 27 crianças do G2, 09 (33,3%) eram do sexo masculino e 18 (66,7%) do sexo feminino. No que se refere à idade, verificou-se que a idade dos participantes do Grupo 2 variou de 8 a 10 anos, sendo 12 alunos (44,4%) de 8 anos, 12 (44,4%) de 9 anos e o restante, 3 (11,1%) de 10 anos. A idade média foi 8,67 e desvio padrão de 0,68. Quanto à escolaridade dos participantes desse grupo, observou-se que a maioria, 20 alunos (74,1%), estudava na terceira série e 07 estudantes (25,9%) na quarta série. Quanto à repetência, 26 alunos (96,3%) eram não repetentes e 1 aluno (3,7%) era repetente. Um número de 17 alunos (63%) freqüentava as aulas no período da manhã e 10 (37%) no período da tarde.

Instrumentos e Materiais

Na presente pesquisa, foram utilizados os seguintes instrumentos: Inventário de depressão infantil (CDI – Anexo 05); Entrevista estruturada – estratégias de aprendizagem (Anexo 06); Roteiro de Avaliação de auto-eficácia (Anexo 07), Escala Infantil Piers-Harris de Autoconceito (Anexo 08) e Entrevista e Pranchas para Avaliação da Regulação Emocional de Alunos do Ensino Fundamental - EPRE (Anexo 09). Além desses instrumentos, foi utilizada uma Ficha de identificação da criança (Anexo 04). A seguir, os instrumentos serão descritos detalhadamente.

Ficha de Identificação

A ficha de identificação foi empregada para a coleta de informações referentes à identificação dos participantes, como: nome; data de nascimento; sexo; escolaridade;

história do rendimento escolar; nome da escola; data da coleta de dados, entre outros aspectos e encontra-se no Anexo 04.

Inventário de Depressão Infantil – CDI

O Inventário de Depressão Infantil – CDI (Anexo 05) foi desenvolvido por Kovacs em 1983 e consiste em uma escala de auto-avaliação destinada a identificar os sintomas de depressão em pessoas de 7 a 17 anos. É constituído por 27 itens que avaliam sintomas afetivos, cognitivos e comportamentais da depressão. A criança possui três alternativas de resposta para cada item e a correção varia de uma escala de 0 (ausência de sintoma) a 2 pontos (sintoma grave). A criança é orientada a selecionar o item que melhor descreve seus sentimentos durante as duas últimas semanas. A título de ilustração, segue o primeiro item do CDI:

Eu fico triste de vez em quando.
Eu fico triste muitas vezes.
Eu estou sempre triste.

No presente estudo, optou-se pela retirada do item 9, de forma que o inventário ficou composto por 26 itens no total. O item 9 visa medir a intenção suicida e a questão é apresentada da seguinte forma.

Eu não penso em me matar.
Eu penso em me matar, mas não o faria.
Eu quero me matar.

Tendo em vista que o suicídio em crianças é uma condição pouco frequente (Cassorla, 1987) e que a depressão pode ou não estar associada ao suicídio (Mendels, 1972) e ainda considerando que o suicídio consiste em apenas um dos sintomas da depressão, acreditou-se ser mais adequada a retirada dessa questão. Assim como para Weisz *et.al.*

(1997) e Sideridis (2005) a omissão deste item teve a finalidade de evitar que os participantes pudessem se abalar emocionalmente.

Investigações anteriores mostram que o CDI apresenta aceitáveis parâmetros psicométricos. Kovacs (1992) cita diversos estudos em que a confiabilidade do CDI em diferentes amostras foi avaliada e conclui que o coeficiente variou de 0,71 a 0,89, indicando uma aceitável consistência interna do instrumento em questão. Alguns estudos brasileiros apontam para uma consistência interna que varia de 0,73 a 0,83 (Cruvinel, 2003; Golfeto *et.al.*, 2001; Gouveia *et.al.*, 1995; Hallak, 2001).

No que concerne à estrutura fatorial do CDI, Kovacs (1992) encontrou cinco fatores, moderadamente correlacionados, que explicam a depressão. São eles: humor negativo, problemas interpessoais, ineficácia, anedonia e auto-estima negativa.

Kovacs (1992) e estudos brasileiros (Gouveia *et.al.*, 1995; Hallak, 2001) definiram que o ponto de corte no CDI seria 17 pontos, de forma que a criança que obtiver uma pontuação igual ou superior a 17 pontos deverá merecer atenção, uma vez que tal resultado pode indicar um provável depressivo. Assim como em outras investigações, no presente estudo, o ponto de corte foi 17 pontos.

Entrevista estruturada – estratégias de aprendizagem

Para avaliar o repertório de estratégias de aprendizagem dos participantes foi empregada uma versão traduzida e adaptada por Boruchovitch (1995) da Self-Regulated Learning Interview Schedule de Zimmermam e Martinez-Ponz (1986 – Anexo 06). Para uma adaptação confiável do instrumento, tal como originalmente proposto, a autora efetuou a tradução do inglês para o português e, em seguida, solicitou que outro pesquisador

brasileiro que morou num país de língua inglesa fizesse a versão do instrumento para o inglês (back translation).

O instrumento trata-se de uma entrevista estruturada, composta por 17 questões abertas, algumas contendo itens fechados do tipo 'sim' e 'não'. As questões da entrevista apresentavam situações concretas relativas ao ensino e a aprendizagem dos participantes, que, mais precisamente, mapeavam as seguintes situações: a) aprendizagem em sala de aula, b) estudo em casa, c) realização de tarefas escolares em casa e de preparação para provas. Como exemplo, pode se citar a seguinte questão:

“A maioria dos professores costuma dar testes no final do semestre. Esses testes determinam a nota dos alunos. Você tem alguma maneira que possa lhe ajudar a se preparar para uma prova de português ? “() SIM () NÃO O que é que você faz?

As questões abertas da Entrevista de Estratégias de Aprendizagem foram estudadas pela análise de conteúdo (Bardin, 1991; Berelson, 1952), na qual foi empregado um sistema de categorização previamente desenvolvido por Boruchovitch e Costa em 1999 (Costa, 2000) e revisto por Boruchovitch (2006b).

Roteiro de Avaliação de Auto-eficácia

O Roteiro de Avaliação de auto-eficácia (Anexo 07) foi desenvolvido por Medeiros e Loureiro (1999) a partir da literatura da área e tem como objetivo avaliar a percepção da criança quanto ao seu desempenho acadêmico e sua capacidade de realização. É composto por 20 itens, sendo 12 relacionadas à percepção de capacidade quanto ao desempenho escolar e 8 questões referentes à percepção de desempenho escolar a partir da avaliação de outros ou a comparação com os pares. O participante possui duas alternativas

de respostas para cada item, “sim” ou “não” e a pontuação varia de 0 ou 1 de acordo com a alternativa escolhida. As respostas que indicam uma auto-eficácia positiva atribui-se o valor 1, podendo corresponder a um sim ou não. O escore total consiste na somatória de pontos obtidos, sugerindo que quanto maior a pontuação, mais alto é o senso de auto-eficácia.

Como exemplo de um item do roteiro:

Eu consigo ler com facilidade () SIM () NÃO

No presente estudo, a avaliação da consistência interna do roteiro de auto-eficácia realizada pelo coeficiente de Cronbach revelou um Alpha de 0,89 indicando que o roteiro apresenta elevado índice de consistência interna, para essa amostra. Os itens com menor consistência interna foram: 2 (Eu quero parar de estudar logo) e 20 (Eu quero continuar estudando por muitos anos).

Escala Infantil Piers-Harris de Autoconceito – “O que eu sinto sobre mim mesmo”

Trata-se de uma escala inicialmente desenvolvida por Piers (1984), traduzida e adaptada para a realidade brasileira por Jacob e Loureiro em 1999 (Anexo 08). Tem como objetivo avaliar o autoconceito total de crianças, bem como o autoconceito nas seguintes áreas: status intelectual e acadêmico (17 itens), comportamento (16 itens), ansiedade (14 itens), aparência (13 itens), popularidade (12 itens) e satisfação (10 itens). No total, a escala é composta por 80 itens e é solicitado que a criança avalie se a sentença descreve como ela se sente em relação a si mesma na maioria das situações. A criança possui duas possibilidades de resposta para cada questão, “sim” ou “não”, com escores igual a 0 ou 1 ponto. O escore 1 é atribuído a resposta correspondente a avaliação do comportamento de

forma positiva, indicando um bom autoconceito em relação ao item questionado, podendo ser uma resposta sim ou não dependendo do item. Em síntese, cada resposta com avaliação positiva de si recebe 1 ponto. A somatória das respostas com valor positivo consiste no escore total. Valores elevados indicam um autoconceito positivo, enquanto baixos valores no escore total sugerem um autoconceito negativo. Abaixo um exemplo de dois itens da escala.

Eu sou tímido () *SIM* () *NÃO*

Eu sou uma pessoa feliz () *SIM* () *NÃO*

A escala divide os 80 itens em seis categorias de avaliação do autoconceito, de forma que é possível a realização de uma análise parcial das diferentes áreas. A distribuição dos itens por áreas ocorre da seguinte forma. Na categoria Comportamento estão inseridos os itens 12,13,14,21,22,25,34,35,38,45,48,56,59,62,78,80; em Status Intelectual estão as questões 5,7,9,12,16,17,21,26,27,30,31,33,42,49,53,66,70; em Aparência Física estão os itens 5,8,15,29,33,41,49,54,57,60,63,69,73; na categoria Ansiedade estão os itens 4,6,7,8,10,20,28,37,39,40,43,50,74,79; em Popularidade os itens 1,3,6,11,40,46,49,51,58,65,69,77 e em Felicidade/satisfação, estão as questões 2,8,36,39,43,50,52,60,67,80.

Na presente investigação a avaliação da consistência interna da escala realizada pelo coeficiente de Cronbach revelou um Alpha de 0,91 indicando que a Escala de Autoconceito apresenta elevado índice de consistência interna, para essa amostra. Os itens com menor consistência foram: 6 (Eu sou tímido), 47 (Eu fico doente bastante), 57 (Eu sou popular com os meninos), 24 (Eu sou bom em música), 42 (Muitas vezes eu me ofereço como voluntário na escola) e 18 (Eu sempre quero do meu jeito).

Entrevista e Pranchas para Avaliação da Regulação Emocional de Alunos do Ensino Fundamental - EPRE (Cruvinel & Boruchovitch, 2004)

A Entrevista para Avaliação da Regulação Emocional em crianças (Anexo 09) foi desenvolvida por Cruvinel e Boruchovitch (2004) a partir da literatura da área (Arándiga & Tortosa, 2004; Cassette & Gaudreau, 1996; Dias, Vikan & Gravas, 2000; Endler, 1997; Lisboa *et al.*, 2002; Vikan & Dias, 1996). A entrevista é composta por 24 questões que possuem a finalidade de investigar as estratégias de regulação emocional empregadas por crianças. As questões foram agrupadas em quatro tipos de emoções, sendo três emoções: tristeza, raiva, medo e alegria. Assim, cada uma das quatro emoções é avaliada por seis questões, totalizando as 24 perguntas.

A entrevista inicia-se com questões que têm como objetivo verificar se a criança é capaz de perceber mudanças em seu estado emocional. Visa fornecer dados sobre o monitoramento e conscientização de diferentes emoções. Em seguida, as questões procuram identificar a frequência e o tipo de estratégias de regulação das emoções empregadas pelos participantes. Procura-se também investigar se a criança conhece estratégias alternativas de regulação emocional, bem como se sabem citar situações que costumam provocar determinada emoção. Para o participante, são dadas as seguintes instruções: “Você sabe que todas as pessoas, inclusive as crianças têm sentimentos e emoções, como alegria, tristeza, raiva, medo, nervoso e outras. Eu vou fazer algumas perguntas sobre alguns desses sentimentos e gostaria de saber o que você faz quando você sente, por exemplo, tristeza. Podemos começar?”. Cabe ressaltar que, para cada emoção existe uma prancha com o desenho de uma criança expressando a emoção que será investigada. Dessa forma, o

instrumento é composto por oito pranchas, sendo: menino e menina triste, menino e menina com raiva, menino e menina com medo e menino e menina alegres. A escolha da prancha coincide com o sexo do participante, de maneira que para as meninas utilizaram-se as pranchas com desenhos de crianças do sexo feminino e para os meninos usaram-se as pranchas com desenhos de meninos.

Assim como em outros estudos (Dias, Vikan & Gravas, 2000; Neves, 2002; Neves & Boruchovitch, 2004), com o objetivo de motivar o participante, optou-se pela inclusão das pranchas com ilustrações, concomitante a apresentação das perguntas.

A entrevista foi conduzida durante um período de aproximadamente 20 minutos. As respostas das crianças foram estudadas por análise de conteúdo e foram categorizadas de acordo com a literatura da área (Dias, Vikan & Gravas, 2000; Oliveira, Dias & Roazzi, 2003; Vikan & Dias, 1996).

Procedimentos para contato com a escola

Inicialmente foi feito contato com o diretor da escola com a finalidade de se apresentar o estudo, com ênfase nos objetivos e instrumentos que foram empregados. O diretor foi informado a respeito do caráter confidencial da pesquisa e nesse momento, foram definidos os horários para a coleta de dados. Os dias e horários reservados para a realização das entrevistas com os participantes foram agendados conforme conveniência da escola, a fim de interferir o mínimo possível na rotina da mesma.

Após aceitação da escola, foi solicitada aos pais ou responsável pelas crianças, uma autorização por escrito permitindo a participação das mesmas na pesquisa. O termo de consentimento (Anexo 01) foi enviado para os pais de todos os alunos matriculados na 3^a e

4^a séries e teve como finalidade a apresentação dos objetivos do estudo, o tipo de participação requerida, bem como a ausência de prejuízos decorrentes da não autorização.

Com os professores também foi solicitada uma autorização por escrito com a finalidade de que os mesmos permitissem a aplicação do instrumento em sua sala de aula (Anexo 02).

A coleta de dados foi iniciada após o consentimento dos pais e somente os alunos cujos pais permitiram sua participação na pesquisa foram convocados para a primeira etapa. Cabe mencionar que todos os cuidados éticos tomados no presente estudo foram baseados na Resolução, 196/96 do Ministério da Saúde.

Procedimento de Coleta de Dados

Após a aprovação do presente projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/Unicamp No. 003/2005 foi iniciada a coleta de dados (Anexo 03).

A coleta dos dados foi dividida em duas etapas, sendo que a primeira fase consistiu na seleção e composição dos grupos. Na presente pesquisa, utilizou-se o Inventário de Depressão Infantil – CDI de Kovacs (1992) (Anexo 05) para o rastreamento das crianças com e sem sintomas de depressão. A administração do CDI foi coletiva e conduzida pelo pesquisador nas salas de aula, nos participantes cujos pais assinaram o termo de consentimento. Cabe mencionar que, durante a aplicação do inventário, os alunos que os pais não assinaram o termo de consentimento foram retirados da sala de aula e conduzidos para uma outra classe com a professora. Restou em cada classe uma média de 20 alunos. A aplicação do CDI teve duração de aproximadamente 20 minutos.

Esta fase inicial da coleta de dados teve como objetivo identificar as crianças que formaram o grupo 1 (27 crianças com sintomas de depressão) e grupo 2 (27 crianças sem sintomas de depressão) e que foram entrevistadas na etapa posterior. Cabe ressaltar que para cada participante com sintomatologia depressiva foi escolhida outra criança de mesma série e gênero para compor o grupo 2, sem sintomas de depressão. O objetivo, nesse primeiro momento, foi selecionar 27 participantes com sintomas depressivos e 27 sem sintomas de depressão.

Na segunda etapa, os participantes identificados anteriormente pelo CDI foram convocados para entrevista. A entrevista foi individual, conduzida pelo pesquisador, no próprio ambiente escolar e no horário de mais conveniência dos participantes e da escola.

Durante a entrevista com a criança, foi aplicada a versão traduzida e adaptada por Boruchovitch (1995) da Self-regulated learning interview Schedule de Zimmermam e Martinez-Ponz, (1986 – Anexo 06), o Roteiro de Avaliação de auto-eficácia (Medeiros & Loureiro, 1999 – Anexo 07), Escala Infantil Piers-Harris de Autoconceito, adaptada para a realidade brasileira por Jacob e Loureiro (1999 – Anexo 08). Realizou-se ainda uma entrevista visando colher informações a respeito das estratégias de regulação da emoção empregadas pela criança por meio da Entrevista e Pranchas para Avaliação da Regulação Emocional de Alunos do Ensino Fundamental – ERE, desenvolvida para o presente estudo por Cruvinel e Boruchovitch (2004 – Anexo 09). A coleta de dados com a criança foi realizada em uma única sessão de aproximadamente 50 minutos. Embora todos os instrumentos tenham sido empregados em apenas uma entrevista com a criança, não foi observado nenhum sinal de fadiga ou cansaço nos participantes. No início da coleta de dados, foi definida a seqüência de aplicação dos instrumentos. Primeiramente, aplicou-se a

Escala Infantil Piers-Harris de Autoconceito, seguida pelo Roteiro de Avaliação de auto-eficácia, pela Entrevista estruturada – estratégias de aprendizagem e finalmente, aplicou-se a Entrevista e Pranchas para Avaliação da Regulação Emocional de Alunos do Ensino Fundamental – EPRE.

As entrevistas realizadas com os participantes foram entrevistas semidirigidas com questões abertas e fechadas, que, foram guiadas por um roteiro anteriormente desenvolvido. Cabe mencionar que a coleta de dados foi precedida de um estudo piloto visando o refinamento dos instrumentos, bem como o treinamento do pesquisador. No estudo piloto, foram entrevistados individualmente cerca de 3 participantes (duas meninas e um menino), no qual todos os instrumentos empregados foram aplicados. Não foi realizada nenhuma alteração em decorrência do estudo piloto, no que concerne aos instrumentos utilizados neste estudo.

Procedimentos para Análise de Dados

Como o objetivo da presente pesquisa foi investigar variáveis cognitivas e psicossociais de crianças com e sem sintomatologia depressiva, os resultados foram analisados qualitativa e quantitativamente, mediante procedimentos da estatística descritiva e inferencial.

A análise dos dados foi dividida em duas diferentes etapas. Na primeira, conduzida com a amostra total, foi realizada a análise descritiva para identificar a prevalência de sintomatologia depressiva. Porcentagens de respostas, distribuição de frequência, valores de média e desvio-padrão, valores mínimo e máximo, mediana e quartis obtidos pelos participantes no Inventário de Depressão infantil foram calculados.

Tendo como proposta a comparação de crianças com e sem sintomas de depressão, na segunda etapa, foi empregada a análise inferencial com o objetivo de explorar as diferenças entre os grupos no que se refere às variáveis como gênero, idade, série escolar e repetência dos participantes. Foi conduzida também uma análise descritiva e comparativa dos dois grupos de participantes, quanto ao autoconceito, crenças de auto-eficácia, estratégias de aprendizagem e estratégias de regulação emocional. Para a comparação das variáveis categóricas entre os grupos foi utilizado o teste Qui-Quadrado ou, quando necessário, o teste exato de Fisher (presença de valores esperados menores que 5) e para as variáveis numéricas (sem distribuição normal) e contínuas foi empregado o teste de Mann-Whitney.

Mais precisamente, no que diz respeito às estratégias de aprendizagem, as respostas dos participantes do G1 e G2 às questões abertas da Entrevista de Estratégias de Aprendizagem foram examinadas mediante os procedimentos de análise de conteúdo (Bardin, 1991; Berelson, 1952). Foi empregado um sistema de categorização para cada pergunta da entrevista, tendo como referência categorias previamente desenvolvidas por Boruchovitch e Costa em 1999 (Costa, 2000) e revistas por Boruchovitch (2006b) (Anexo 10). Permitiu-se que os participantes mencionassem mais de uma estratégia para cada situação proposta na entrevista. Cada questão do instrumento foi avaliada separadamente tendo como base a taxionomia proposta por Mckeachie, Pintrich, Lin, Smith e Sharma (1990), traduzida e adaptada por Boruchovitch em 1999a (Anexo 11). As questões da Entrevista de Estratégias de Aprendizagem foram analisadas em três momentos. Inicialmente, os dois grupos foram comparados quanto à utilização ou não de diferentes estratégias de aprendizagem na situação proposta. Em seguida, as estratégias mencionadas

pelos participantes nas questões abertas foram classificadas em cognitivas e metacognitivas. Por último, estas estratégias foram submetidas à uma análise mais detalhada e específica, na qual foram agrupadas em estratégias de ensaio, elaboração, organização, regulação, monitoramento e planejamento.

Vale ressaltar que, no presente estudo, a análise da consistência do sistema de categorização das estratégias de aprendizagem não foi realizada, uma vez que ela já havia sido estimada e empregada em investigações anteriores. Na pesquisa de Costa (2000) e de Schlieper (2001) a porcentagem de concordância encontrada entre os juízes e os pesquisadores foi 90%.

A análise de conteúdo também foi empregada para as questões da Entrevista de Avaliação de Regulação Emocional em crianças. Tendo como base a literatura da área, foi construído por Cruvinel e Boruchovitch (2008) um sistema de categorização para cada questão aberta da entrevista. A consistência do processo de categorização foi avaliada por dois juízes independentes que analisaram aproximadamente 40% das respostas totais dos participantes, escolhidas aleatoriamente. Optou-se pela participação de um juiz Doutor em Educação e o outro, de uma profissão não relacionada a esta área. A porcentagem de concordância atingida entre o pesquisador e os juízes variou de 75% a 100%. Os juizes não foram informados sobre os objetivos do estudo e a respeito dos dados demográficos dos estudantes durante o processo de categorização.

Análise dos Resultados

Os resultados serão apresentados de acordo com os objetivos do presente estudo. Inicialmente pretende-se descrever a prevalência de sintomas de depressão entre os participantes, bem como a relação entre sintomatologia depressiva e variáveis demográficas como gênero, escolaridade, idade e repetência. Em seguida, os grupos de participantes com (G1) e sem (G2) sintomas depressivos serão comparados no que concerne aos resultados obtidos na Escala de Autoconceito e Roteiro de Auto-eficácia, nas entrevistas de estratégias de aprendizagem e estratégias de regulação da emoção. Os dados de cada variável serão relatados separadamente e será enfatizada a apresentação dos resultados relativos às variáveis que mediante tratamento estatístico tiveram importância significativa na diferenciação dos grupos.

Prevalência de sintomas depressivos e sua relação com variáveis demográficas

Conforme mencionado nos capítulos anteriores, na presente investigação, a prevalência de sintomatologia depressiva nos alunos do ensino fundamental foi avaliada pelo Inventário de Depressão Infantil - CDI, empregando o ponto de corte 17. Dados a respeito do número de crianças com e sem sintomas depressivos podem ser observados na Figura 1.

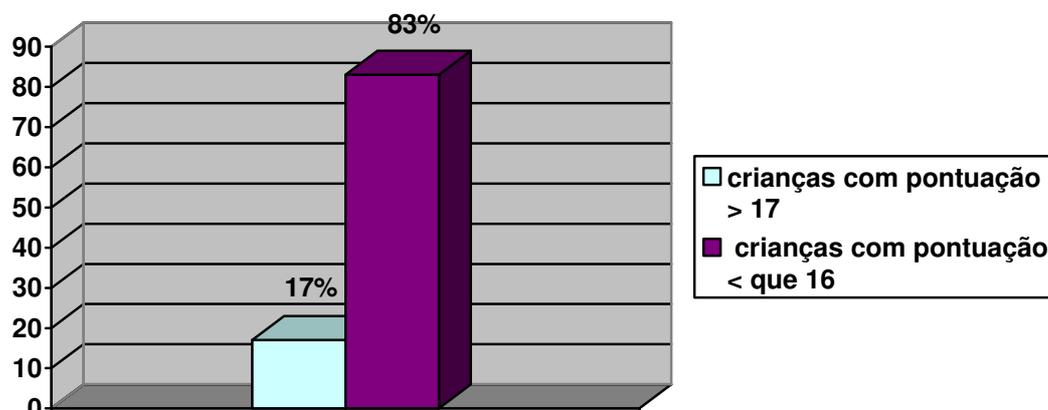


Figura 1 – Porcentagem de participantes que ultrapassaram no cdi o ponto de corte 17

A Figura 1 mostra que 17% dos 157 participantes apresentaram uma pontuação no CDI superior ou igual a 17 pontos, sugerindo um possível caso de depressão, enquanto que 83% tiveram um escore entre 0 a 16 pontos no CDI, sendo que desses 83% cerca de 42% apresentaram uma pontuação no CDI entre 0 a 6 pontos e 40% obtiveram um escore entre 7 e 16 pontos no CDI.

Pela análise dos itens do CDI, constata-se que os sintomas depressivos que surgiram com maior frequência no inventário foram: preocupação (13,38%), sentimento de culpa (12,74%), dificuldade para tomar decisões (12,74%), baixa auto-estima (8,28%), alteração de sono (10,83%) e de apetite (20,38%), falta de energia (14,65%), preocupação com dor e solidão (15,92%). Além desses, foi comum também o comportamento de se esforçar o tempo todo (19,75%), nunca se divertir na escola (13,38%) e acreditar que não pode ser tão bom quanto outras crianças (21,02%).

Resultados relativos à média e desvio-padrão dos escores no CDI e variáveis demográficas podem ser vistos na Tabela 05.

Tabela 05 - Média e desvio-padrão dos escores no cdi e variáveis demográficas (n=157)

	N	%	Média	DP
Sexo				
Masculino	70	44,5%	8,70	6,07
Feminino	87	55,4%	9,94	6,72
Série				
3ª Série	85	54,1%	10,04	7,00
4ª Série	72	45,8%	8,63	5,69
Idade				
8 anos	38	21,3%	10,29	7,88
9 anos	81	45,5%	9,62	6,24
a partir 10a	38	21,3%	8,00	5,13
Repetência				
Não Repetente	146	93%	9,29	6,53
Repetente	11	7%	10,64	5,45
Total	157	100%	9,39	6,45

A Tabela 05 revela que a média do escore no CDI entre os participantes foi 9,39, e desvio-padrão de 6,45. Os alunos tiveram um valor mínimo de 0 e máximo de 30 pontos no CDI. A idade média dos alunos foi de 9.04 e desvio-padrão de 0.81. O valor mínimo foi 8.00 e o máximo 12.00.

Ainda no que se refere a amostra maior (n=157), a relação entre sintomatologia depressiva e variáveis demográficas como gênero, série e idade foi investigada pelo Teste Qui-Quadrado e a relação entre depressão e repetência foi avaliada pelo Teste Exato de Fisher, devido a presença de valores esperados menores que 5. Esses resultados podem ser observados na Tabela 06.

Tabela 06. Comparação entre participantes com escore no cdi acima e abaixo de 17 pontos em relação às variáveis demográficas (n=157)

Variável	CDI 0 - 16	CDI > = 17	Total	Significância
Idade				
8	28 (73.68)	10 (26.32)	38	X ² (2)=6.12; p=0.047 (a)
9	66 (81.48)	15 (18.52)	81	
10	36 (94.74)	2 (5.26)	38	
Série				
3 ^a .	65 (76.47)	20 (23.53)	85	X ² (1)=5.22; p=0.022 (a)
4 ^a .	65 (90.28)	7 (9.72)	72	
Sexo				
Masculino	61 (87.14)	9 (12.86)	70	X ² (1)=1.67; p=0.196 (a)
Feminino	69 (79.31)	18 (20.69)	87	
Repetência				
Não	121 (82.88)	25 (17.12)	146	p=1.000 (b)
Sim	9 (81.82)	2 (18.18)	11	

(a) – Teste Qui-quadrado (b) Teste Exato de Fisher

Os resultados da Tabela 06 revelaram diferença significativa no que concerne à presença de sintomas depressivos entre as idades (X² (2)=6.12;p=0.047) e as séries (X² (1)=5.22;p=0.022), com maior frequência de sintomas depressivos entre os alunos mais novos e de 3^a série. Mais precisamente, os participantes com escore no CDI entre 0 a 16 pontos apresentaram idade média de 9,11 e desvio-padrão de 0,82, enquanto que os com pontuação acima de 17 tiveram idade média de 8,74 e desvio-padrão de 0,71. Não houve diferença significativa entre os grupos em relação ao gênero (X²(1)=1.67;p=0.196) e à repetência (p=1.000).

Conforme mencionado no capítulo anterior, a partir da amostra maior de 157 alunos foram selecionadas 54 crianças, tendo em vista seus resultados no CDI. Os 54 participantes foram distribuídos em dois grupos, sendo o grupo 1 (G1) formado por 27 crianças com sintomas depressivos e o grupo 2 (G2) por 27 crianças sem sintomas de depressão.

Para a análise dos resultados relativos a sub-amostra (n=54) empregou-se o Teste Qui-Quadrado para avaliar as variáveis gênero e série escolar e sintomas de depressão. Já o Teste Exato de Fisher foi utilizado para comparar sintomas depressivos em relação à idade e a repetência. As comparações das principais variáveis demográficas entre os grupos com e sem sintomas depressivos, na amostra menor (n=54) encontram-se na Tabela 07.

Tabela 07 - Comparação entre os grupos com e sem sintomas depressivos em relação às variáveis demográficas (n=54)

Variável	G1	G2	Total	Significância
Idade				
8	10 (37.04)	12 (44.44)	22	p=0.721(b)
9	15 (55.56)	12 (44.44)	27	
10	2 (7.41)	3 (11.11)	5	
Série				
3ª.	20 (74.07)	20 (74.07)	40	X ² (1)=0.00; p=1.000 (a)
4ª.	7 (25.93)	7 (25.93)	14	
Sexo				
Masculino	9 (33.33)	9 (33.33)	18	X ² (1)=0.00;p=1.000 (a)
Feminino	18 (66.67)	18 (66.67)	36	
Repetência				
Não	25 (92.59)	26 (96.30)	51	p=1.000 (b)
Sim	2 (7.41)	1 (3.70)	3	

(a) – Teste Qui-quadrado (b) Teste Exato de Fisher

Pelos resultados da Tabela 07, não foi encontrada diferença significativa entre os grupos com e sem sintomas depressivos para as seguintes variáveis demográficas: idade (p=0.721), série (X²(1)=0.00;p=1.000), gênero (X²(1)=0.00;p=1.000) e repetência (p=1.000).

Cabe ressaltar que os grupos de crianças com e sem sintomas depressivos foram comparados quanto ao autoconceito, crença de auto-eficácia, estratégias de aprendizagem e estratégias de regulação emocional. A seguir, serão apresentados os resultados referentes à comparação dos grupos no que concerne a essas variáveis.

Autoconceito e crença de auto-eficácia de crianças com e sem sintomas de depressão

As avaliações do autoconceito e crenças de auto-eficácia foram realizadas, respectivamente, pela Escala Infantil Piers-Harris de Autoconceito e pelo Roteiro de Avaliação de Auto-eficácia. Os resultados serão, primeiramente, apresentados considerando-se o escore total dos participantes em cada instrumento. Em seguida, os dados obtidos pela escala de autoconceito serão analisados levando-se em conta os seus seis domínios. É importante ressaltar que serão detalhados somente os aspectos em que foram observadas diferenças significativas ($p < 0,05$) na comparação entre os grupos.

Para medir a confiabilidade dos instrumentos utilizados no presente estudo empregou-se o coeficiente de consistência interna, Alpha de Cronbach, cujos resultados podem ser vistos na Tabela 8.

Tabela 8. Análise de consistência interna dos instrumentos

Escalas / Amostra	Nº de Itens	Coefficiente*
CDI / n=157	26	0.803
CDI / n=54	26	0.883
Auto-Eficácia / n=54	20	0.899
Autoconceito / n=54	80	0.912
Domínios do Autoconceito / n=54		
Comportamento	16	0,728
Intelectual	17	0,696
Aparência física	13	0,702
Ansiedade	14	0,683
Popularidade	12	0,616
Felicidade/Satisfação.	10	0,559

* coeficiente alfa de Cronbach para consistência interna.

De acordo com a Tabela 8, o CDI, na amostra total apresentou um alfa de 0,803, enquanto que na sub-amostra, com 54 participantes o coeficiente foi mais elevado (0,883). No Roteiro de Auto-eficácia o alfa foi 0,899 e na Escala Infantil Piers-Harris de Autoconceito 0,912. Os resultados mostraram alta consistência interna para todas as escalas. Na análise da consistência interna dos seis domínios do autoconceito foram encontrados os seguintes valores: 0,728 (Comportamento), 0,696 (Intelectual), 0,702 (Aparência física), 0,683 (Ansiedade), 0,616 (Popularidade) e 0,559 (Felicidade/

Satisfação). Conclui-se que houve alta consistência interna para os domínios Comportamento e Aparência Física, e índices aceitáveis para os demais domínios.

A Tabela 9 apresenta a comparação das médias entre os grupos com (G1) e sem (G2) sintomas depressivos no CDI, no Roteiro de Auto-eficácia e na Escala de Autoconceito.

Tabela 9 – Média, desvio-padrão e mediana do g1 e g2 relativas ao escore total do cdi, auto-eficácia e autoconceito

Variável	N	Média		D.P.		Mediana		Valor-p*
		G1	G2	G1	G2	G1	G2	
CDI	27	20,41	3,33	3,02	1,88	20.00	3.00	-----**
Auto-eficácia	27	13,37	19,15	4,84	1,59	13.00	20.00	p<0.001
Autoconceito	27	50.63	65,37	10,77	6,73	48.00	76.00	p<0.001

* Valor-P referente ao teste de Mann-Whitney para comparação das variáveis entre sintomas depressivos (com vs sem).

** O escore do CDI foi usado para a definição dos grupos com e sem sintomas de depressão.

Observa-se na Tabela 9 que os participantes do grupo de crianças com sintomas de depressão (G1) apresentaram média no CDI mais elevada que a obtida pelo grupo de crianças sem sintomatologia (G2). Enquanto que no Roteiro de Auto-eficácia e Escala Infantil de Autoconceito a média foi mais baixa entre as crianças do G1.

A Tabela 10, a seguir, apresenta os dados relativos à média e desvio-padrão dos participantes nos diferentes domínios do autoconceito.

Tabela 10 – Média e desvio-padrão dos participantes do g1 e g2 nos seis domínios do autoconceito

Autoconceito	Média		Desvio-padrão		p*
	G1	G2	G1	G2	
Comportamento	11,96	14,41	2,39	0,89	p <0.001
Intelectual	11,22	14,56	2,75	1,74	p <0.001
Aparência Física	9,00	10,70	2,62	1,86	p <0.001
Ansiedade	7,07	10,15	2,72	1,92	p <0.001
Popularidade	6,26	8,67	2,40	1,82	p <0.001
Satisfação	7,93	9,41	1,62	0,84	p <0.001

* Valor-p referente ao teste de Mann-Whitney para comparação das variáveis entre sintomas depressivos (com vs sem).

Os resultados revelam diferença significativa entre os grupos com sintomas de depressão (G1) e sem sintomas de depressão (G2) para os escores de todos os domínios do autoconceito. A Tabela 10 mostra que a média é mais elevada entre os participantes do G2, indicando que as crianças sem sintomas depressivos apresentam autoconceito mais positivo que os alunos com sintomas de depressão.

Estratégias de aprendizagem de crianças com e sem sintomas de depressão

Conforme mencionado anteriormente as respostas dos participantes à Entrevista de Estratégia de Aprendizagem foram submetidas à análise de conteúdo tendo como base o sistema de categorização previamente desenvolvido por Boruchovitch e Costa em 1999 (Costa, 2000) e revisado por Boruchovitch (2006b) (Anexo 10).

Os resultados serão descritos respeitando-se a seqüência das questões da entrevista de estratégias de aprendizagem. Assim, os dados referentes a cada questão serão apresentados, sendo que serão mais detalhados aqueles em que foram obtidas diferenças estatisticamente significativas. Cabe lembrar que, com base na taxionomia proposta pela literatura, as estratégias de aprendizagem foram analisadas em três momentos. Primeiramente, os dois grupos foram comparados quanto à utilização ou não-utilização de diferentes estratégias de aprendizagem na situação proposta pela entrevista. Em seguida, as estratégias mencionadas pelos participantes nas questões abertas foram classificadas em cognitivas e metacognitivas e por último, estas estratégias foram submetidas à uma análise mais detalhada, na qual foram classificadas em estratégias de ensaio, elaboração, organização, regulação, monitoramento e planejamento. Vale ressaltar que os resultados relativos às estratégias de aprendizagem serão descritos seguindo-se a ordem desses três momentos.

Nota-se alguns resultados interessantes quanto à comparação entre os grupos com e sem sintomatologia depressiva no que concerne ao emprego de Estratégia de Aprendizagem.

A questão 1, referente a aprendizagem em sala de aula, foi feita da seguinte forma: “Vamos imaginar que a sua professora esteja dando uma aula de português e ela avise que vai dar um teste sobre aquela matéria. Você tem alguma maneira que possa lhe ajudar a aprender e a lembrar o que esta sendo dado na aula? (Sim ou Não). Conta para mim o que é que você faz?”. O Teste Exato de Fisher não revelou diferença significativa entre os grupos de crianças com e sem sintomas de depressão no que se refere a aprendizagem de determinado conteúdo. A maioria dos participantes dos dois grupos afirmou que costumam

usar algum tipo de estratégia para aprender e para lembrar a matéria. As categorias encontradas podem ser melhor visualizadas na Tabela 11.

Tabela 11 – Frequência e porcentagem de categorias encontradas na Questão 1

Categorias	Grupo 1		Grupo 2	
	frequência	%	frequência	%
Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento	8	29,63%	17	62,96%
Leitura e Escrita Mecânica	11	40,74%	7	25,93%
Estudar	6	22,22%	3	11,11%
Expressão de Sentimentos	5	18,52%	4	14,81%
Pesquisar	3	11,11%	0	0%
Não Sei	2	7,41%	0	0%
Fazer Exercícios	1	3,70%	0	0%
Pedir Ajuda	0	0%	1	3,70%
Preocupação com a Estética, Técnica e Gramática	1	3,70%	0	0%

Observa-se, na Tabela 11, que para aprender um conteúdo de português em sala de aula, os participantes de ambos os grupos usam estratégias como: Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento, Leitura e Escrita Mecânica, Estudar, Expressão de Sentimentos, Pesquisar, Não Sei, Fazer Exercícios, Pedir Ajuda e Preocupação com a Estética, Técnica e Gramática. O Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento foi a estratégia mais frequente entre os alunos do G2 e a Leitura e Escrita Mecânica, a mais mencionada pelo G1.

Nessa questão, embora os alunos do G1 empregassem mais estratégias cognitivas como a Leitura e Escrita Mecânica e os do G2 mais estratégias metacognitivas como o Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento, não foi encontrada diferença

significativa entre os grupos. Quanto ao tipo de estratégia de aprendizagem empregado pelos participantes dos dois grupos, o Teste do Qui-Quadrado revelou maior frequência de uso do monitoramento entre os alunos sem sintomas depressivos ($X^2(1)=5.51$; $p=0.019$), sugerindo que o G1 tende a empregar menos frequentemente estratégias de monitoramento para aprender melhor e a lembrar o conteúdo que a professora está dando.

Na questão 2 a pergunta feita foi: “Alguns alunos às vezes percebem que a matéria que a professora está dando é muito difícil e que eles não estão conseguindo entender nada. Isso acontece com você? (Sim ou Não). Você costuma perceber quando isso acontece? (Sim ou Não). Você tem alguma maneira que possa lhe ajudar a entender melhor essa matéria tão difícil? (Sim ou Não). O que é que você faz ?”

Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de crianças com e sem sintomas de depressão em relação à dificuldade para compreender um conteúdo difícil e quanto à percepção desta dificuldade. As categorias de estratégias encontradas podem ser observadas na Tabela 12.

Tabela 12 – Frequência e porcentagem de categorias encontradas na Questão 2

Categorias	Grupo 1		Grupo 2	
	frequência	%	frequência	%
Pedir Ajuda	17	62,96%	19	70,37%
Leitura e Escrita Mecânica	2	7,41%	4	14,81%
Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento	2	7,41%	3	11,11%
Estudar	2	7,41%	3	11,11%
Não Sei	1	3,70%	0	0%
Pesquisar	1	3,70%	0	0%
Reler Cuidadosamente	1	3,70%	0	0%

Constata-se, na Tabela 12, que surgiram 7 categorias: Pedir Ajuda, Leitura e Escrita Mecânica, Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento, Estudar, Não Sei, Pesquisar e Reler Cuidadosamente, sendo que a estratégia de Pedir Ajuda foi a mais freqüente entre os participantes dos dois grupos. Não foi encontrada diferença significativa entre os grupos no que concerne às estratégias cognitivas e metacognitivas e ao tipo específico de estratégia de aprendizagem (ensaio, elaboração, organização, regulação, monitoramento e planejamento).

A questão 3 foi: “Vamos imaginar que a sua professora lhe peça para escrever uma redação ou um texto sobre sua família, o que fez no final de semana ou as coisas que você gosta. A professora lhe avisa que a redação vai valer nota. Você tem alguma maneira ou método que possa lhe ajudar a planejar e a escrever melhor a sua redação? (Sim ou Não) O que é que você faz?”.

Quanto, a saber, se os alunos têm alguma maneira para planejar e a escrever melhor a sua redação, verificou-se ausência de diferença significativa entre G1 e G2, ou seja, os dois grupos disseram que costumam usar estratégias para fazer uma redação. As estratégias mencionadas estão na Tabela 13.

Tabela 13 – Frequência e porcentagem de categorias encontradas na Questão 3

Categorias	Grupo 1		Grupo 2	
	freqüência	%	freqüência	%
Organizar as Idéias Mentalmente	12	44,44%	14	51,85%
Preocupação com a Estética, Técnica e Gramática	3	11,11%;	3	11,11%;
Pedir Ajuda	3	11,11%;	1	3,70%
Associação com o Lúdico	0	0%	3	11,11%;
Não Sei	2	7,41%	1	3,70%
Pesquisar	2	7,41%	1	3,70%
Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento	0	0%	1	3,70%
Estudar	1	3,70%	0	0%
Leitura e Escrita Mecânica	1	3,70%	0	0%

Nota-se na Tabela 13 que surgiram 9 categorias de respostas: Organizar as Idéias Mentalmente, Preocupação com a Estética, Técnica e Gramática, Pedir Ajuda, Associação com o Lúdico, Não Sei, Pesquisar, Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento, Estudar e Leitura e Escrita Mecânica. Organizar as Idéias Mentalmente para escrever melhor a redação foi mais freqüente entre os participantes dos dois grupos.

Não foi encontrada diferença significativa entre os grupos para as estratégias cognitivas e metacognitivas e nem na análise mais específica no que concerne ao tipo de estratégia como ensaio, elaboração, organização, regulação, monitoramento e planejamento.

A questão 4 que avalia o dever de casa de matemática foi: “Vamos imaginar que a sua professora lhe passe um dever/tarefa/lição de casa de matemática, que você terá que

fazer sem ajuda dela. Você tem alguma maneira ou método que possa lhe ajudar a fazer esse dever de forma certa? (Sim ou Não) O que é que você faz?”

A prova do Qui-quadrado não revelou diferença significativa entre os grupos no que se refere às estratégias para fazer o dever de casa. As categorias obtidas podem ser observadas na Tabela 14.

Tabela 14 – Frequência e porcentagem de categorias encontradas na Questão 4

Categorias	Grupo 1		Grupo 2	
	frequência	%	frequência	%
Pedir Ajuda	10	37,04%	8	29,63%
Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento	1	3,70%	4	14,81%
Fazer Exercícios	2	7,41%	2	7,41%
Preocupação com a Estética, Técnica e Gramática	3	11,11%	1	3,70%
Conferir	0	0%	3	11,11%
Não Sei	0	0%	2	7,41%
Organizar as Idéias Mentalmente	1	3,70%	1	3,70%
Pesquisar	1	3,70%	1	3,70%
Corrigir	1	3,70%	1	3,70%
Elaborar	0	0%	1	3,70%
Expressão de Sentimentos	0	0%	1	3,70%
Leitura e Escrita Mecânica	1	3,70%	0	0%
Rerler Cuidadosamente	1	3,70%	0	0%

Constata-se que surgiram 13 categorias: Pedir Ajuda, Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento, Fazer Exercícios, Preocupação com a Estética, Técnica e Gramática, Conferir, Não Sei, Organizar as Idéias Mentalmente, Pesquisar, Corrigir, Elaborar, Expressão de Sentimentos, Leitura e Escrita Mecânica e Rerler Cuidadosamente.

Assim como na questão 2, Pedir Ajuda foi a estratégia mais freqüente entre os estudantes do G1 e G2.

No que se refere às estratégias cognitivas e metacognitivas não foi encontrada diferença significativa entre os grupos. No que concerne à análise mais específica dos tipos de estratégias de aprendizagem (ensaio, elaboração, organização, regulação, monitoramento e planejamento) o Teste Exato de Fischer revelou maior freqüência de uso da estratégia de monitoramento entre o grupo de participantes sem sintomas de depressão ($p=0,046$), indicando que o G2 tende a utilizar mais freqüentemente o monitoramento na realização do dever de casa de matemática.

A questão 5 referente à preparação para provas foi: “A maioria dos professores costumam dar provas/ testes/ avaliações que valem notas ou conceitos. As suas notas ou conceitos são usados para decidir se você vai ou não passar de ano. Você tem alguma maneira que possa lhe ajudar a se preparar por exemplo para a sua prova de Português? (Sim ou Não) O que é que você faz?”.

Diferenças significativas entre os dois grupos não foram vistas em relação ao uso de estratégias para a preparação para a prova. As categorias encontradas na questão 5 podem ser vistas na Tabela 15.

Tabela 15 – Frequência e porcentagem de categorias encontradas na Questão 5

Categorias	Grupo 1		Grupo 2	
	freqüência	%	freqüência	%
Estudar	17	62.96	19	70.37
Leitura e Escrita Mecânica	7	25.93	2	7.41
Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento	0	0	6	22.22
Expressão de Sentimento	4	14.81	2	7.41
Pedir Ajuda	2	7.41	1	3.70
Comportamento Inalterado	2	7.41	0	0
Pesquisar	2	7.41	0	0
Reler Cuidadosamente	0	0	1	3.70

Conforme aponta a Tabela 15, surgiram 8 categorias de respostas: Estudar, Leitura e Escrita Mecânica, Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento, Expressão de Sentimento, Pedir Ajuda, Comportamento Inalterado, Pesquisar e Reler Cuidadosamente. Os dados revelam que para se preparem para uma prova, os alunos dos dois grupos tendem meramente a Estudar.

No que concerne às estratégias cognitivas e metacognitivas, a Tabela 16 mostra que foram encontradas diferenças significativas entre os grupos com e sem sintomas de depressão, sugerindo maior freqüência de estratégias metacognitivas entre o G2, grupo sem sintomas de depressão.

Tabela 16 – Comparação entre os grupos no que se refere às estratégias cognitivas e metacognitivas na Questão 5.

	Estratégias Cognitivas		Estratégias Metacognitivas	
	G1	G2	G1	G2
Sim	7 25,93%	2 7,41%	2 7,41%	8 29,63%
Não	1 3,70%	8 29,63%	6 22,22%	2 7,41%
Não se Aplica	19 70,37%	17 62,96%	19 70,37%	17 62,96%
Significância	p=0,015 (a)		p=0,015 (a)	

Quanto à análise relativa ao tipo específico de estratégias de aprendizagem (ensaio, elaboração, organização, regulação, monitoramento e planejamento) o Teste Exato de Fisher revelou maior frequência de uso da estratégia de monitoramento entre o grupo de participantes sem sintomas de depressão ($p=0,023$), sugerindo que o G2 tende a empregar mais o monitoramento como o Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento durante a preparação para uma prova.

A questão 6 foi: “Às vezes você precisa decorar alguma informação para se sair bem na prova. Você tem alguma maneira que possa lhe ajudar a se lembrar melhor? (Sim ou Não) Conta para mim o que é que você faz?”. A prova do Qui-quadrado não revelou diferença significativa entre o G1 e G2 no que se refere ao uso de estratégia para decorar um conteúdo. As categorias de respostas dos participantes dos dois grupos podem ser visualizadas na Tabela 17.

Tabela 17 – Frequência e porcentagem de categorias encontradas na Questão 6

Categorias	Grupo 1		Grupo 2	
	frequência	%	frequência	%
Leitura e Escrita Mecânica	12	44,44%	19	70,37%
Estudar	3	11,11%	3	11,11%
Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento	2	7,41%	3	11,11%
Não Sei	2	7,41%	0	0%
Corrigir Quando Alguém Pedir	1	3,70%	0	0%
Rerler Cuidadosamente	1	3,70%	0	0%

Observa-se, na Tabela 17, que para a memorização de um conteúdo, as estratégias mencionadas foram: Leitura e Escrita Mecânica, Estudar, Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento, Não Sei, Corrigir Quando Alguém Pedir e Rerler Cuidadosamente. A Leitura e Escrita Mecânica foi a estratégia mais frequentemente relatada pelos participantes dos dois grupos. Não foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos no que se refere às estratégias cognitivas e metacognitivas e ao tipo específico de estratégias de aprendizagem (ensaio, elaboração, organização, regulação, monitoramento e planejamento).

Ainda relacionada à avaliação, a questão 7 foi apresentada da seguinte forma: “Quando você recebe uma nota de uma prova, o que você costuma fazer?”. As categorias estão na Tabela 18.

Tabela 18 – Frequência e porcentagem de categorias encontradas na Questão 7

Categorias	Grupo 1		Grupo 2	
	freqüência	%	freqüência	%
Comportamento Inalterado	8	29,63%	11	40,74%
Reler Cuidadosamente	6	22,22%	8	29,63%
Expressão de Sentimentos	6	22,22%	4	14,81%
Mostrar para Pessoas Significativas	7	25,93%	1	3,70%
Estudar	0	0%	2	7,41%
Corrigir	0	0%	1	3,70%

Nota-se na Tabela 18 que os alunos, quando recebem a nota de uma prova, costumam apresentar: Comportamento Inalterado, Reler Cuidadosamente, Expressão de Sentimentos, Mostrar para Pessoas Significativas, Estudar e Corrigir. Verifica-se que o Comportamento Inalterado foi a categoria mais freqüentemente relatada pelos participantes do G1 e G2.

Na questão 7, não foi encontrada diferença significativa entre os grupos no que se refere ao uso de estratégias cognitivas e metacognitivas e ao tipo específico de estratégias de aprendizagem (ensaio, elaboração, organização, regulação, monitoramento e planejamento), revelando que ambos os grupos possuem comportamentos semelhantes diante do recebimento de uma nota.

Na questão 8: “Você costuma fazer alguma coisa com as questões que você errou na prova? (Sim ou Não) O que é que você faz?”, o Teste do Qui-quadrado não revelou diferença significativa entre o grupo de depressivos e não depressivos, indicando que os

dois grupos fazem alguma coisa diante de erros obtidos em uma avaliação. As categorias que surgiram podem ser vistas na Tabela 19.

Tabela 19 – Frequência e porcentagem de categorias encontradas na Questão 8

Categorias	Grupo 1		Grupo 2	
	freqüência	%	freqüência	%
Corrigir	13	48,15%	12	44,44%
Estudar	2	7,41%	5	18,52%
Comportamento Inalterado	2	7,41%	0	0%
Pedir Ajuda	1	3,70%	1	3,70%
Corrigir Quando Alguém Pede	1	3,70%	0	0%
Expressão de Sentimentos	0	0%	1	3,70%
Leitura e Escrita Mecânica	0	0%	1	3,70%

Conforme aponta a Tabela 19, diante das questões incorretas de uma prova, os alunos costumam: Corrigir, Estudar, Comportamento Inalterado, Pedir Ajuda, Corrigir Quando Alguém Pede, Expressão de Sentimentos e Leitura e Escrita Mecânica. Observa-se que a maioria dos participantes dos dois grupos corrige as questões erradas da prova.

Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos quanto às estratégias cognitivas e metacognitivas e ao tipo específico de estratégias de aprendizagem (ensaio, elaboração, organização, regulação, monitoramento e planejamento).

Na questão 9 da entrevista de estratégia de aprendizagem, referente à avaliação da Motivação para fazer o dever de casa, a pergunta foi: “Muitas vezes os alunos não fazem seus deveres de casa porque tem uma porção de outras coisas que eles gostariam de fazer como jogar bola, assistir televisão, brincar com os amigos. Isso acontece com você? (Sim ou Não)”. Nessa questão, verificou-se diferença significativa entre G1 e G2, com maior

freqüência de não fazer o dever de casa entre os alunos com sintomatologia ($X^2(1)=8,88;p=0,003$).

Já a questão 10 foi: “Muitas vezes os alunos acham que aquilo que estão estudando é muito chato. Isso acontece com você? (Sim ou Não) Você tem alguma maneira de fazer aquela matéria, que está chata ficar mais agradável? (Sim ou Não) O que é que você faz?”. Contatou-se diferença estatisticamente significativa entre G1 e G2, sugerindo maior freqüência de considerar matéria chata entre os alunos com sintomatologia ($X^2(1)=7,67;p=0,006$). No entanto, não se verificou diferença entre os participantes dos dois grupos no que se refere à maneira de tornar o conteúdo mais agradável.

As categorias encontradas para a questão 10: “Você tem alguma maneira de fazer aquela matéria, que está chata ficar mais agradável?” podem ser vistas na Tabela 20.

Tabela 20 – Freqüência e porcentagem das categorias encontradas na Questão 10: Você tem alguma maneira de fazer aquela matéria, que está chata ficar mais agradável?

Categorias	Grupo 1		Grupo 2	
	Freqüência	%	Freqüência	%
Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento.	2	7.41	4	14.81
Não Sei	2	7.41	3	11.11
Associação com o Lúdico	2	7.41	2	7.41
Motivação Extrínseca	0	0	1	3.70
Comportamento Inalterado	0	0	1	3.70
Estudar	0	0	1	3.70
Fazer Exercícios	1	3.70	0	0
Motivação Intrínseca	1	3.70	1	3.70
Pedir Ajuda	1	3.70	0	0

Nota-se na Tabela 20 que foram encontradas para essa questão, 9 categorias: Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento, Não Sei, Associação com o Lúdico, Motivação Extrínseca, Comportamento Inalterado, Estudar, Fazer Exercícios, Motivação Intrínseca e Pedir Ajuda. Verifica-se que para tornar a matéria mais agradável, os alunos do G1 e G2 tendem a empregar mais o Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento. Também na questão 10 não foram observadas diferenças significativas entre os grupos no que concerne às estratégias cognitivas e metacognitivas e ao tipo específico de estratégias de aprendizagem (ensaio, elaboração, organização, regulação, monitoramento e planejamento).

A questão 11 e 12 investigam estratégias de organização do ambiente de estudo. A questão 11 foi: “Quando você está estudando ou fazendo dever de casa, você costuma ficar em qualquer lugar ou você faz alguma coisa para encontrar um lugar que seja melhor para você se concentrar e aprender? O que é que você faz?”. O teste Qui-quadrado não revelou diferença significativa entre os grupos, sugerindo que tanto os participantes do G1 como os do G2 procuram um lugar adequado para os estudos.

Complementando o item anterior, a pergunta 12 foi: “Esse lugar é escolhido por você por quê?”. As respostas dos estudantes do G1 e G2 podem ser observadas na Tabela 21.

Tabela 21 – Frequência e porcentagem das categorias encontradas na Questão 12: Esse lugar é escolhido por você por quê?”

Categorias	Grupo 1		Grupo 2	
	Frequência	%	Frequência	%
Evitar Distração	11	40,74%	10	37,04%
Condição Física e Social	7	25,93%	9	33,33%
Não Sei	2	7,41%	2	7,41%
Preocupação com a Estética, Técnica e Gramática	0	0%	2	7,41%
Presença de Distração	0	0%	1	3,70%

De acordo com a Tabela 21, as respostas dos participantes do G1 e G2 foram: Evitar Distração, Condição Física e Social, Não Sei, Preocupação com a Estética, Técnica e Gramática e Presença de Distração. Observa-se que os alunos dos dois grupos procuram um lugar para estudar, de forma a neutralizar a presença de outras pessoas e de ruídos. Assim como na questão 11, nessa pergunta também não houve diferença significativa entre os grupos quanto às estratégias cognitivas e metacognitivas e ao tipo específico de estratégias de aprendizagem (ensaio, elaboração, organização, regulação, monitoramento e planejamento).

As questões seguintes investigam o processo de auto-avaliação do estudante. A pergunta 13 foi: “Quando você acaba de fazer um dever de casa, você faz alguma coisa para ver se você completou o dever de maneira certa? (Sim ou Não) O que é que você faz?”. O teste Qui-quadrado não revelou diferença significativa entre os grupos, indicando que tanto o G1 como o G2 procuram fazer alguma coisa após ter terminado a lição de casa. As categorias encontradas para esta questão estão na Tabela 22.

Tabela 22 – Freqüência e porcentagem das categorias encontradas na Questão 13

Categorias	Grupo 1		Grupo 2	
	Freqüência	%	Freqüência	%
Reler Cuidadosamente	7	25,93%	12	44,44%
Mostrar Para Pessoas Significativas	5	18,52%	7	25,93%
Corrigir	6	22,22%	3	11,11%
Pedir Ajuda	2	7,41%	3	11,11%
Conferir	0	0%	2	7,41%
Não Sei	0	0%	1	3,70%
Pesquisar	1	3,70%	0	0%

Como aponta a Tabela 22, foram encontradas 7 categorias de respostas: Reler Cuidadosamente, Mostrar para Pessoas Significativas, Corrigir, Pedir Ajuda, Conferir, Não Sei e Pesquisar. Constata-se que a maioria dos participantes dos dois grupos costuma ler novamente a tarefa de casa a fim de verificar se está correta. Vale ressaltar que, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos no que se refere às estratégias cognitivas e metacognitivas e ao tipo específico de estratégias de aprendizagem (ensaio, elaboração, organização, regulação, monitoramento e planejamento).

No que concerne às estratégias de realização de prova, investigada no item 14, a questão foi: “Quando você está fazendo uma prova de português ou matemática, você faz alguma coisa para ter certeza de que suas respostas estejam corretas, antes de você entregar a prova para a professora? (Sim ou Não) O que é que você faz?”. Também nesta questão, o teste Qui-quadrado não revelou diferença significativa entre os grupos, mostrando que os participantes dos dois grupos tendem a fazer alguma coisa após o término da prova. As categorias para essa questão estão na Tabela 23.

Tabela 23 – Freqüência e porcentagem das categorias encontradas na Questão 14

Categorias	Grupo 1		Grupo 2	
	Freqüência	%	Freqüência	%
Reler Cuidadosamente	13	48,15%	15	55,55%
Corrigir	6	22,22%	6	22,22%
Pedir Ajuda	1	3,70%	2	7,41%
Leitura e Escrita Mecânica	1	3,70%	1	3,70%
Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento	0	0%	1	3,70%

Como mostra a Tabela 23, surgiram 5 categorias: Reler Cuidadosamente, Corrigir, Pedir Ajuda, Leitura e Escrita Mecânica e Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento. Assim como para a realização do dever de casa, nota-se que os estudantes de ambos os grupos, antes de entregarem a prova para o professor, também lêem novamente as questões para ter certeza se estão corretas. Nessa questão, não se observaram diferenças significativas entre os grupos no que se refere às estratégias cognitivas e metacognitivas e quanto ao tipo específico de estratégias de aprendizagem (ensaio, elaboração, organização, regulação, monitoramento e planejamento).

A questão 15 relacionada ao monitoramento da compreensão da leitura foi: “Alguns alunos, às vezes, percebem que não conseguem entender nada ou quase nada do que estão lendo. Isso acontece com você? (Sim ou Não) Você costuma perceber quando isso acontece?” (Sim ou Não). O Teste qui-quadrado não apresentou diferença significativa entre o G1 e G2, sugerindo que os participantes de ambos os grupos, às vezes, apresentam dificuldades na compreensão da leitura e normalmente, monitoram essa dificuldade.

Complementando o item anterior, a questão 16 foi: “O que você costuma fazer para lhe ajudar a entender melhor aquilo que você está lendo?”. As respostas encontram-se na Tabela 24.

Tabela 24 – Frequência e porcentagem das categorias encontradas na Questão 16

Categorias	Grupo 1		Grupo 2	
	Frequência	%	Frequência	%
Pedir Ajuda	14	51,85%	12	44,44%
Reler Cuidadosamente	8	29,63%	12	44,44%
Leitura e Escrita Mecânica	4	14,81%	3	11,11%
Não Sei	2	7,41%	0	0%
Comportamento Inalterado	0	0%	1	3,70%
Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento	0	0%	1	3,70%
Pesquisar	0	0%	1	3,70%

Observa-se na Tabela 24 que, após análise de conteúdo, 7 categorias foram encontradas: Pedir Ajuda, Reler Cuidadosamente, Leitura e Escrita Mecânica, Não Sei, Comportamento Inalterado, Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento e Pesquisar. Para compreender melhor a leitura, verifica-se que os participantes dos dois grupos relataram mais frequentemente a estratégia de Pedir Ajuda e Reler Cuidadosamente. No entanto, Pedir Ajuda foi mais relatada entre os participantes do G1 e Reler Cuidadosamente entre os do G2. Quanto ao uso de estratégias cognitivas e metacognitivas e ao tipo específico de estratégias de aprendizagem (ensaio, elaboração, organização, regulação, monitoramento e planejamento), não foram encontradas diferenças significativas entre o G1 e G2.

E finalmente na questão 17 a pergunta foi: “Alguns alunos, às vezes, percebem que quando a professora está falando, eles estão pensando em outra coisa e não sabem o que ela está falando. Isso acontece com você? (Sim ou Não) Você costuma perceber quando isso lhe acontece? (Sim ou Não) O que você costuma fazer para lhe ajudar a prestar mais atenção ao que a professora está falando?”. Pela análise do Teste Qui-Quadrado, verificou-se, na questão 17, diferença significativa entre os dois grupos ($X^2(1)=7,94;p=0,005$), indicando que os estudantes do grupo com sintomas depressivos tendem a pensar em outra coisa enquanto o professor está falando. Não houve diferença significativa entre G1 e G2 no que concerne à percepção da falta de atenção, sugerindo que os dois grupos costumam perceber quando estão desatentos.

As categorias de respostas encontradas na questão 17: “O que você costuma fazer para lhe ajudar a prestar mais atenção ao que a professora está falando?”, podem ser melhor visualizadas na Tabela 25.

Tabela 25 – Frequência e porcentagem das categorias encontradas na Questão 17: O que você costuma fazer para lhe ajudar a prestar mais atenção ao que a professora está falando?

Categorias	Grupo 1		Grupo 2	
	Frequência	%	Frequência	%
Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento	14	51.85	16	59.26
Concentrar na Figura e Postura do Professor	5	18.52	8	29.63
Não Sei	4	14.81	1	3.70
Comportamento Inalterado	3	11.11	0	0
Pedir Ajuda	0	0	2	7.41

A Tabela 25 aponta que para esta questão surgiram 5 categorias de respostas: Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento, Concentrar na Figura e Postura do Professor, Não Sei, Comportamento Inalterado e Pedir Ajuda. Dessa forma, para prestar mais atenção às aulas, os estudantes do G1 e G2 usam mais a estratégia de Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento.

Quanto à análise relativa às estratégias cognitivas e metacognitivas na questão 17, os dados podem ser vistos na Tabela 26.

Tabela 26 – Comparação entre os grupos no que se refere às estratégias cognitivas e metacognitivas na Questão 17: “O que você costuma fazer para lhe ajudar a prestar mais atenção ao que a professora está falando?”

	Estratégias Cognitivas		Estratégias Metacognitivas	
	G1	G2	G1	G2
Sim	0	0	19 76%	25 96,15%
Não	19 76%	25 96,15%	0	0
Não se Aplica	6 24%	1 3,85%	6 24%	1 3,85%
Significância	p=0,049 (a)		p=0,049 (a)	

(a) Teste Exato de Fisher

Constata-se, na Tabela 26 que 76% dos alunos do G1, com sintomas de depressão, e 96,15% dos estudantes do G2, sem sintomas depressivos, empregam estratégias metacognitivas. Os resultados mostraram diferença significativa entre os dois grupos, com maior frequência de estratégias metacognitivas como o Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento e Concentrar-se na Figura e Postura do Professor entre os participantes sem sintomas depressivos.

No que concerne à análise do tipo específico de estratégias de aprendizagem (ensaio, elaboração, organização, regulação, monitoramento e planejamento) constatou-se que não houve diferença significativa entre os grupos.

Em linhas gerais, observa-se pela análise dos dados que, os estudantes do G1 e G2 apresentam um bom repertório de estratégias de aprendizagem para as diferentes situações propostas na entrevista. Verifica-se, ainda, que na maioria das questões, as estratégias mais frequentemente relatadas pelos dois grupos foram semelhantes.

Em síntese, diferenças significativas entre os grupos de alunos com e sem sintomas de depressão foram encontradas em somente algumas questões da Entrevista de Estratégia de Aprendizagem. Mais precisamente, observou-se que, comparativamente ao G2, os participantes do G1, com sintomatologia depressiva, sentem-se mais desmotivados para fazer o dever de casa, consideram chata a matéria que estão estudando e tendem a pensar em outras coisas enquanto o professor está dando aula. Além disso, nota-se maior frequência de estratégias metacognitivas entre os estudantes sem sintomas de depressão. Dentre as estratégias metacognitivas citadas, o monitoramento foi a mais frequente entre o G2.

Estratégias de regulação emocional de crianças com e sem sintomas de depressão

Tal como para as estratégias de aprendizagem, as respostas dos estudantes às questões abertas da Entrevista de Regulação Emocional também foram submetidas à análise de conteúdo. Um sistema de categorização de respostas para cada questão do instrumento foi desenvolvido por Cruvinel e Boruchovitch (2008). As categorias encontradas e suas definições podem ser vistas mais detalhadamente no Anexo 11.

Em decorrência da análise de conteúdo, as questões do instrumento foram agrupadas em 5 itens para as emoções tristeza, raiva e medo, e 4 itens para alegria. Para tristeza, raiva e medo, os 5 itens foram: estratégias para melhorar tristeza, raiva e medo; motivos que levam a criança a não fazer nada para melhorar sua tristeza, raiva e medo; caráter prejudicial dessas emoções; estratégias para tristeza, raiva e medo não atrapalharem e, finalmente, motivos que geram essas emoções. Já para a alegria, os 4 itens encontrados foram: estratégias para manter-se alegre; motivos para ser uma pessoa alegre; motivos para não ser uma pessoa alegre e motivos que geram alegria.

Quanto, a saber, se as crianças do G1, com sintomas depressivos e G2, sem sintomas de depressão, costumam sentir tristeza, raiva, medo e alegria, as respostas de ambos os grupos podem ser vistas na Tabela 27.

Tabela 27 – Comparação entre os grupos no que concerne à frequência das emoções de tristeza, raiva, medo e alegria

	Você costuma se sentir triste.		Você costuma sentir raiva.		Você costuma sentir medo.		Você costuma se sentir alegre.	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Sim	11 (40,74%)	2 (7,41%)	8 (29,63%)	1 (3,70%)	12 (44,44%)	6 (22,22%)	18 (66,67%)	22 (81,48%)
Não	1 (3,70%)	9 (33,33%)	3 (11,11%)	8 (29,63%)	3 (11,11%)	7 (25,93%)	0	0
Às vezes	15 (55,56%)	16 (59,26%)	16 (59,26%)	18 (66,67%)	12 (44,44%)	14 (51,85%)	9 (33,33%)	5 (18,52%)
Significância	(X²(2)=12,66;p=0,002) (a)		p=0,020 (b)		(X²(2)=3,75;p=0,153) (a)		(X²(1)=1,54;p=0,214) (a)	

(a) – Teste Qui-quadrado (b) Teste Exato de Fisher

Nota-se na Tabela 27, que as emoções como tristeza, raiva e medo ocorrem com uma frequência maior entre as crianças do G1, grupo com sintomas de depressão. Enquanto que a alegria acontece mais frequentemente entre os participantes do G2. Mais precisamente, o Teste do Qui-quadrado mostrou diferença significativa entre os participantes do G1 e G2 na questão: “*Você costuma se sentir triste*” ($X^2(2)=12,66;p=0,002$). No que concerne à raiva, o Teste Exato de Fisher revelou diferença significativa entre os dois grupos para a questão “*Você costuma sentir raiva*” ($p=0,020$). Por outro lado, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos nas questões: “*Você costuma sentir medo*” e “*Você costuma se sentir alegre*”.

Quanto à questão da entrevista de regulação emocional que investiga a percepção das emoções, a comparação entre G1 e G2 pode ser vista na Tabela 28.

Tabela 28 - Comparação entre os grupos no que concerne à percepção das emoções de tristeza, raiva, medo e alegria

	Você costuma perceber quando se sente triste.		Você costuma perceber quando sente raiva.		Você costuma perceber quando sente medo.		Você costuma perceber quando se sente alegre.	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Sim	13 (50%)	23 (85,19%)	17 (62,96%)	18 (66,67%)	13 (48,15%)	23 (85,19%)	16 (59,26%)	26 (96,30%)
Não	6 (23,08%)	3 (11,11%)	7 (25,93%)	7 (25,93%)	10 (37,04%)	4 (14,81%)	5 (18,52%)	1 (3,70%)
Às vezes	7 (26,92%)	1 (3,70%)	3 (11,11%)	2 (7,41%)	4 (14,81%)	0	6 (22,22%)	0
Significância	p=0,012 (a)		p=1.000 (a)		p=0,007 (a)		p=0,003 (a)	

(a) – Teste Exato de Fisher

A Tabela 28 sugere uma menor percepção da tristeza, medo e alegria entre as crianças do grupo com sintomas de depressão. O Teste Exato de Fisher revelou diferença significativa entre os dois grupos nas questões relativas a percepção da tristeza, “*Você costuma perceber quando você se sente triste*” (p=0,012), do medo, “*Você costuma perceber quando você sente medo*” (p=0,007) e da alegria, “*Você costuma perceber quando você se sente alegre*” (p=0,003). Não foi encontrada diferença significativa entre os grupos no que concerne à percepção da raiva.

A Tabela 29 mostra a comparação entre os grupos quanto ao emprego de estratégias de regulação emocional para melhorar emoções de tristeza, raiva e medo e estratégias de manutenção da alegria.

Tabela 29 - Comparação entre os grupos no que concerne ao emprego de estratégias para melhorar a tristeza, raiva, medo e estratégias para manutenção da alegria

	Quando você se sente triste, você costuma fazer alguma coisa para melhorar sua tristeza.		Quando você sente raiva, você costuma fazer alguma coisa para melhorar sua raiva.		Quando você sente medo, você costuma fazer alguma coisa para melhorar seu medo.		Quando você está alegre, você consegue ficar alegre por bastante tempo.	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Sim	13 (48,15%)	22 (81,48%)	13 (48,15%)	21 (77,78%)	12 (44,44%)	18 (66,67%)	17 (62,96%)	22 (81,48%)
Não	10 (37,04%)	3 (11,11%)	12 (44,44%)	6 (22,22%)	13 (48,15%)	8 (29,63%)	7 (25,93%)	4 (14,81%)
Às vezes	4 (14,81%)	2 (7,41%)	2 (7,41%)	0	2 (7,41%)	1 (3,70%)	3 (11,11%)	1 (3,70%)
Significância	p=0,046 (a)		p=0,060 (a)		p=0,358 (a)		p=0,334 (a)	

(a) – Teste Exato de Fisher

Observa-se, na Tabela 29, que os participantes do G2, sem sintomatologia depressiva, tendem a relatar mais frequentemente estratégias para lidar com as emoções. No entanto, mediante o Teste Exato de Fisher observou-se diferença significativa entre os dois grupos apenas na questão: *Quando você se sente triste você costuma fazer alguma coisa para melhorar sua tristeza*” (p=0,046), sugerindo que as crianças do G1 mencionaram menor uso de estratégias para lidar com a tristeza. Para administrar a raiva e o medo e para a manutenção da alegria não foram observadas diferenças significativas.

As respostas dos participantes a respeito das estratégias para melhorar a tristeza, raiva e medo, bem como estratégias para manutenção da alegria podem ser visualizadas na Tabela 30.

Tabela 30 – Frequência e porcentagem das categorias de estratégias para melhorar a tristeza, raiva e medo, e estratégias para manutenção da alegria

	Grupo 1		Grupo 2	
	N	%	N	%
O que você costuma fazer para melhorar a tristeza.				
Atividades Prazerosas e Agradáveis	10	58,82%	19	79,17%
Controle Pensamento	4	23,53%	4	16,67%
Busca de Suporte Afetivo-social	4	23,53%	3	12,50%
Distração	0	0	5	20,83%
Controle do Comportamento e Emoção	1	5,88%	1	4,17%
Não Sabe	0	0	1	4,17%
O que você costuma fazer para melhorar a raiva.				
Atividades Prazerosas e Agradáveis	3	20%	10	47,62%
Controle do Comportamento e Emoção	6	40%	4	19,05%
Controle Pensamento	3	20%	5	23,81%
Distração	2	13,33%	2	9,52%
Resolução do Problema	1	6,67%	3	14,29%
Busca de Suporte Afetivo-social	1	6,67%	2	9,52%
Externalização da Raiva	2	13,33%	0	0
Não Sabe	1	6,67%	1	4,76%
O que você costuma fazer para melhorar o medo.				
Resolução do Problema	5	35,71%	7	36,84%
Controle Pensamento	4	28,57%	3	15,79%
Busca de Suporte Afetivo-social	2	14,29%	4	21,05%
Distração	2	14,29%	2	10,53%
Atividades Prazerosas e Agradáveis	2	14,29%	1	5,26%
Controle do Comportamento e Emoção	1	7,14%	2	10,53%
Não Sabe	0	0	1	5,26%
O que você costuma fazer para se manter alegre.				
Atividades Prazerosas e Agradáveis	15	75%	18	78,26%
Busca de Suporte Afetivo-social	2	10%	4	17,39%
Não Sei, Vago ou Distorcido	2	10%	2	8,70%
Comportamento Inalterado	3	15%	1	4,35%
Controle Pensamento	1	5%	2	8,70%
Ambiente Escolar	0	0	1	4,35%

Os resultados revelaram ausência de diferença significativa entre os grupos com e sem sintomas de depressão para as variáveis de regulação emocional, sugerindo que os grupos tendem a empregar estratégias de regulação emocional semelhantes. Mais precisamente, a Tabela 30 mostra que, para lidar com a tristeza, dentre as categorias encontradas, a realização de Atividades Prazerosas e Agradáveis foi a mais freqüente, em

ambos os grupos. O mesmo acontece em relação à manutenção da alegria, ou seja, tanto as crianças do G1 como os participantes do G2 costumam ter Atividades Prazerosas como uma forma de manter-se alegres. Para melhorar a raiva, observa-se na Tabela 30 que o G1 tende a usar estratégias mais relacionadas ao Controle do Comportamento e da Emoção, enquanto que o G2 realiza atividades agradáveis. Para diminuir o medo, a Resolução de Problema surge como uma estratégia mais freqüentemente mencionada pelos participantes de ambos os grupos.

Nota-se, na questão anterior, referente ao uso de estratégias para melhorar as emoções, que alguns participantes disseram que não costumam fazer nada para atenuar a tristeza, raiva e o medo. As categorias de respostas encontradas para a questão da entrevista: “*Porque você não faz nada para melhorar sua tristeza, raiva ou medo?*” podem ser vistas na Tabela 31.

Tabela 31 – Categorias encontradas para a questão: “Porque você não faz nada para melhorar sua tristeza, raiva ou medo?” em ambos os grupos

	Grupo 1		Grupo 2	
	N	%	N	%
Porque você não faz nada para melhorar sua tristeza.				
Sentimento de Impotência	5	50%	0	0
Não Sabe	4	40%	3	100%
Comportamento Inalterado	1	10%	0	0
Porque você não faz nada para melhorar sua raiva.				
Sentimento de Impotência	6	50%	2	33,33%
Não Sabe	5	41,67%	3	50%
Falta de Consciência	1	8,33%	0	0
Comportamento Inalterado	0	0	1	16,67%
Porque você não faz nada para melhorar o seu medo.				
Sentimento de Impotência	6	46,15%	3	37,50%
Não Sabe	3	23,08%	2	25%
Comportamento Inalterado	1	7,69%	3	37,50%

Observa-se na Tabela 31 que, normalmente os participantes do G1 não fazem nada para melhorar a tristeza, raiva ou medo devido ao Sentimento de Impotência, enquanto que os estudantes do G2 não fazem nada para melhorar a tristeza e a raiva porque não sabem o que fazer. Em relação ao medo, os alunos do G2 não fazem nada, pois, assim como os participantes do G1, sentem-se impotentes.

Quanto ao caráter prejudicial da tristeza, raiva e medo, a frequência de respostas dos participantes do G1 e G2 pode ser vistas na Tabela 32.

Tabela 32 - Comparação entre os grupos no que concerne à frequência de respostas para a questão que investiga o caráter prejudicial da tristeza, raiva e medo

	<i>Quando você está triste, você acha que sua tristeza lhe atrapalha em alguma coisa.</i>		<i>Quando você está com raiva, você acha que sua raiva lhe atrapalha em alguma coisa.</i>		<i>Quando você está com medo, você acha que seu medo lhe atrapalha em alguma coisa.</i>	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Sim	12 44,44%	13 48,15%	13 48,15%	21 77,78%	12 44,44%	10 37,04%
Não	11 40,74%	12 44,44%	12 44,44%	6 22,22%	13 48,15%	17 62,96%
Às vezes	4 14,81%	2 7,41%	2 7,41%	0	2 7,41%	0
Significância	p= 0,856 (a)		p= 0,060 (a)		p= 0,364 (a)	

(a) – Teste Exato de Fisher

Nota-se na Tabela 32, que existem poucas diferenças na frequência de respostas dos participantes de ambos os grupos. O Teste Exato de Fisher não encontrou diferença significativa entre os grupos para as questões relativas ao caráter prejudicial da tristeza, raiva e medo. Ainda em relação ao prejuízo causado pela tristeza, raiva e medo, as categorias encontradas podem ser observadas na Tabela 33.

Tabela 33 – Frequência e porcentagem das categorias para a questão: Em que você acha que a tristeza, raiva ou medo atrapalha.

	Grupo 1		Grupo 2	
	N	%	N	%
Em que você acha que sua tristeza lhe atrapalha.				
Pensamento Intrusivo	10	62,50%	3	20%
Ambiente Escolar	4	25%	6	40%
Atividades Diárias	3	18,75%	4	26,67%
Não Sabe	2	12,50%	2	13,33%
Sensações Negativas	1	6,25%	3	20%
Interações Sociais	1	6,25%	1	6,67%
Em que você acha que sua raiva lhe atrapalha.				
Atividades Diárias	4	26,67%	6	28,57%
Ambiente Escolar	4	26,67%	5	23,81%
Pensamento Intrusivo	4	26,67%	5	23,81%
Interação Social	2	13,33%	6	28,57%
Sensações Negativas	2	13,33%	4	19,05%
Não Sabe	0	0	1	4,76%
Em que você acha que seu medo lhe atrapalha.				
Atividades Diárias	5	35,71%	5	50%
Pensamento Intrusivo	4	28,57%	1	10%
Sensações Negativas	2	14,29%	3	30%
Ambiente Escolar	1	7,14%	1	10%
Não Sabe	0	0	2	20%
Interação Social	1	7,14%	0	0
Não Atrapalha	1	7,14%	0	0

Conforme aponta a Tabela 33, diante da questão: “*Em que você acha que a tristeza atrapalha*”, verificou-se que a maioria (62,50%) dos participantes do G1 acredita que se sentir triste atrapalha em ter Pensamentos Intrusivos, enquanto que 40% dos alunos do G2 disseram que se sentir triste atrapalha no Ambiente Escolar. Resultados diferentes foram vistos na questão: “*Em que você acha que a raiva atrapalha*”, na qual, 26,67% dos estudantes do G1 afirmaram que sentir raiva atrapalha nas Atividades Diárias, no Ambiente Escolar e nos Pensamentos Intrusivos. Já 28,57% dos participantes do G2 disseram que a raiva atrapalha nas Atividades Diárias e na Interação Social. Ainda de acordo com a Tabela 32, observa-se na questão: “*Em que você acha que o medo atrapalha*”, que as crianças de

ambos os grupos (G1= 35,71%; G2= 50%) concordam que sentir medo prejudica a realização das Atividades Diárias.

A frequência de respostas relacionadas às estratégias de regulação emocional usadas para atenuar o prejuízo da tristeza, raiva e medo pode ser visualizada na Tabela 34.

Tabela 34 - Comparação entre os grupos no que concerne à frequência de respostas para a questão: *Você acha que pode fazer alguma coisa para a tristeza, raiva ou medo não lhe atrapalhar*

	<i>Você acha que pode fazer alguma coisa para a tristeza não lhe atrapalhar.</i>		<i>Você acha que pode fazer alguma coisa para a raiva não lhe atrapalhar.</i>		<i>Você acha que pode fazer alguma coisa para o medo não lhe atrapalhar.</i>	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Sim	10 45,45%	13 50%	8 30,77%	11 45,83%	7 25,93%	13 52%
Não	11 50%	13 50%	18 69,23%	13 54,17%	20 74,07%	12 48%
Às vezes	1 4,55%	0	0	0	0	0
Significância	p=0,764 (b)		(X ² (1)=1,20;p=0,273) (a)		(X ² (1)=3,73;p=0,052) (a)	

(a) – Teste Qui-quadrado (b) Teste Exato de Fisher

Observa-se na Tabela 34 que não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos no que se refere às estratégias mencionadas para suavizar o prejuízo da tristeza, raiva e medo.

Os motivos que geram tristeza, raiva, medo e alegria nas crianças com sintomas depressivos e sem sintomatologia podem ser observados na Tabela 35.

Tabela 35 – Frequência e porcentagem das categorias para a questão: O que costuma deixar você triste, com raiva, com medo e alegre

O que costuma deixar você triste.	Grupo 1		Grupo 2	
	N	%	N	%
Agressão Física e Verbal	15	55,55%	16	59,26%
Acontecimentos Ruins	8	29,63%	4	14,81%
Falta de Suporte afetivo-social	8	29,63%	3	11,11%
Doença ou Morte	3	11,11%	6	22,22%
Não Sei	3	11,11%	2	7,40%
Proibição	0	0	5	18,52%
Ausência de Atividade Lúdica	3	11,11%	1	3,70%
Ambiente Escolar	2	7,41%	0	0
O que costuma deixar você com raiva	N	%	N	%
Agressão Física e Verbal	20	74,07%	15	55,55%
Frustração	5	18,52%	11	40,74%
Proibição	2	7,41%	6	22,22%
Não Sei	4	14,81%	2	7,41%
Outras	1	3,70%	1	3,70%
Pensamento Ruim	0	0	1	3,70%
O que costuma deixar você com medo	N	%	N	%
Condições Ambientais e Fenômenos da Natureza	10	37,04%	14	51,85%
Agressão Física e Verbal	11	40,74%	8	29,63%
Animais	4	14,81%	13	48,15%
Falta de Suporte afetivo-social	7	25,93%	3	11,11%
Figuras Mitológicas	6	22,22%	3	11,11%
Doença ou Morte	5	18,52%	2	7,41%
Ambiente Escolar	1	3,70%	1	3,70%
Não Sei	2	7,41%	0	0
Outras	1	3,70%	1	3,70%
Nada	0	0	1	3,70%
O que costuma deixar você alegre	N	%	N	%
Atividades Prazerosas e Agradáveis	19	70,37%	18	66,67%
Demonstração de Afeto de Terceiros	11	40,74%	11	40,74%
Ambiente Escolar	5	18,51%	2	7,41%
Qualidades Pessoais	2	7,41%	1	3,70%
Não Sabe	1	3,70%	0	0

Nota-se na Tabela 35 que a maioria dos participantes do G1 e G2 respondeu que o motivo que freqüentemente gera tristeza e raiva são situações relacionadas à Agressão Física ou Verbal. No que concerne ao medo, 40,74% dos alunos do G1 disseram ter medo de eventos que envolvem Agressão Física ou Verbal, enquanto que 51,85% das crianças do

G2 tem mais medo de Condições Ambientais e Fenômenos da Natureza como tempestade, escuro e barulhos. Grande parte das crianças do G1 e do G2 respondeu que se sentem alegres quando realizam Atividades Prazerosas e Agradáveis como brincar, passear, visitar parentes e assistir TV.

Ainda em relação à alegria, foi feita a questão: “*Você se considera uma pessoa alegre*”. Verificam-se, na Tabela 36, poucas diferenças na frequência de respostas entre os participantes dos dois grupos.

Tabela 36 - Comparação entre os grupos no que concerne à frequência de respostas para a questão: *Você se considera uma pessoa alegre*

<i>Você se considera uma pessoa alegre</i>		
	G1	G2
Sim	22 81,48%	27 100%
Não	5 18,52%	0
Significância	p=0,051 (a)	

(a) – Teste Exato de Fisher

As categorias de respostas obtidas nessa questão podem ser observadas na Tabela 37.

Tabela 37 - Categorias de respostas encontradas na questão: “Você se considera uma pessoa alegre”

	Grupo 1		Grupo 2	
	N	%	N	%
Sim, me considero uma pessoa alegre.				
Não Sabe	7	31,82%	8	29,63%
Afetividade e Apoio Social	4	18,18%	9	33,33%
Atividades Prazerosas e Agradáveis	4	18,18%	3	11,11%
Qualidade Pessoal	3	13,64%	9	33,33%
Sucesso Escolar	1	4,55%	0	0
Não, não me considero uma pessoa alegre.				
Acontecimentos Ruins	3	60%	0	0
Ambiente Escolar	1	20%	0	0
Emoção Negativa	1	20%	0	0

Observa-se na Tabela 37 que 31,82% dos participantes do G1 responderam que não sabem porque se consideram alegres e 33,33% dos alunos do G2 se sentem alegres, pois percebem que são amados pelas pessoas com as quais convivem e por apresentarem algumas características pessoais positivas. Verifica-se que os Acontecimentos Ruins foram mencionados somente pelos estudantes do G1 como sendo uma explicação para não ser alegre.

Em síntese, no que concerne à regulação emocional, no presente estudo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de alunos com e sem sintomas de depressão em apenas algumas questões da entrevista. Mais especificamente, verificou-se que os participantes do G1, com sintomas, sentem mais tristeza e raiva e apresentam menor percepção da tristeza, medo e alegria. Observou-se ainda que, ao contrário do G2, as crianças do G1 tendem a relatar menor uso de estratégias para melhorar a tristeza.

No capítulo seguinte, os resultados serão discutidos à luz da literatura da área.

Discussão

Esta pesquisa teve como objetivo investigar variáveis cognitivas e psicossociais de alunos de 3^a e 4^a séries do ensino fundamental, com e sem sintomas de depressão. Neste capítulo serão discutidos os principais resultados com base na literatura da área. Inicialmente, será realizada uma análise sobre a prevalência de sintomas de depressão entre os participantes, bem como, uma discussão a respeito das variáveis demográficas como gênero, série escolar, repetência e idade na amostra de 157 e na de 54 participantes. Em seguida, serão discutidos os dados referentes ao autoconceito e crenças de auto-eficácia, às estratégias de aprendizagem e às estratégias de regulação emocional, tendo como base a comparação entre os grupos com (G1) e sem (G2) sintomatologia depressiva.

Prevalência de Sintomas Depressivos e sua relação com variáveis demográficas.

A prevalência de sintomatologia depressiva foi investigada pelo Inventário de Depressão Infantil – CDI (Kovacs, 1992), no qual empregou-se o ponto de corte 17.

No presente estudo, verificou-se que 17% dos alunos de 3^a e 4^a série, do ensino fundamental, apresentaram uma pontuação, no CDI, superior ou igual a 17, sugerindo a presença de sintomas de depressão. Nota-se que a taxa de prevalência encontrada foi mais elevada que o índice de prevalência descrito no DSM-IV TRTM (2002) e por outros autores, que realizaram uma extensa revisão de literatura (Bahls, 2002a; Miller, 2003).

Miller (2003) constatou que entre os adolescentes, a prevalência de sintomas de depressão estava em torno de 8,5% e entre as crianças, 2,5%. Bahls (2002a) verificou que o índice de depressão entre as crianças varia de 0,4% a 3%, e entre os adolescentes varia de 3,3% a 12,4%. Golfeto e D'Oliveira (2004) encontraram uma prevalência de sintomatologia depressiva de 6,1% em uma amostra de 2.867 escolares de Ribeirão Preto.

O elevado índice de prevalência de sintomas depressivos em crianças e pré-adolescentes, com o passar do tempo, já tem sido discutido na literatura, refletindo também um aumento considerável dos estudos acerca do tema, principalmente, em nosso meio (Bahls, 2002a; Calderaro & Carvalho, 2005; Fonseca, Ferreira & Fonseca, 2005; Nakamura & Santos, 2007; Rocha *et. al.*, 2006; Soares, 2003). No entanto, a literatura nacional e internacional mostra que o número de crianças com sintomas depressivos é bastante variável. Poznanski e Mokros (1994) ressaltam que são inúmeros os fatores que contribuem para a variação nos índices de depressão infantil. Diferenças na população estudada, nos métodos de avaliação, no diagnóstico de depressão, e diferenças no ponto de corte dos instrumentos são variáveis que interferem nos resultados de prevalência. Baptista e Golfeto (2000) acrescentam ainda as diferenças regionais, econômicas e culturais na população brasileira enquanto fatores que podem contribuir para a diversidade dos resultados encontrados.

A taxa elevada de prevalência encontrada neste estudo conduz a questionamentos a respeito dos fatores que contribuem para o aumento de crianças com sintomatologia depressiva. Assim como aponta a literatura, é possível que uma diversidade de fatores emocionais, familiares, sociais e econômicos estejam atuando, em conjunto, nos dados de prevalência. Não há dúvidas de que o cotidiano da criança seja um fator determinante para sua qualidade de vida. Fazendo uma comparação com o passado, muitas diferenças,

atualmente, podem ser observadas no dia a dia das crianças e pré-adolescentes. Nota-se que, nas últimas décadas, mudanças sociais alteraram sobremaneira a estrutura da família, conseqüentemente, os hábitos cotidianos transformaram-se radicalmente, os ritmos e as rotinas das crianças também.

Pratta e Santos (2007) ressaltam que dentre os fatores que concorrem para essas mudanças no contexto familiar, estão a maior participação da mulher no mercado de trabalho, o aumento no número de separações e divórcios, a diminuição das famílias numerosas, bem como, a elevação do nível de vida da população, as transformações nos modos de vida e nos comportamentos das pessoas, as novas concepções em relação ao casamento e as alterações na dinâmica dos papéis parentais e de gênero. No que concerne às crianças, os autores acrescentam que, no início do século XX, os pais eram mais exigentes quanto às regras e tinham maior controle sobre seus filhos. As crianças contavam com mais espaços para suas brincadeiras, se estendendo para as ruas, praças e quintal e conviviam mais com primos e amigos (citando Cano, 1997). Pode-se pensar que tais modificações familiares e socioeconômicas sejam um dos aspectos que contribuem para a elevação nos índices de problemas emocionais infantis, especialmente, a depressão.

Conforme mencionado no início do capítulo, a comparação entre os grupos no que concerne às variáveis demográficas foi avaliada nas duas amostras. Na amostra de 157 alunos, houve diferença significativa no que se refere à presença de sintomas depressivos entre as idades e as séries, mas não houve quanto ao gênero e à repetência. Na menor, com 54 participantes, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos com e sem sintomas depressivos em relação à idade, série, gênero e repetência.

Um resultado que merece destaque e que se mostrou contraditório aos dados apresentados em estudos anteriores refere-se à relação entre sintomas de depressão e faixa

etária. Enquanto que a literatura revela que os sintomas de depressão se acentuam com a idade e que há um aumento na medida em que a faixa etária se aproxima da adolescência (Bahls, 2002a; Bandim *et. al.*, 1995; Baptista & Golfeto, 2000; Barbosa & Barbosa, 2001; DSM-IV TRTM, 2002; Harrington, 1993; Rocha *et. al.*, 2006; Tomé & Matos, 2006; Wathier, Dell'aglio & Bandeira, 2008; Santana, 2008), na presente investigação, verificou-se que a sintomatologia depressiva foi maior entre os alunos mais jovens e de 3ª série. Esses resultados podem indicar que, embora existam controvérsias nos estudos a respeito da depressão na infância, há indicações de que a prevalência de sintomas depressivos tem aumentado nos últimos anos e que a depressão tem ocorrido cada vez mais cedo na vida das crianças (Birmaher *et. al.*, 1996). No entanto, é importante lembrar que, na presente pesquisa, a idade média dos participantes foi 9.04, sendo que o valor mínimo foi 8.00 e o máximo 12.00. É possível que a ausência de diferenças significativas entre os grupos possa ser melhor explicada pela pouca variabilidade em relação à faixa etária.

Nota-se, neste estudo, que apesar das meninas e os alunos repetentes apresentarem uma pontuação maior no CDI, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre sintomas depressivos e gênero e repetência nas duas amostras. No que concerne ao gênero, a literatura aponta que, a partir da adolescência, as mulheres têm duas vezes mais depressão do que os homens (Baptista *et. al.*, 1999; White, 1989), de forma que a controvérsia entre a presença de sintomas depressivos nos meninos e meninas é mais evidente na infância e na pré-adolescência. Com relação à repetência, os resultados obtidos nesta pesquisa contrariam algumas investigações a respeito do tema, pois diversos autores constataram taxas maiores de prevalência de depressão entre os alunos com dificuldades de aprendizagem, sugerindo que a presença de sintomatologia depressiva

pode causar um prejuízo na vida escolar dos estudantes (Cruvinel, 2003; Dell'Aglio & Hutz 2004; Heath & Ross, 2000; Palladino *et. al.*, 2000; Pérez & Urquijo, 2001; Santana, 2008).

No que diz respeito à sintomatologia depressiva apresentada pela amostra, conclui-se que os sintomas foram semelhantes aos descritos entre os adolescentes e adultos. Os mais comuns estavam relacionados ao sentimento de culpa, dificuldade na tomada de decisões, preocupação, baixa auto-estima, alterações de sono e apetite, falta de energia ou cansaço, alteração na vida escolar, preocupação com dores e solidão. Resultados semelhantes foram vistos no estudo de Cruvinel e Boruchovitch (2006).

A seguir serão discutidos os resultados referentes à comparação dos grupos de crianças com e sem sintomas depressivos em relação ao autoconceito, a auto-eficácia, as estratégias de aprendizagem e as estratégias de regulação emocional.

Autoconceito e crença de auto-eficácia de crianças com e sem sintomas de depressão

Verificou-se no presente estudo que as crianças do G1, crianças com sintomas depressivos, apresentaram escores mais baixos tanto na Escala de Autoconceito quanto no Roteiro de Auto-eficácia, sugerindo que, comparativamente ao G2, os participantes do G1 parecem apresentar um prejuízo na maneira como se avaliam.

A relação entre autoconceito, crenças de auto-eficácia e problemas de comportamento tem sido investigada pela literatura. Percebe-se que aqueles que apresentam um autoconceito negativo tendem a ter mais problemas como depressão, suicídio, dificuldades alimentares, delinquência e uso de drogas (Harter, 1996; Gresham *et. al.*, 2000). Assim sendo, os resultados do presente estudo confirmam dados encontrados em pesquisas anteriores que descrevem que as crianças com sintomas de depressão fazem avaliações negativas de si mesmas e se percebem como menos eficazes que as crianças sem

sintomas depressivos (Asarnow & Bates, 1988; Asarnow, Carlson & Guthrie, 1987; Cole, 1990; Cole *et. al.*, 1998; Kaslow, Rehm & Siegel, 1984; Mccauley *et. al.*, 1988; Soares, 2003). Vale ressaltar que, a avaliação negativa e pouco realista de si mesmo é um dos sintomas descritos no DSM-IV TRTM (2002). De acordo com o manual é bastante freqüente o indivíduo fazer interpretações erradas diante de eventos do dia-a-dia. É importante dizer também que a investigação de McGrath e Repetti (2002) mostrou que mesmo uma sintomatologia leve pode impedir o desenvolvimento saudável do autoconceito entre as crianças.

Nota-se que a diferença entre G1 e G2 permanece significativa quando são investigados os escores de todos os seis domínios do autoconceito. Constatou-se que as crianças com altos escores no CDI se avaliavam mais negativamente nas áreas específicas do autoconceito relativas ao status Intelectual, Comportamental, Ansiedade, Aparência, Popularidade e Satisfação/ Felicidade. Observa-se, pois, que para os diferentes contextos, os participantes com sintomas depressivos, possuem uma percepção negativa de si mesmos.

É sabido que uma elevada crença de auto-eficácia e autoconceito positivo potencializam o desejo do indivíduo em busca do conhecimento, interferindo sobremaneira na sua relação com a aprendizagem. Estudiosos a respeito do assunto ressaltam que o autoconceito e crenças de auto-eficácia funcionam como agentes reguladores da motivação e do comportamento (Bandura 1992; González Cabanach & Valle Arias, 1998; Pajares 1996). Assim um estudante com autoconceito negativo e baixa crença de auto-eficácia, possivelmente, terá problemas na sua motivação, nas suas expectativas, bem como, na seleção das tarefas e nas interpretações que realiza diante de situações de fracasso e sucesso. As tarefas difíceis são vistas, por esses alunos, como ameaçadoras e há uma

tendência em se fixarem mais nas suas próprias dificuldades e obstáculos do que nas suas competências (Bandura, 1992).

Acredita-se que entre sintomatologia depressiva, crenças de auto-eficácia e autoconceito exista uma relação bidirecional. Por um lado, pode-se pensar que a presença de crenças de baixa auto-eficácia e autoconceito negativo possam desenvolver sintomas depressivos, e por outro lado, pode-se supor que crianças com sintomas de depressão apresentem também, como conseqüência da depressão, alterações nas suas autopercepções, dentre elas o autoconceito e auto-eficácia. Independente da possível relação causal existente entre depressão e autopercepções sabe-se que a forma como o indivíduo se auto-avalia representa um importante papel para o desenvolvimento e manutenção de sintomas de depressão. O modelo cognitivo da depressão reconhece que os pensamentos e crenças que o indivíduo possui diante de eventos influencia os processos afetivos, o que por sua vez, interfere no comportamento (Beck, 1997). Esse modelo teórico, detalhado no capítulo 2, defende a idéia de existência, no caso da depressão, da tríade cognitiva, que consiste na tendência da pessoa depressiva em ter uma visão negativa de si mesmo, do futuro e dos acontecimentos diários. É interessante notar que alguns estudiosos já constataram a tríade cognitiva em crianças brasileiras (Cruvinel, 2003; Curatolo, 2001).

Em síntese, o presente estudo mostra que as crianças com sintomas depressivos fazem autojulgamentos negativos, se percebem como menos competentes e capazes e se avaliam negativamente em diversas áreas de suas vidas. Pode-se supor que o autojulgamento negativo da criança com sintomas depressivos interfere, não só na sua relação com a aprendizagem, mas também no seu desenvolvimento de forma geral. E finalmente, conclui-se que os resultados relativos ao autoconceito e crenças de auto-eficácia

obtidos na presente investigação confirmam os dados apresentados na literatura internacional e nacional.

Estratégias de Aprendizagem de crianças com e sem sintomas de depressão

Conhecer as estratégias de aprendizagem empregadas por crianças com e sem sintomas depressivos foi um dos objetivos deste estudo. Verificou-se, a partir da análise dos resultados, ausência de diferença significativa entre o G1, com sintomas depressivos e G2, sem sintomas depressivos, na maioria das questões da Entrevista de Estratégia de Aprendizagem (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, e 16). Diferenças estatisticamente significativas foram obtidas somente nas questões 1, 4, 5, 9, 10 e 17. Mais especificamente, no que se refere ao uso de estratégias cognitivas e metacognitivas, observou-se no presente estudo, diferença significativa entre os grupos apenas nas questões 5 e 17. Quanto ao tipo específico de estratégia de aprendizagem empregado pelos participantes, foi interessante notar que houve diferença significativa entre os dois grupos apenas para a estratégia de monitoramento nas questões 1, 4 e 5 e ausência de diferença para as estratégias de ensaio, elaboração, organização, regulação e planejamento. A seguir serão comentadas todas as questões da entrevista. No entanto, serão discutidos, mais detalhadamente, somente os itens em que foram encontradas diferenças entre os grupos.

Constatou-se na questão 1 que investiga a aprendizagem em sala de aula, envolvendo especialmente a compreensão de conteúdo, que a maioria dos participantes do G1, com sintomas de depressão, costuma usar a estratégia de Leitura e Escrita Mecânica e o G2, a estratégia de Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento. Embora não tenha sido encontrada diferença significativa entre os grupos, verificou-se que os alunos do G1

relataram maior uso de estratégias cognitivas e o G2 de estratégias metacognitivas. Entre os participantes do G2 houve também maior frequência de estratégias de monitoramento.

É interessante notar, que a estratégia de Leitura e Escrita Mecânica, empregada pelos alunos do G1, é uma estratégia cognitiva, de ensaio, que consiste na ação de repetir uma informação, seja pela leitura ou pela escrita (Boruchovitch,1993). Sabe-se que a estratégia de ensaio é considerada pelos estudiosos da Teoria do Processamento da Informação como sendo um método pouco sofisticado e empregado mais frequentemente por alunos das séries iniciais. Já o Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento é uma estratégia metacognitiva, de monitoramento, que contribui para o processamento mais profundo da informação, uma vez que envolve o controle, planejamento e monitoramento do processo cognitivo (Dembo, 1994; Ribeiro, 2003). Pode-se supor que as crianças do G1 usam estratégias mais simples, como a estratégia de ensaio, enquanto que o G2 tende a empregar as estratégias mais complexas quando precisa aprender um conteúdo em sala de aula.

Ainda relacionada à aprendizagem em sala de aula, na questão 2, constatou-se que tanto o G1 como o G2 tende a empregar a estratégia de Pedir Ajuda, uma estratégia metacognitiva e de regulação, quando tem dificuldade para compreender o conteúdo que está sendo passado pelo professor. Dessa forma, os dois grupos parecem ser mais metacognitivos quando precisam compreender melhor uma matéria difícil.

Cabe destacar que Pedir Ajuda tem sido uma estratégia bastante empregada por estudantes brasileiros como uma maneira de administrar suas dificuldades. Boruchovitch (1999b) encontrou resultados semelhantes quando avaliou estratégias de aprendizagem usadas por estudantes do ensino fundamental na situação de aprendizagem em sala de aula.

De acordo com a autora, apesar de ser uma estratégia bastante mencionada pelos alunos, percebeu que muitos estudantes sentiam vergonha para solicitar ajuda.

No que diz respeito às estratégias relativas à elaboração de uma redação, avaliadas na questão 3, tanto o G1 como o G2 mencionou Organizar as Idéias Mentalmente, uma estratégia cognitiva, de organização. Assim sendo, os alunos dos dois grupos relataram uma estratégia cognitiva sofisticada como a organização para escrever melhor uma redação.

Na questão 4, que investiga as estratégias usadas pelos alunos para fazer o dever de casa de matemática, a estratégia de Pedir Ajuda surge novamente como a estratégia mais mencionada em ambos os grupos. Embora os dois grupos relatassem maior uso da estratégia de Pedir Ajuda, uma estratégia metacognitiva e de regulação, foi interessante notar que, mediante a análise mais detalhada das estratégias de aprendizagem, constatou-se diferenças significativas entre os grupos, indicando que dentre as estratégias metacognitivas, a mais relatada pelos participantes do G2 foi a estratégia de monitoramento.

A maneira como os alunos se preparam para provas foi investigada da questão 5 até o item 8. Dessa forma, na questão 5, para se preparar para uma prova, a maioria dos alunos do G1 mencionou a estratégia Estudar, seguida da Leitura e Escrita Mecânica e os alunos do G2, além de Estudar para se preparar para uma avaliação, usam a estratégia de Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento, sugerindo que o G2 apresenta maior frequência de relato de uso de estratégias metacognitivas e de estratégias de monitoramento durante a preparação para a prova. Assim como na primeira questão da entrevista, uma das estratégias mais empregadas pelos estudantes do G1, na pergunta 5, foi a estratégia de ensaio, reforçando a hipótese de que as crianças do G1 tendem a usar estratégias mais simples, enquanto que o G2 parece utilizar estratégias de aprendizagem mais complexas.

Esse dado foi semelhante ao encontrado por Cruvinel e Boruchovitch (2006). As autoras verificaram que as estratégias cognitivas mais complexas como elaboração e organização foram pouco relatadas pelas crianças com sintomas depressivos.

Ainda no que se refere à preparação para prova, o estudo de Santana (2008) apresentou resultados interessantes. Em sua pesquisa, foram entrevistados 455 adolescentes entre 11 a 18 anos, de uma escola pública do interior de São Paulo. Verificou-se que os estudantes com sintomatologia depressiva dedicavam uma menor quantidade de horas durante a preparação para uma prova, o que sem dúvida, influenciava negativamente o desempenho escolar dos mesmos.

É interessante destacar que os alunos com e sem sintomas depressivos descreveram comportamentos semelhantes frente às situações relacionadas à testes e avaliações, investigadas nas questões seguintes. Decorar uma informação, como uma forma de ir bem na prova foi o tema da questão 6. Para a retenção de um conteúdo, tanto os participantes do G1 como os do G2 relataram que usam mais frequentemente a estratégia de Leitura e Escrita Mecânica, indicando nos dois grupos uma maior orientação às estratégias de aprendizagem cognitivas quando precisam decorar um conteúdo.

Também relacionada às situações de testes, a questão 7 teve como objetivo avaliar o comportamento do aluno diante do recebimento da nota de uma prova. Os estudantes dos dois grupos parecem ter um Comportamento Inalterado diante desta situação, o que significa que esses estudantes apenas vêem a nota recebida. Os alunos do G1 costumam ainda reler cuidadosamente a prova, tendem a expressar sentimentos positivos ou negativos dependendo do resultado obtido no teste e costumam mostrar para pessoas significativas, especialmente para os pais. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos

no que diz respeito ao uso de estratégias cognitivas e metacognitivas e ao tipo específico de estratégias de aprendizagem.

A questão 8 procurava saber o que os participantes fazem com as questões incorretas da prova. Nota-se que os alunos dos dois grupos apresentam comportamentos semelhantes. A maioria dos estudantes de ambos os grupos relatou que corrige as questões erradas. Alguns estudantes do G2, sem sintomas de depressão, responderam que além de corrigir as respostas, costumam estudar essas questões.

Resultados interessantes foram encontrados nas questões 9 e 10, relacionadas à motivação para fazer o dever de casa. No item 9, os dados mostraram que os alunos com sintomas de depressão são mais desmotivados para fazer as tarefas escolares que as crianças sem sintomatologia. Frequentemente, os participantes do G1 preferem fazer outras coisas, relacionadas à diversão e brincadeiras do que suas tarefas da escola. Contrariamente ao encontrado no presente estudo, na investigação de Cruvinel e Boruchovitch (2006) as crianças com sintomas de depressão relataram estratégias adequadas de gerenciamento do tempo, como dividir bem as horas livres para ter tempo para estudar, brincar e fazer outras atividades. Já o estudo de Santana (2008) constatou que os alunos com sintomas depressivos passavam menos tempo se dedicando aos estudos fora do período escolar.

Ainda referente à motivação na escola, na questão 10, encontrou-se que, ao contrário do G2, normalmente, as crianças do G1 vêm a matéria que estão estudando como sendo muito chata. Os participantes dos dois grupos, diante de uma matéria considerada desinteressante adotam algumas estratégias de aprendizagem com o objetivo de tornar a matéria mais agradável para se estudar. Para deixar a matéria mais agradável, a maioria dos alunos costuma empregar o Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento, o que por sua vez, inclui condutas como manter a atenção focalizada e modificar o pensamento.

Nessa questão, os alunos dos dois grupos mostraram ser mais orientados às estratégias metacognitivas do que cognitivas.

A organização do ambiente de estudo foi abordada nas questões 11 e 12. Constatou-se, na questão 11, no que diz respeito à preferência do local de estudo, que tanto o G1 como o G2 tende a procurar um lugar adequado para os estudos. Na questão 12, o fator apontado como sendo o mais importante na estruturação do ambiente, em ambos os grupos, foi a tentativa de se evitar distração e a possibilidade de se escolher um local considerando suas condições físicas e sociais. Cabe destacar que evitar distração e condições físicas e sociais são estratégias metacognitivas, de regulação. De forma que tanto o G1 como o G2 tendem a usar estratégias metacognitivas diante da organização do ambiente de estudo. Dados semelhantes foram vistos em Cruvinel e Boruchovitch (2006) e Costa (2000).

As questões seguintes investigam a auto-avaliação do aluno. Na pergunta 13, a estratégia mais mencionada pelos participantes de ambos os grupos foi reler cuidadosamente a tarefa de casa a fim de verificar se está correta. A maioria dos alunos do G1 e G2 costuma empregar estratégias de aprendizagem metacognitivas para ver se completou o dever de casa corretamente.

Resultados semelhantes foram obtidos na questão 14 que tem como objetivo conhecer o que o aluno faz para ter certeza de que suas respostas, em uma situação de prova, estejam corretas. Os alunos de ambos os grupos mencionaram usar mais estratégias como Reler Cuidadosamente a prova e Corrigir, mostrando-se mais metacognitivos nesta situação.

No que concerne ao monitoramento da compreensão da leitura investigada na questão 15, também não foi encontrada diferença significativa entre os grupos, sugerindo

que os participantes às vezes, apresentam dificuldades para entender a leitura e normalmente, monitoram essa dificuldade.

A compreensão da leitura também foi abordada na questão 16. Frequentemente, as estratégias mais mencionadas, nessa situação, foram solicitar a ajuda de outra pessoa e reler cuidadosamente para entender melhor o texto. Os participantes dos dois grupos tendem a empregar mais estratégias metacognitivas do que cognitivas quando percebem que estão com dificuldade para entender o que estão lendo. Da mesma forma que no presente estudo, a investigação de Boruchovitch (2001b) apontou que os alunos do ensino fundamental buscavam o apoio social e a estratégia de reler diante de uma dificuldade de leitura.

Na questão 17, que avalia estratégias que ajudam a prestar mais atenção, observou-se que, ao contrário do G2, alunos sem sintomas de depressão, as crianças do G1, com sintomatologia depressiva apresentam mais dificuldade para manter a atenção focalizada durante as aulas. A maioria dos estudantes do G1 percebe que fica pensando em outra coisa enquanto a professora está dando aula. Embora os dois grupos relatassem que para prestar mais atenção no professor, costumam usar a estratégia de Controle da Atenção, Pensamento e Comportamento, os participantes do G2 tendem a ser mais metacognitivos nesta situação do que os do G1.

Antes de finalizar essa parte da discussão, alguns aspectos merecem ser destacados. Com relação à atenção, a literatura ressalta que os sintomas de depressão são variados e se classificam em sintomas afetivos, neurovegetativos, ideativos e cognitivos (Dalgalarondo, 2000). Dentre os sinais cognitivos, o DSM-IV TRTM (2002) descreve que durante um episódio de depressão pode ocorrer um prejuízo na capacidade de pensar, de concentrar-se ou tomar decisões, sendo, portanto, frequentes as queixas de distração ou de falta de

atenção, e concentração. Acrescenta que em crianças, a queda no rendimento escolar pode ser uma manifestação do problema de atenção. De uma maneira geral, os resultados do presente estudo parecem corroborar dados de investigações anteriores (Lauer *et. al.*, 1994; Palladino *et. al.*, 2000; Pekrun *et. al.*, 2002; Sommerhalder & Stela, 2001). Assim como neste estudo, Sommerhalder e Stela (2001) constataram que as funções cognitivas como atenção e concentração, na criança com depressão, encontram-se prejudicadas e essa alteração, poderia interferir na maneira como os estímulos são captados, comprometendo seu funcionamento cognitivo. Baptista *et. al.* (2006) demonstrou que, durante um teste de atenção, os adolescentes com sintomatologia depressiva cometiam mais erros ou omissões, quando comparados aos adolescentes sem sintomatologia. Seu estudo revelou que há uma relação entre depressão e atenção, tanto pela correlação significativa entre depressão e rebaixamento atencional, quanto pela diferença entre adolescentes com e sem sintomas depressivos no número de erros no teste de atenção. Para Pekrun *et. al.* (2002), as emoções como aborrecimento e desamparo podem provocar alterações fisiológicas e cognitivas, causando um prejuízo na atenção e um processamento superficial da informação. A presença de tais emoções no contexto escolar pode ainda interferir na performance do aluno, uma vez que influencia os processos motivacionais, o uso de estratégias de aprendizagem e rendimento acadêmico.

Com o objetivo de investigar a relação entre aspectos afetivos e cognitivos, Dell'Agli (2008) comparou crianças com e sem queixas de dificuldades de aprendizagem. Em linhas gerais, a autora observou que os participantes sem problemas escolares apresentam características afetivas positivas. Durante a realização de uma tarefa escolar, normalmente demonstram maior envolvimento, concentração e disponibilidade para atender às solicitações do professor. Parecem se esforçar no decorrer de toda a atividade,

pensam antes de responder, solicitam ajuda e conseguem manter a atenção focalizada no exercício proposto. De acordo com a autora, essas crianças tendem a compartilhar mais suas idéias com os amigos e professor e são mais tranqüilas e flexíveis, no sentido de aceitar a opinião de outras pessoas. As crianças desse grupo são também mais tolerantes à frustração, indicando que mesmo depois de terem cometido falhas durante a realização da tarefa, elas mantêm o mesmo envolvimento e motivação. Já as crianças com queixa têm um distanciamento em relação aos estudos, são negligentes e possuem um comportamento inalterado antes das provas. Dell’Agli (2008) conclui que a afetividade pode garantir o interesse e a motivação do aluno, bem como o esforço e o tempo destinado na realização da atividade.

Outro ponto que merece ser considerado, no presente estudo, é que tanto os estudantes do G1 quanto os do G2 empregam estratégias de aprendizagem, nas diversas situações avaliadas pela entrevista. Esses dados mostram que, talvez não existam muitas diferenças entre os grupos quanto ao repertório de estratégias de aprendizagem usadas pelos estudantes. Mais especificamente, sugerem que os dois grupos tendem a usar estratégias cognitivas e metacognitivas. Vale ressaltar que em algumas situações como preparação para prova (questão 5) e manutenção da atenção (questão 17), o G2 apresentou maior frequência de uso de estratégias metacognitivas.

Embora neste estudo tenha sido investigado apenas o relato de uso de estratégias e não o emprego efetivo delas, permanece a interrogação sobre a maneira como os alunos empregam as diferentes estratégias. Em um primeiro momento, parece adequado o uso das estratégias de aprendizagem para determinadas situações, mas acredita-se que estudos futuros, especialmente investigações envolvendo a observação em situações específicas de aprendizagem, sejam relevantes para o esclarecimento desse ponto.

O que implica em saber se determinada estratégia é adequada ou não para uma situação em particular é a metacognição. A importância da metacognição e da aprendizagem auto-regulada tem sido discutida por alguns estudiosos da Teoria do Processamento da Informação (Boruchovitch 1999a; Boruchovitch & Santos 2006; Palladino *et. al.*, 2000). Essas investigações mostram que os estudantes apresentam semelhanças e diferenças na forma como processam as informações advindas do meio ambiente e acrescentam que o processamento da informação pode ser influenciado por diversas variáveis internas e externas. É sabido que, de acordo com esta perspectiva teórica, o estudante possui um papel ativo na sua aprendizagem, de forma que um aluno é capaz de perceber, monitorar e controlar seus processos cognitivos e afetivos-motivacionais. Assim, ser metacognitivo é estar consciente de suas cognições e sentimentos, e ser capaz de perceber e monitorar sua motivação e suas emoções.

Foi interessante notar na presente investigação, que embora as crianças com sintomas de depressão também mencionassem o uso de estratégias metacognitivas, quando comparadas aos estudantes sem sintomatologia, pareciam ser menos metacognitivas. Considera-se assim, que o mais importante, em termos preventivos e de intervenção, seja o desenvolvimento de programas junto aos estudantes, que visem o aperfeiçoamento da metacognição e da aprendizagem auto-regulada. É primordial proporcionar aos estudantes, situações que favoreçam o conhecimento a respeito de seus próprios processos cognitivos, de suas habilidades, dificuldades, bem como situações em que seja possível melhorar os processos regulatórios, visando monitorar a motivação, o comportamento e os sentimentos.

Vale dizer que, pela metacognição é possível reconhecer, não só os processos cognitivos, mas também as diferentes emoções vivenciadas em tempo real, permitindo que sejam reconhecidas pelo indivíduo. Uma vez identificadas, torna-se possível lidar com

essas emoções, permitindo que o curso de uma determinada ação se modifique. Em seguida, serão discutidos aspectos relacionados à regulação das emoções entre as crianças com e sem sintomas de depressão.

Estratégias de Regulação Emocional de crianças com e sem sintomas de depressão

Um dos objetivos do presente estudo foi identificar e comparar as estratégias de regulação emocional de crianças com e sem sintomas depressivos. Diferenças estatisticamente significativas foram observadas entre os grupos, especialmente para algumas questões que avaliam tristeza, raiva, medo e alegria.

No que concerne à presença das emoções como tristeza, raiva, medo e alegria, investigada na questão “*Você costuma se sentir triste, com raiva, medo ou alegre*” verificou-se maior frequência de tristeza e raiva entre os alunos do G1, sugerindo que as crianças com sintomas depressivos parecem sentir mais frequentemente tristeza e raiva que os participantes sem sintomatologia depressiva. No que diz respeito ao medo e alegria, a análise dos dados não revelou diferença significativa entre os grupos.

Segundo Fu I, Curatolo e Friedrich (2000) a tristeza e irritabilidade normalmente são reações afetivas comuns e esperadas, mas os autores alertam que, dependendo da sua intensidade e frequência, essas emoções podem ser também sinais de quadros afetivos patológicos em crianças. Vale ressaltar que o DSM-IV TRTM (2002) descreve a alteração de humor como sendo o primeiro critério de diagnóstico para o Episódio Depressivo Maior. Entende-se aqui como alteração de humor, a tristeza e o sentimento de raiva e irritação. Em linhas gerais, de acordo com o DSM-IV TRTM (2002) a raiva e irritabilidade são especialmente comuns entre as crianças e adolescentes com depressão.

Na questão “*Você costuma perceber quando você se sente triste, com raiva, medo ou alegre*”, foi interessante notar que contrariamente ao G2, grupo de alunos sem sintomas depressivos, os participantes do G1, com sintomas de depressão, parecem ter mais dificuldades na percepção de suas emoções, especialmente a tristeza, medo e alegria. Ambos os grupos percebiam igualmente quando sentiam raiva. A dificuldade das crianças com sintomas depressivos em perceber a tristeza, medo e alegria pode ser melhor explicada pelo processo de auto-regulação afetiva. De acordo com a literatura, o primeiro passo para que a auto-regulação das emoções seja eficiente é a percepção e tomada de consciência de tais emoções (Boruchovitch, 2004). Se o indivíduo não nota seus sentimentos, não percebendo a existência das diferentes emoções, dificilmente terá alguma reação com o objetivo de neutralizá-las. Vale dizer ainda que, se o indivíduo não percebe seus sentimentos, as alterações fisiológicas peculiares a cada emoção, devem também passar despercebidas por ele. Pode-se supor então, que existe uma falha no processo de conscientização das crianças com sintomas de depressão diante de seu estado interno.

No presente estudo, a análise dos resultados mostrou diferença significativa entre os grupos com e sem sintomas depressivos na questão “*Quando você se sente triste você costuma fazer alguma coisa para melhorar sua tristeza*”, sugerindo maior frequência de uso de estratégias para melhorar a tristeza entre os participantes do G2. A mesma questão foi feita para avaliar a raiva, medo e manutenção da alegria, e para essas perguntas não foram observadas diferenças significativas na comparação entre os grupos.

Embora os estudantes do G2 relatassem mais estratégias para regulação da tristeza, constatou-se, na presente pesquisa, que os alunos de ambos os grupos, normalmente, usam estratégias de regulação emocional semelhantes para as emoções avaliadas. Nessa direção,

para melhorar a tristeza e manter-se alegres, verificou-se que a estratégia mais frequentemente mencionada pelos grupos foi a realização de atividades prazerosas e agradáveis, que incluem estratégias relacionadas à brincadeira, diversão e passeios. O controle do pensamento e busca de suporte afetivo-social também foram mencionados pelos participantes de ambos os grupos como uma maneira de lidar com a tristeza.

Para melhorar a raiva, os participantes do G1 usam mais estratégias de controle do comportamento e da emoção, enquanto que as crianças do G2 procuram realizar atividades agradáveis. Embora com uma frequência menor, as atividades prazerosas também foram mencionadas pelos alunos do G1. Outras estratégias como controle do pensamento, distração e externalização da raiva foram citadas pelo G1 e controle do pensamento, controle do comportamento e da emoção e resolução do problema foram comuns entre o G2. Já para lidar com o medo, a estratégia mais relatada pelos dois grupos foi a estratégia de resolução de problema. Esses resultados corroboram os dados apresentados pela literatura (Dias, Vikan & Gravas, 2000; Oliveira, Dias & Roazzi, 2003; Vikan & Dias 1996).

Assim como na presente investigação, Vikan e Dias (1996) concluíram que existe uma tendência entre as crianças brasileiras em usarem mais estratégias de regulação emocional que envolvem brincadeiras e interação social e a empregarem menos estratégias cognitivas para administrar emoções como tristeza, raiva, ansiedade, medo e felicidade. Neste estudo, a estratégia controle do pensamento, uma técnica cognitiva, também foi mencionada por alguns participantes, porém em uma porcentagem menor que a estratégia de atividades prazerosas. Dito de outra forma, parece que as crianças deste estudo relataram maior uso de estratégias que alteram o comportamento do que estratégias cognitivas, de mudança de pensamento, para lidar com suas emoções. No entanto, é importante ressaltar

que estratégias comportamentais como diversão e atividades prazerosas estão mais relacionadas a uma conduta de evitação e negação do problema do que, de fato, um comportamento de enfrentamento diante da situação-problema. É necessário saber até que ponto as estratégias comportamentais são respostas adequadas para se administrar os conflitos do dia-a-dia. Essa consideração merece ser investigada em futuros estudos que visem conhecer se as crianças brasileiras têm uma tendência em usar mais estratégias de fuga e de evitação do que estratégias de enfrentamento.

Embora tenha sido relatada uma série de estratégias de regulação emocional, alguns participantes, de ambos os grupos, mencionaram o comportamento de não fazer nada diante da tristeza, raiva e medo. Entre as categorias encontradas na questão “*Porque você não faz nada para melhorar sua tristeza, raiva ou medo?*”, verificou-se que a maioria dos participantes do G1 sente-se impotente diante da tristeza, raiva ou medo. Os estudantes do G2 não fazem nada para melhorar a tristeza e a raiva porque não sabem o que fazer.

Com relação ao caráter prejudicial da tristeza, raiva e medo investigado pela questão “*Quando você está triste (com raiva ou medo), você acha que a tristeza (raiva ou medo) lhe atrapalha em alguma coisa?*” observou-se, nessas questões, ausência de diferença estatisticamente significativa entre G1 e G2. Os participantes do G1, com sintomatologia, acreditam que a tristeza atrapalha em ter pensamentos intrusivos, sentir raiva atrapalha nas atividades diárias, no ambiente escolar e nos pensamentos intrusivos. Os estudantes do G2, sem sintomas depressivos, relataram que a tristeza atrapalha no ambiente escolar e a raiva prejudica as atividades diárias e interação social. Os alunos dos dois grupos concordam que a raiva prejudica a realização das atividades diárias.

É interessante notar que, as crianças do G1, com sintomas de depressão, mencionaram que a tristeza e a raiva atrapalham em ter pensamentos intrusivos, indicando que esses participantes não conseguem parar de pensar no motivo que causou a emoção ruim, ficando com uma idéia fixa. Na verdade, tal conduta caracteriza a ruminação, que de acordo com Burwell e Shirk (2007) e Beck (1997) contribui fortemente para o desenvolvimento e manutenção da sintomatologia depressiva. Vale ressaltar que o DSM-IV TRTM (2002) menciona a ruminação como sendo um dos sintomas de um episódio de depressão.

Uma consideração importante que pode ser tecida no presente estudo está relacionada aos motivos que geram tristeza, raiva, medo e alegria investigado na questão “*O que costuma deixar você triste (com raiva, com medo e alegre)*”. Constatou-se que comportamentos de agressão física ou verbal são as causas mais comuns da tristeza e da raiva em ambos os grupos. Os motivos que levam ao medo são diferentes entre o G1 e G2. Assim sendo, os estudantes do G1 sentem medo diante de situações de agressão física ou verbal e os do G2 têm mais medo de acontecimentos ambientais e fenômenos da natureza como tempestade, escuro e barulhos. Ambos os grupos relataram que se sentem alegres quando realizam atividades prazerosas e agradáveis como brincar, passear, visitar parentes e ver TV. Observa-se que o fato de sentir tristeza, raiva e medo em situações de agressão parece ser bastante presente entre as crianças do G1. Esse dado sugere que, possivelmente, a população do presente estudo vivencie situações relacionadas à coersão. Pesquisas apontam que a prevalência de depressão torna-se mais acentuada quando a criança sofre algum tipo de violência familiar (Oshiro, 1997). No entanto, ainda são necessárias futuras

pesquisas a respeito do tema, tendo em vista a escassez de estudos que investigam a relação entre depressão e eventos agressivos.

Em síntese, constatou-se que os participantes do G1 e G2 apresentam um bom repertório de estratégias de regulação emocional e parecem lidar com as emoções de maneira bem semelhante. No que concerne às diferenças entre os grupos, foi interessante verificar que os alunos do G1 sentem com maior frequência a tristeza e a raiva e percebem menos a tristeza, o medo e a alegria. Observou-se ainda que os alunos do G2 relataram maior frequência de uso de estratégias para melhorar a tristeza.

Considerações Finais

Em linhas gerais, conclui-se, a partir da análise dos dados, que apenas parte da hipótese levantada neste estudo, pode ser confirmada. A presente investigação apontou diferenças importantes entre o G1, crianças com sintomas de depressão e G2, crianças sem sintomas depressivos. Estas recaem, especialmente, nas autopercepções, no relato de uso de estratégias cognitivas e metacognitivas e na maneira como lidam com suas emoções. Resumidamente, no que concerne às autopercepções e contrariamente ao G2, observou-se que as crianças do G1 apresentam autoconceito mais negativo e baixa crença de auto-eficácia. No que se refere às estratégias de aprendizagem, verificou-se que ambos os grupos mencionaram usar estratégias de aprendizagem cognitivas e metacognitivas, no entanto, os estudantes do G1, com sintomas depressivos, relataram menor uso de estratégias metacognitivas em algumas situações e parecem ter mais dificuldades de manter a atenção e concentração e de se automotivarem. Quanto às estratégias de regulação emocional, as dificuldades do G1 estão mais relacionadas à frequência da tristeza e raiva e à percepção de

emoções como tristeza, medo e alegria. Constatou-se que os alunos dos dois grupos empregam estratégias semelhantes para lidar com as diferentes emoções.

Nessa direção, acredita-se que o fato das crianças com sintomas depressivos apresentarem autoconceito negativo, baixa crença de auto-eficácia, dificuldades na atenção e motivação e ainda maior dificuldade na percepção de algumas emoções possa potencializar os riscos para a depressão, bem como contribuir para a manutenção do problema.

Sem a intenção de discutir a questão de causalidade entre os fenômenos aqui estudados, sabe-se que crenças de auto-eficácia robustas acarretam em um elevado nível de motivação que, por sua vez, se traduz em maior esforço e persistência em uma situação específica de aprendizagem (Bandura, 1992). O mesmo pode-se dizer em relação ao autoconceito. Acredita-se que um autoconceito positivo possa contribuir para um melhor envolvimento do indivíduo com a aprendizagem e com as atividades diárias. As pessoas têm crenças e pensamentos sobre si mesmas e a partir disso, planejam suas ações e conduzem seus comportamentos, influenciando sobremaneira em sua vida. O indivíduo que se avalia negativamente e não confia em sua competência apresentará prejuízos na sua motivação e na atenção destinada às tarefas e possivelmente na sua aprendizagem. Conseqüentemente, esse aluno poderá vivenciar inúmeros fracassos no contexto acadêmico. Dependendo da maneira como administra as situações de fracasso, o aluno terá chances de desenvolver ou não sintomas depressivos. Resumidamente, pode-se supor que, no presente estudo, os estudantes com sintomas de depressão vivenciem um processo que envolve uma auto-avaliação negativa, influenciando os aspectos motivacionais, afetivos e emocionais.

Tanto na literatura internacional como na nacional, o paralelismo entre os aspectos afetivos e cognitivos tem sido investigado por diversos autores (Cruvinel, 2003; Cruvinel e Boruchovitch, 2004; Dell’Agli, 2008; Martinelli, 2001; Medeiros *et al.*, 2000; Palladino *et al.*, 2000; Pekrun *et al.*, 2002; Sideridis, 2005, entre outros). Em termos gerais, esses estudos apontam que a afetividade permeia a realização de qualquer atividade escolar e podem acelerar ou retardar o desenvolvimento de novas habilidades cognitivas.

Dessa forma, em termos de implicações educacionais, os resultados apresentados neste estudo confirmam a importância da promoção do desenvolvimento metacognitivo e da auto-regulação da aprendizagem, desde as séries iniciais. Acredita-se que a auto-regulação que consiste na capacidade do aluno em se conscientizar, de monitorar e controlar seu pensamento e manter um estado afetivo e motivacional que seja favorável à aprendizagem devesse ser um ponto a ser destacado nos programas de prevenção e de intervenção. Possivelmente a implementação de intervenções voltadas para o desenvolvimento da auto-regulação e capacidade metacognitiva, poderia tornar os estudantes mais eficientes no controle do comportamento e na alteração de uma conduta disfuncional. De acordo com Boruchovitch (2004) a auto-regulação cognitiva é essencial no ensino fundamental e acrescenta que crianças nessa faixa etária são capazes de começar a ter consciência de seus próprios processos internos e de controlá-los. Podem ainda estabelecer metas, escolher a melhor estratégia, monitorar sua eficácia e se necessário, repensá-las. Alunos do ensino fundamental conseguem também manter a atenção focalizada na tarefa, e controlar a motivação até que a meta seja atingida.

Existem poucos estudos orientados à aplicação de intervenção em estratégias de aprendizagem conduzidos com estudantes brasileiros (Gomes, 2008; Rios, 2005). Rios

(2005) realizou um programa de intervenção em estratégias de aprendizagem em escrita, com alunos de 6^a. série, de Goiás. Após a intervenção, os resultados revelaram mudanças positivas no comportamento entre os grupos controle e experimental, especialmente no que se refere à ampliação do repertório de estratégias e ao relato de uso de estratégias como pensar, planejar, escrever, escrever mais, revisar e reescrever. Com o objetivo de promover a auto-regulação em leitura, Gomes (2008) delineou uma intervenção, com alunos do ensino fundamental de Jundiaí. Assim como na investigação de Rios (2005), a autora constatou que, com a intervenção, os estudantes tiveram progresso na habilidade de compreensão da leitura e aumentaram o repertório de estratégias de aprendizagem cognitivas e metacognitivas.

No que concerne à regulação emocional, vale ressaltar que, apesar da maioria dos alunos relatar o uso de estratégias para lidar com as emoções, alguns participantes, de ambos os grupos, diante de emoções que, provavelmente, os incomodem, não fazem nada para se sentir melhor. A inação ocorre ou por não saberem o que fazer ou por se sentirem incapazes ou incompetentes para alterar determinada emoção. Esse resultado sugere a necessidade de se também criarem programas de prevenção e de intervenção, com o objetivo de promover a conscientização das diferentes emoções e o desenvolvimento de estratégias de regulação afetiva, bem como contribuir para elevar o sentimento de competência dessas crianças para lidarem com seus sentimentos. A realização desses programas torna-se ainda mais essencial, na medida em que não há dúvida de que a capacidade do indivíduo em regular suas emoções está inteiramente relacionada ao seu ajustamento psicológico.

Embora o presente estudo tenha contribuído para a compreensão de aspectos relacionados à depressão infantil, cabe destacar que, são reconhecidas algumas de suas limitações, especialmente quanto às características da amostra e aos instrumentos empregados. É necessário ter cautela na análise e na conclusão dos resultados apresentados, já que se trata de uma amostra reduzida, de uma única escola e com pouca variabilidade em relação às séries e às idades. Futuras pesquisas, com populações de outras realidades socioeconômicas e culturais devem ser conduzidas.

Sugere-se ainda, que sejam também realizadas novas investigações direcionadas ao refinamento dos instrumentos de medida aqui utilizados. Vale ressaltar que a Entrevista e Pranchas para Avaliação da Regulação Emocional de Alunos do Ensino Fundamental – ERE representam, no presente estudo, uma primeira tentativa de se medir estratégias de regulação emocional entre estudantes brasileiros do ensino fundamental e, portanto, considera-se que novas pesquisas envolvendo o uso da entrevista para diagnóstico e intervenção em regulação emocional sejam úteis para o aperfeiçoamento e a análise das propriedades psicométricas do instrumento. No entanto, do ponto de vista da Psicologia Cognitiva, as análises realizadas nesta pesquisa parecem indicar que o instrumento foi capaz de mapear as diferentes dimensões da auto-regulação emocional, como a percepção das emoções investigadas, o monitoramento e o emprego de estratégias de regulação.

Com relação ao CDI, é importante lembrar que a população do G1, com sintomas, obteve no inventário uma pontuação que variou de 17 a 30 e o G2, crianças sem sintomatologia apresentou um escore que variou de 0 a 6 pontos. Como pode ser constatado neste estudo, não foram encontradas crianças que tivessem uma pontuação maior que 30 no CDI. Conseqüentemente, o que se pode dizer é que a amostra do G1 apresentava

sintomatologia depressiva leve. Possivelmente, os resultados teriam sido diferentes, na comparação entre os dois grupos, se os participantes do G1 tivessem obtido escores mais elevados no CDI. Ressalta-se que estudos futuros sejam conduzidos, especialmente com crianças que apresentem uma pontuação mais elevada no CDI.

Nos últimos anos, os estudos a respeito da depressão na infância e adolescência têm merecido destaque, principalmente aqueles relacionados à identificação do problema. No entanto, verifica-se que ainda são poucas as pesquisas que envolvem a aplicação de estratégias de intervenção e ações preventivas (Benetti *et. al.*, 2007). Diante disso, conclui-se pela necessidade de que sejam realizados novos estudos orientados à prevenção e intervenção em depressão na infância e adolescência. Acresce-se que tais projetos devam vir acompanhados de orientação para os pais, professores e educadores, cuja participação poderia reduzir os eventos estressores na escola e na família, atuando como medidas preventivas para saúde mental das crianças.

REFERÊNCIAS

- Ajuriaguerra, J. (1976). *Manual de Psiquiatria Infantil*. 2. ed., Rio de Janeiro: Masson do Brasil.
- Almeida, L.S. (2002). Facilitar a aprendizagem: ajudar os alunos a aprender e a pensar. *Psicologia Escolar e Educacional*, 6(2), 155-165.
- Amaral, V.L.A.R., & Barbosa, M.K. (1990). Crianças vítimas de queimaduras: um estudo sobre a depressão. *Estudos de Psicologia*, 7, 31-59.
- Ambrosini, P.J. (2000). Historical development and present status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS). *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 39(1), 49-58.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de diagnóstico e estatística dos distúrbios mentais*. DSM-IV-TRTM, Trad. Claudia Dornelles. Porto Alegre: Editora Artes Médicas
- Andriola, W.B. & Cavalcante, L.R. (1999). Avaliação da depressão infantil em alunos da pré escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, 12 (2), 419-428.
- Arándiga, A.V. & Tortosa, C.V. (2004). *Inteligência Emocional: Aplicaciones educativas*, Editorial Eos, Madrid.
- Asarnow, J.R. & Bates, S. (1988). Depression in Child Psychiatric Inpatients: Cognitive and attributional patterns, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16(6), 601-615.
- Asarnow, J. R., Carlson, G. A., & Guthrie, D. (1987). Coping strategies, self-perceptions, hopelessness, and perceived family environment in depressed and suicidal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 361-366.
- Bahls, C.S. (2002a). Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, 24 (2), 63-67.
- Bahls, C.S. (2002b). Aspectos Clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, 78 (5), 359-366.
- Bardin, L. (1991). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Bandim, J.M, Sougey, E.B., & Carvalho, T.F.R. (1995). Depressão em crianças: características demográficas e sintomatologia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, 44 (1), 27-32.
- Bandim, J.M, Roazzi, A., Sougey, E. B., & Carvalho, T.F.R. (1998). Habilidade mnemônica em crianças com sintomas depressivos: um estudo exploratório. *Revista de Neuropsiquiatria na infância e adolescência*, São Paulo, 6 (3), 119 – 123.

Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. Em: Schwarzer, R., *Self-efficacy Thought Control of Action*, Freie Universitat Berlin, Taylor & Francis, pp. 3 – 38.

Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28 (2), 117-148.

Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C., & Caprara, G. V. (1999). Self-Efficacy Pathways to Childhood Depression, *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 258–269.

Baptista, M. N. (1997). *Depressão e suporte familiar: perspectivas de adolescentes e suas mães*. Dissertação de mestrado, Puc, Campinas, SP.

Baptista, M. N., Baptista, A. S. D. & Oliveira, M. G. (1999). Depressão e Gênero: por que as mulheres deprimem mais do que os homens?. *Temas de Psicologia*, São Paulo, 7 (2), 143-156.

Baptista, C. A. & Golfeto, J.H. (2000). Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, 27 (5), 253-255.

Baptista, M. N., De Lima, R. F., Capovilla, A. G. S. & Melo, L.L. (2006). Sintomatologia depressiva, atenção sustentada e desempenho escolar em estudantes do ensino médio. *Psicologia Escolar e Educacional*, 10(1), 99-108.

Barbosa, G.A. & Barbosa, A A. (2001). *Apontamentos em Psicopatologia infantil*. João Pessoa: Idéia.

Barbosa, G. A. & Lucena, A. (1995). Depressão infantil. *Revista de Neuropsiquiatria na infância e adolescência*. São Paulo, 3 (2), 23-30.

Barros, A. P. R., Coutinho, M. P. L., Araújo, L. F. & Castanha, A. R. (2006). As Representações Sociais da Depressão em Adolescentes no Contexto do Ensino Médio. *Estudos de Psicologia*, Campinas-SP, 23 (1), 19-28.

Beck, A T., Rush A. J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da depressão*. Tradução: Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas. (original de 1979).

Beck, A.T. & Steer, R.A., (1987). *Beck Depression Inventory - Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.

Benetti, S. P. C., Ramires, V.R.R., Schneider, A.C., Rodrigues, A.P.G. & Tremarin, D. (2007). Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(6), 1273-1282.

Berelson, B. (1952). *Content analysis in communications researches*. Glencoe: Free Press.

Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., Brent, D.A., Kaufman, J., & Dahl, R.E. (1996). Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1427-39.

- Birleson, P. (1981). The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: A research project. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 73-88.
- Borges, A. I., Manso, D. S., Tomé, G. & Matos, M.G. (2006). Depressão e coping em crianças e adolescentes portugueses. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(2), 73-84.
- Boruchovitch, E. (1993). A psicologia cognitiva e a metacognição: Novas perspectivas para o fracasso escolar brasileiro. *Tecnologia Educacional*, 22, 110-111.
- Boruchovitch, E. (1994). As variáveis psicológicas e o processo de aprendizagem: uma contribuição para a psicologia escolar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, 10 (1), 129-139.
- Boruchovitch, E. (1995). *A identificação e o estudo das variáveis associadas ao fracasso escolar brasileiro*. Projeto de pesquisa realizado na qualidade de bolsista de recém-doutor do CNPq. Faculdade de Educação, Departamento de Psicologia Educacional, Universidade de Campinas.
- Boruchovitch, E. (1999a). Estratégias de aprendizagem e desempenho escolar: considerações para a prática educacional. *Psicologia Reflexão Crítica*. Porto Alegre, 12 (2), 361- 376.
- Boruchovitch, E. (1999b). Developmental differences in the use of learning strategies among Brazilian Students. In: *Anais do European Congress of Psychology*: Vol. 1. pp. 76-76. Italia.
- Boruchovitch, E. (2001a). Dificuldades de aprendizagem, problemas motivacionais e estratégias de aprendizagem. Em Sisto, F.F., Boruchovitch, E., Fini, L.D.T., Brenelli, R.P. & Martinelli, S.C. (Orgs.) *Dificuldade de Aprendizagem no Contexto psicopedagógico*. Petrópolis, RJ. Vozes, Cap. 2, 40-59.
- Boruchovitch, E. (2001b). Algumas estratégias de compreensão em leitura de alunos do ensino fundamental. *Psicologia Escolar e Educacional*, 5(1), 19-25.
- Boruchovitch, E. (2006a). Avaliação Psicoeducacional: Desenvolvimento de Instrumentos à luz da Psicologia Cognitiva baseada na Teoria do Processamento da Informação. *Avaliação Psicológica*, 5(2), 145-152.
- Boruchovitch, E. (2006b). *As estratégias de aprendizagem à luz das variáveis demográficas e motivacionais*. Tese de Livre Docência não publicada, Faculdade de Educação, Unicamp, Campinas, São Paulo.
- Boruchovitch, E. (2004). A Auto-regulação da aprendizagem e a escolarização inicial, Em Boruchovitch, E. & Bzuneck, J.A. (Orgs.). *Aprendizagem: Processos Psicológicos e o contexto social na escola*. Petrópolis, RJ: Vozes. Cap. 2, 55-88.
- Boruchovitch, E. & Costa, E. R. (2001). O impacto da ansiedade no rendimento escolar e na motivação de alunos, Em Boruchovitch, E. & Bzuneck, J.A. (Orgs.). *A motivação do aluno*. Rio de Janeiro: Vozes. Cap. 7, 134-147.
- Boruchovitch, E. & Santos, A.A.A. (2006). Estratégias de Aprendizagem: Conceituação e Avaliação Em: Noronha, A.P.P., Santos, A.A.A. & Sisto, F.F. (Orgs.). *Facetas do Fazer em Avaliação Psicológica*. 1a ed. São Paulo: Vetor, 10-20.

- Brown, R.A. & Lewinsohn, P.M. (1984). A Psychoeducational Approach to the Treatment of depression: comparison of Group, individual, and Minimal contact procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 (5), 774-783.
- Brumback, R.A, Jackoway, M.K. & Weinberg, W.A. (1980). Relation of Intelligence to childhood depression in children referred to na Educational Diagnostic Center. *Perceptual and Motor Skills*. 50, 11 – 17.
- Burwell, R.A. & Shirk, S.R. (2007). Subtypes of rumination in adolescence: associations between brooding, reflection, depressive symptoms, and coping. *Journal Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(1), 56-65.
- Bzuneck, J.A. (1999). Uma abordagem sócio-cognitivista à motivação do aluno: A teoria de metas de realização. *Psico-USF*, 4, 51-66.
- Bzuneck, J.A. (2000). As crenças de auto-eficácia dos professores. Em Sisto, F.F., Oliveira, G. C. & Fini, L. D. T. (Orgs.). *Leituras de Psicologia para formação de Professores*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 117-134.
- Bzuneck, J.A. (2001). As crenças de auto-eficácia e o seu papel na motivação do aluno. Em Boruchovitch, E. & Bzuneck, J.A. (Orgs.). *A motivação do aluno*, Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 116-133.
- Bzuneck, J.A. (2004). Aprendizagem por processamento da informação: uma visão construtivista. Em Boruchovitch, E. & Bzuneck, J.A. (Orgs.). *Aprendizagem: Processos Psicológicos e o contexto social na escola*. Rio de Janeiro: Vozes, cap. 1, 17-54.
- Calil, H.M. & Pires, M.L.N. (2000). Aspectos gerais das escalas de depressão. Em: Gorenstein, C., Andrade, L.H.G. & Zuardi, A.W. *Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Editora Lemos.
- Calderaro, R.S.S. & Carvalho, C.V. (2005). Depressão na Infância: Um estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 10 (2), 181-189.
- Cano, M. A. (1997). *A percepção dos pais sobre sua relação com os filhos adolescentes: reflexos da ausência de perspectivas e as solicitações de ajuda*. Tese de Livre Docência Não-Publicada, Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.
- Carneiro, G.R.S., Martinelli, S.C. & Sisto, F.F. (2003). Autoconceito e dificuldades de aprendizagem na escrita. *Psicologia Reflexão Crítica*. Porto Alegre, 16 (3), 427-434.
- Cassette, L. & Gaudreau, M. (1996). The Regulation of negative emotions in early infancy. In: *Congrés international de psychologie*, Montréal, Canadá.
- Cassorla, R.M.S. (1987). Comportamentos suicidas na infância e adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, 36 (3), 137-144.
- Chabrol, H. (1990). *A depressão do Adolescente*. Campinas: Papirus.
- Chartier, G.M. & Lassen, M.K. (1994). Adolescent Depression: Children's depression inventory norms, suicidal ideation, and (weak) gender effects. *Adolescence*. 29 (116). 859-864.

- Colbert, P., Newman, B., Ney, P. & Young, J. (1992). Learning Disabilities as a Symptom of Depression in Children. *Journal of Learning Disabilities*, 15 (6), 333 – 336.
- Cole, D.A., Martin, J.M., Peeke, L.G., Seroczynski, A D. & Hoffman, K. (1998). Are Cognitives error of underestimation predictive or reflective of depressive symptoms in children: a longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107 (3), 481-496.
- Cole, D.A. (1990). Relation of Social and Academic Competence to Depressive Symptoms in Childhood. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 422-429.
- Costa, E.R. (2000). *Estratégias de aprendizagem e a ansiedade de alunos do ensino fundamental: Implicações para a prática educacional*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação. Unicamp, Campinas, SP.
- Costa, E. R. & Boruchovitch, E. (2004). Compreendendo relações entre estratégias de aprendizagem e a ansiedade de alunos do ensino fundamental de Campinas. *Psicologia Reflexão Critica*. Porto Alegre, 17 (1), 15-24.
- Cruvinel, M. (2003). *Depressão infantil, rendimento escolar e estratégias de aprendizagem em alunos do ensino fundamental*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação. Unicamp, Campinas, SP.
- Cruvinel, M. & Boruchovitch, E. (2004). Sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar de alunos do ensino fundamental. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 9 (3), 369-378.
- Cruvinel, M. & Boruchovitch, E. (2006). Sintomas depressivos e estratégias de aprendizagem em alunos do ensino fundamental: uma análise qualitativa, Em Sisto, F.F. & Martinelli, S.C. (Orgs.). *Afetividade e Dificuldades de aprendizagem: Uma abordagem psicopedagógica*, São Paulo, Editora Vetor. 181-206.
- Cruvinel, M. & Boruchovitch, E. (2008). Escala de Avaliação da Regulação Emocional para Estudantes do Ensino Fundamental – ERE-EF. Manuscrito não publicado. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, SP.
- Culp, A M., Clyman, M.M. & Culp, R.E. (1995). Adolescent depressed mood, reports of suicide attempts and asking for help. *Adolescence*, 30(120), 827-838.
- Cunha, J.A. (2001). *Manual da Versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora.
- Curatolo, E. & Brasil, H. (2005). Depressão na Infância: peculiaridades no diagnóstico e tratamento farmacológico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, RJ, 54(3), 170-176.
- Curatolo, E. (2001). Estudo da Sintomatologia depressiva em escolares de sete a doze anos de idade. *Arquivos de neuropsiquiatria*, SP, Vol. 59 (suplemento 1). pp. 215.
- Dalgalarondo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Da Silva, A. L. & De Sá, L. (1997). *Saber estudar e estudar para saber*. Cidade do Porto, Portugal: Porto.
- Davis, C., Nunes, M. R. & Nunes, C. A. A. (2005). Metacognição e sucesso escolar: articulando teoria e prática, *Cadernos de Pesquisa*, 35(125), 205-230.
- Dell' Agli, B.A.V. (2008). Aspectos afetivos e cognitivos da conduta em crianças com e sem dificuldades de aprendizagem. Tese de Doutorado, Faculdade de Educação, Universidade de Campinas, SP.
- Dell'aglio, D.D. & Hutz, C.S. (2002). Estratégias de coping e estilo atribucional de crianças em eventos estressantes. *Estudos em Psicologia*. Natal, 7 (1), 5-13.
- Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Dembo, M. H. (1994). *Applying educational psychology* (5th ed). New York: Longman.
- Dias, M.G.B.B., Vikan, A. & Gravas, S. (2000). Tentativa de crianças em lidar com as emoções de raiva e tristeza. *Estudos em Psicologia*. Natal, 5, 49-70.
- Domènech, E. & Polaino-Lorente, A. (1990). La escala ESDM-P como instrumento adicional en el diagnóstico de la depresión infantil. *Revista de Psiquiatria*, 17, 105-113.
- Donnelly, M. (1995). Depression among adolescents in northerirlland. *Adolescence*, 30(118), 339-350.
- Duarte, C.S. & Bordin I.A.S. (2000). Instrumentos de avaliação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 55-8.
- Ehrenberg, M.F., Cox, D.N. & Koopman, R.F. (1991). The relationship between self-efficacy and depression in adolescents. *Adolescence*, 26(102), 361-74.
- Endler, N. (1997). Stress, anxiety and coping: the multidimensional interaction model. *Canadian Psychology*, 38(3), 136.
- Erickson, E. H. (1971). *Infância e Sociedade*, Rio de Janeiro: ZAHAR.
- Esteves, F. C. & Galvan, A. L. (2006). Depressão numa contextualização contemporânea. *Aletheia*, 24, 127-135.
- Fierro, A. (1996). Personalidade e Aprendizagem no Contexto escolar. Em Coll, C., Palácios, J. & Marchesi, A., (Orgs.). *Desenvolvimento psicológico e educação II: Psicologia da Educação*, Porto Alegre: Artes Médicas, 155-160.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906-911.
- Flavell, J. H., Miller, P. H. & Miller, S. A. (1999). *Desenvolvimento cognitivo* (3^a ed). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Fonseca, A.C., Ferreira, A.G., Rebelo, J.A., Simões, M.D.F., Pires, C.L. & Gregório, M.H. (2002). O estudo da depressão em crianças: a escala de auto-avaliação da depressão de Birlleson. *Psychologica*, 29, 113-122.
- Fonseca, M.H.G., Ferreira, R.A. & Fonseca, S.G. (2005). Prevalência de sintomas depressivos em escolares, *Pediatria*, 27(4), 223-232.
- Freud, S. (1915). *Luto e Melancolia*. Obras Completas de Sigmund Freud.
- Freud, S. (1974). *Obras completas* (Vol. XV e XVI). Rio de Janeiro. Imago.
- Fristad, M.A., Emery, B.L. & Beck, S.J. (1997). Use and abuse of the children's Depression Inventory. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65 (4), 699-702.
- Fu I. L., Curatolo, E. & Friedrich, S. (2000). Transtornos afetivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, SP, 22, 24-27.
- Garber, J., Braafladt, N. & Zeman, J. (1991). The regulation of sad affect: An information-processing perspective. Em: J. Garber & K. A. Dodge (Eds.) *The development of emotion regulation and dysregulation*. (pp. 208-240). New York: Cambridge University Press.
- Garner, R. (1990). When children and adults do not use learning Strategies: Toward a theory of settings. *Review of Educational Research*, 60 (4), 517-529.
- Goldstein, D., Paul, G.G. & Cohn, S.S. (1985). Depression and achievement in subgroups of children with learning disabilities. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 6(4), 263-275.
- Golfeto, J.H. & D'Oliveira, A.B. (2004). Estudo da prevalência de sintomatologia depressiva e do risco suicida em escolares de Ribeirão Preto avaliados pelo CDI. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), 68-69.
- Golfeto, J.H., Veiga, M.H., Souza, L. & Barbeira, C.B.S. (2001). Inventário de depressão infantil (CDI) – Análise estatística em uma amostra de escolares de 7 – 14 anos de Ribeirão Preto. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. SP, 59 (Suplemento 1), pp. 183.
- Gomes, M.A.M. (2008). *Compreensão auto-regulada em leitura: procedimentos de intervenção*. Tese de Doutorado, Faculdade de Educação, Unicamp, Campinas, SP.
- González Cabanach, R. & Valle Arias, A. (1998). Características afectivo-motivacionales de los estudiantes con dificultades de aprendizaje. Em: Bermejo, V. S. & Llera, J. A. B. (Orgs.). *Dificultades de aprendizaje*. España: Editorial Síntesis, pp. 261-278.
- Good, T. L. & Brophy, J. E. (1986). *Educational psychology: A realistic approach*. White Plains, New York: Longman.
- Goodman, S.H., Schwab-Stone, M., Lahey, B.B., Schaffer, D. & Jensen, P.S. (2000). Major depression and dysthymia in children and adolescents: discriminant validity and differential consequences in a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(6), 761-770.

- Gouveia, V.V., Barbosa, G.A., Almeida, H.J.F. & Gaião, A. A. (1995). Inventário de depressão infantil - CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, RJ, 44, 345-349.
- Gorenstein, C. & Andrade, L.H.S.G. (2000). Inventário de Depressão de Beck – Propriedades Psicométricas da versão em português. Em: Gorenstein, C., Andrade, L.H.S.G. & Zuardi, A.W. *Escala de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*, São Paulo, Lemos Editorial, 89-95.
- Gresham, F.M., Kathleen, L.L., Macmillan, D.L., Bociam, K.M. & Ward, S.L. (2000). Effects of Positive and Negative Illusory Biases Comparisons Across Social and Academic Self-Concept Domains. *Journal of School Psychology*. 38(2), 151-175.
- Hall, C.W., & Haws, D. (1989). Depressive symptomatology in learning-disabled and nonlearning-disabled students. *Psychology in the Schools*. 26, 359-364.
- Hallak, L.R.L. (2001). *Estimativa da prevalência de sintomas depressivos em escolares da rede pública de Ribeirão Preto*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil.
- Harrington, R. (1993). Depressive Disorder in Children and Adolescents. *British Journal of Hospital Medicine*. 43, 108-112.
- Harter, S.(1996). Historical roots of contemporary issues involving self-concept. *Handbook of self-concept developmental, social, and clinical considerations*, USA: Editora Bracken.
- Hattie, J., Biggs, J. & Purdie, N. (1996). Effects of learning skills interventions on students: A meta analysis. *Review of Educational Research*. 66, 99-136.
- Heath, N.L. & Ross, S. (2000). Prevalence and Expression of Depressive Symptomatology in Students with and without Learning Disabilities. *Learning Disability Quarterly*. 23 (1), 24-36.
- Hodges, K. (1994). Evaluation of Depression in Children and Adolescents using Diagnostic Clinical Interviews. In: Reynolds, W. M. *Handbook of Depression in Children and Adolescents*. Plenum Press, New York.
- Jacob, A V. (2001). *O Desempenho escolar e suas relações com autoconceito e autoeficácia*. Tese de Doutorado em Saúde Mental, Faculdade de Medicina, USP, Ribeirão Preto, SP.
- Jacob, A. V. & Loureiro, S. R. (1999). O autoconceito e o desempenho escolar. Em Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), *XXIX Reunião de Psicologia, Resumos* (p. 165). Campinas, SBP.
- Jacob, A. V. & Loureiro, S. R. (2004). O desempenho escolar e o autoconceito no contexto da progressão continuada. Em: Marturano, E.M., Linhares, M.B.M, & Loureiro, S. R. (Orgs.). *Vulnerabilidade e Proteção, indicadores na Trajetória de desenvolvimento escolar*. São Paulo: Casa do psicólogo, cap. 5.
- Jacobsen, R.H., Lahey, B.B. & Strauss, C.C. (1983). Correlates of depressed mood in normal children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11 (1), 29-40.

- Jenkins, S.R., Buhrmester, D. & Goodness, K. (2002). Gender Differences in Early Adolescents' Relationship Qualities, Self-Efficacy, and Depression Symptoms. *Journal of Early Adolescence*, 22 (3), 277-309.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1993). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências Comportamentais, Psiquiatria Clínica*. (D. Batista, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (original de 1991).
- Kashani, J., Cantwell, D.P. & Sheikim, W.O. (1983). Major depressive disorder in children admitted to an inpatient community mental health center. *American journal of psychiatry*. 139, 671-672.
- Kashani, J.H. & Carlson, G.A. (1987). Seriously Depressed Preschoolers. *American Journal Psychiatry*. 144(3), 348- 350.
- Kaslow, N.J., Rehm, L.P. & Siegel, A W. (1984). Social-Cognitive and Cognitive Correlates of Depression in children. *Journal Abnormal Child Psychology*. 12(4), 605 – 620.
- Kavanagh, D.J. (1992). Self-efficacy and Depression. In: Schwarzer, R. *Self-efficacy Thought Control of Action*. Freie Universitat Berlin, Taylor & Francis, pp. 177 – 193.
- Kavanagh, D.J. & Bower, G.H. (1985). Mood and self-efficacy: Impact of joy and sadness on perceived capabilities. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 507-525.
- Kazdin, A E. & French, N.B. (1983). Assessment of childhood depression: correspondence of child and parent ratings. *Journal American Academic Child Psychiatry*, 22, 157-164.
- Kendall, P.C., Stark, K.D. & Adam, T. (1990). Cognitive deficit or cognitive distortion in childhood depression. *Journal Abnormal Child Psychology*, 18, 255-270.
- Kleftaras, G. & Didaskalou, E. (2006). Incidence and Teachers' Perceived Causation of Depression in Primary School Children in Greece. *School Psychology International*, 27(3), 296-314.
- Kopp, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: a developmental view. *Developmental Psychology*, 25, 343-354.
- Kovacs, M. (1992). *Children Depression Inventory CDI: Manual*. New York: Multi-Health Systems, Inc.
- Kovacs, M. & Goldston, D. (1991). Cognitive and social cognitive development of depressed children and adolescents. *Journal American Academic Child Psychiatry*. 30, 388-392.
- Lang, M. & Tisher, M. (1997). *CDS - Cuestionario de depresión para niños*. Madrid: TEA.
- Larsson, B. & Melin, L. (1992). Prevalence and short-term stability of depressive symptoms in schoolchildren, *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 85(1), 17-22.

Lauer, R.E, Giordani, B., Boivin, J.M., Halle, N., Glasgow, B., Alessi, N.E. & Berent, S. (1994). Effects of depression on memory performance and metamemory in children. *Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry*. 33, 679-685.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Leitenberg, H., Yost, L. W. & Carroll Wilson, M. (1986). Negative cognitive errors in children: questionnaire development, normative data, and comparisons between children with and without self reported symptoms of depression, low self esteem, and evaluation anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology*. 54 (4), 528-536.

Li, C.E., DiGiuseppe, R. & Froh, J. (2006). The role of sex, gender and coping in adolescent depression. *Adolescence*. 41(163), 409-15.

Lima, I. V.M., Sougey, E.B. & Vallada, H.P. (2004). Genética dos Transtornos Afetivos. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/index.html>.

Lippi, J.R. (1985). *A Depressão na Infância*. Belo Horizonte: Simpósio CIBA.

Lisboa, C., Koller, S. H., Ribas, F. F., Bitencourt, K., Oliveira, L., Porciuncula, L. P. & De Marchi, R. B. (2002). Estratégias de coping de crianças vítimas e não vítimas de violência doméstica. *Psicologia Reflexão e Crítica*. Porto Alegre, 15 (2), 345-362.

Lopes, J. & Loureiro, S. (2007). Enfrentamento e Regulação Emocional de Crianças Filhas de Mães Depressivas. *Interação em Psicologia*, 11(2), 253-262.

Loureiro, S.R. & Medeiros, P. C. (2004). O senso de auto-eficácia de crianças com dificuldades de aprendizagem. Em: Marturano, E.M., Linhares, M.B.M. & Loureiro, S. R. (Orgs.). *Vulnerabilidade e Proteção, indicadores na Trajetória de desenvolvimento escolar*. São Paulo: Casa do psicólogo, pp. 179-195.

Matos, E. G.; Matos, T. .M. G.& Matos, G. M. G (2006). Depressão melancólica e depressão atípica: aspectos clínicos e psicodinâmicos. *Estudos em Psicologia*, 23(2), 173-179.

Martinelli, S.C. (2001). Os aspectos afetivos das dificuldades de aprendizagem. Em: Sisto, F.F., Boruchovitch, E., Fini, L. D. T., Brenelli, R.P. & Martinelli, S.C. *Dificuldade de aprendizagem no contexto psicopedagógico*. Petrópolis – RJ: Vozes, pp. 99-121.

Mccauley, E., Burke, P., Mitchell, J.R. & Moss, S. (1988). Cognitive attributes of depression in children and adolescents. *Journal consulting and clinical psychology*. 56 (6), 903-908.

Mccombs, B. L. & Whisler, J.S. (1989). The Role of Affective Variables in Autonomous. *Learning. Educational Psychologist*. 24 (3), 277 – 306.

Mccormick, C.B., Miller, G. & Preesley, M. (1989). *Cognitive Strategy research from basic research to educational applications*. Springer –Verlaq.

Mcgrath. M.P. & Repetti, R.L. (2002). A Longitudinal Study of Children's Depressive Symptoms Self-Perceptions, and Cognitive Distortions about the Self. *Journal of Abnormal Psychology*, 111 (1), 77-87.

Medeiros, P.C.O. & Loureiro, S.R. (1999). Auto-eficácia e aspectos comportamentais de crianças com dificuldades de aprendizagem. Em: Sociedade Brasileira de Psicologia, Campinas. *Programas e Resumos da XXIX Reunião Anual de Psicologia*. Campinas: SBP, 1999, pp. 152.

Medeiros, P.C.O. (2000). *Crianças com dificuldade de aprendizagem: avaliação do senso de auto-eficácia*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina, USP, Ribeirão Preto, SP.

Medeiros, P. C., Loureiro, S. R., Linhares, M. B. M. & Marturano, E. D. (2000). A auto-eficácia e os aspectos comportamentais de crianças com dificuldade de aprendizagem. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, 13 (3), 327 – 336.

Medeiros, P. C. (2004). *Crianças com dificuldade de aprendizagem: vulnerabilidade e proteção associadas ao comportamento, as autopercepções e ao suporte psicopedagógico*. Tese de Doutorado em Ciências – Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, USP, Ribeirão Preto, SP.

Mendels, J. (1972). *Conceitos de depressão*. trad. Claudia Moraes Rêgo. Rio de Janeiro: Editora Livros técnicos e científicos.

Miller, J. (2003). *O livro de referência para a depressão infantil*. (M. M. Tera, Trad.). São Paulo: M. Books.

Monteiro, K.C.C. & Lage, A.M.V. (2007). Depressão: uma psicopatologia classificada nos manuais de psiquiatria. *Psicologia Ciência e Profissão*. 27(1), 106-119.

Nakamura, E. (2004). *Depressão na Infância: uma abordagem antropológica*. Tese de Doutorado em Antropologia Social, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Nakamura, E. & Santos, J. Q. (2007). Depressão infantil: abordagem antropológica. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 41(1), 53-60.

Neves, E.R.C.(2002). *As Orientações motivacionais e as crenças sobre inteligência, esforço e sorte de alunos do ensino fundamental*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Educação, Unicamp, Campinas, SP.

Neves, E.R.C. & Boruchovitch, E. (2004). A Motivação de alunos no contexto da progressão continuada. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, 20(1), 77-85.

Nolen-hoeksema, S., Girgus, J.S. & Seligman, M. (1994). The Emergence of Gender Differences in Depression During Adolescence. *Psychological Bulletin*, 115 (3), 424-443.

Nunes, A N. (1990). Fracasso Escolar e desamparo adquirido. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília. 6 (2), 139 – 154.

Okano, C.B. & Loureiro, S.R. (2004). O autoconceito de crianças com dificuldades de aprendizagem atendidas em um programa de suporte psicopedagógico. Em: Marturano, E.M., Linhares, M.B.M, & Loureiro, S. R. (Orgs.). *Vulnerabilidade e Proteção, indicadores na Trajetória de desenvolvimento escolar*. São Paulo: Casa do psicólogo, cap. 6.

- Oliveira, S.S.G., Dias, M.G.B. B. & Roazzi, A. (2003). O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. *Psicologia Reflexão e Crítica*. Porto Alegre, 16(1), 1-13.
- Oliveira, G. C. (2000). Autoconceito do adolescente. Em Sisto, F.F., Oliveira, G. C. & Fini, L. D. T. *Leituras de Psicologia para formação de Professores*. Ed. Vozes, Petrópolis, Rio de Janeiro, pp. 58-69.
- Organização Mundial da Saúde – OMS (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Oshiro, F A B. (1994). *Depressão e Violência familiar: estudo de irmãos vítimas de maus tratos e abandono*. Dissertação de mestrado, Puc-Campinas, SP.
- Palladino, P., Poli, P., Masi, G. & Marcheschi, M. (2000). The relation between metacognition and depressive symptoms in preadolescents with learning disabilities: data in support of Borkowski's Model, *Learning Disabilities Research & Practice*. 15 (3), 142-148.
- Pajares, F. (1996). Self-efficacy beliefs in academic settings. *Review of Educational Research*, 66, 543-578.
- Planalp, S. (1999). *Communicating Emotion: Social, Moral and Cultural Process*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Pekrun, R., Goetz, T., Titz, W. & Perry, R.P. (2002). Academic emotions in students' self-regulated learning and achievement: a program of qualitative and quantitative research. *Educational Psychologist*, 37 (2), 91-105.
- Pena, S.D. (1985). Aspectos genéticos das doenças depressivas. Em: Lippi, J.R.S. *Depressão na Infância*. Belo Horizonte: Simpósio CIBA.
- Peromm Netto, S. (1987). *Psicologia da aprendizagem e do ensino*. São Paulo, EPU.
- Pereira, D. A. P. (2002). *Escala de Avaliação de Depressão para Crianças: Um Estudo de Validação*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.
- Pereira, D. A. P., & Amaral, V. L. A. R. (2004). Escala de Avaliação de Depressão para Crianças: Um Estudo de Validação. *Revista Estudos de Psicologia*, PUC-Campinas, 21 (1), 5-23.
- Perez, M.V. & Urquijo, S. (2001). Depresión en adolescentes. Relaciones com el desempeño académico. *Psicologia Escolar e Educacional*, SP, 5 (1), 49-58.
- Piers, E. V. (1984). *Piers-Harris Children's Self-concept Scale - revised manual*. Los Angeles: Counselor Psychological Tests.
- Pintrich, P. R., Anderman, E. M. & Klobucar, C. (1994). Intraindividual differences in motivation and cognition in students with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*. 27, 360-370.
- Porto, P., Hermolin, M. & Ventura, P. (2002). Alterações neuropsicológicas associadas à depressão. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 4(1), 63-70.

- Poznanski, E.O. & Mokros, H.B. (1994). Phenomenology and epidemiology of mood disorders in children and adolescents. In: Reynolds, W. M. *Handbook of Depression in Children and Adolescents*. Plenum Press, New York.
- Poznanski, E.O. & Mokros, H.B. (1999). *Children's Depression Rating Scale (CDRS-R) Revised*. 2nd ed. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Pozo, J. I. (1996). Estratégias de Aprendizagem. Em C. Coll, J. Palácios, & A. Marchesi, (Orgs.). *Desenvolvimento psicológico e educação: Psicologia da Educação*. Porto Alegre, Artes médicas, v.2, p. 176-197.
- Pratta, E.M.M. & Santos, M.A. (2007). Família e adolescência: a influencia do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em Estudo*. 12(2), 247-256.
- Rappaport, C. R., Fiori, W.R. & Davis, C. (1981). *Psicologia do Desenvolvimento*. São Paulo: EPU, vol.1 a 4.
- Rehm, L.P. & Sharp, R.N. (1999). Estratégias para a depressão infantil. Em: M. Reinecke, F. Dattilio e Artur Freeman - *Terapia Cognitiva com crianças e adolescentes*. São Paulo: Artes Médicas, pp. 91-104.
- Reynolds, W. M. & Johnston, H.F. (1994). The Nature and Study of Depression in Children and Adolescents. In: Reynolds, W. M. *Handbook of Depression in Children and Adolescents*, Plenum Press, New York, 03-18.
- Reynolds, W.M. & Coats, K.I. (1986). A Comparison of cognitive-behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54 (5), 653-660.
- Ribeiro, C. (2003). Metacognição: Um apoio ao processo de aprendizagem. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(1), 109-116.
- Rocha, T.H.R., Ribeiro, J.E.C., Pereira, G.A., Aveiro, C.C. & Silva, L.C.A. (2006). Sintomas depressivos em adolescentes de um colégio particular. *PsicoUSF*, 11(1), 95-102.
- Rios, E.R.C. *A Intervenção por meio da instrução em estratégias de aprendizagem: Contribuições para a produção de textos*. (2005). Tese de Doutorado, Faculdade de Educação, Unicamp, Campinas, SP.
- Rodrigues, M. J.S. F. (2000). O Diagnóstico de Depressão. *Psicologia USP*, SP, 11 (1), 155-187.
- Santana, P.R. (2008). *Suporte Familiar, Estilos Parentais e Sintomatologia Depressiva: Um estudo correlacional*. Dissertação de Mestrado, Universidade São Francisco, Itatiba, SP.
- Simões, M.R. (1999). A depressão em criança e adolescentes: elementos para a sua avaliação e diagnóstico. *Psychologica*. 21, 27-64.

Shapiro, E. S. & Bradley, K. L. (1999). Tratamento de problemas escolares. Em: Reinecke, M.A., Dattilio, F.M. & Freeman, A. (Orgs.). *Terapia cognitiva em crianças e adolescentes: manual para a prática clínica*. Porto Alegre: ArtMed. pp.261-276.

Schlieper, M.D.M.J. (2001). *As estratégias de aprendizagem e as atribuições de causalidade de alunos do ensino fundamental*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação, Unicamp, Campinas, SP.

Schwengber, D. D. S. & Piccinini, C. A. (2004). Depressão Materna e Interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, 20 (3), 233-240.

Serrão, F., Klein, J. M. & Gonçalves, A. (2007). Qualidade do sono e depressão: que relações sintomáticas em crianças de idade escolar. *PsicoUSF*, 12(2), 257-268.

Sideridis, G.D. (2005). Goal orientation, academic achievement and depression : evidence in favor of a revised goal theory framework. *Journal of Educational Psychology*, 97 (3), 366-375.

Sommerhalder, A & Stela, F. (2001). Depressão na infância e o papel do professor. *Arquivos de neuropsiquiatria*, SP, vol. 59, suplemento 1. XVI Congresso brasileiro de neurologia e psiquiatria infantil, p. 200.

Soares, K.V.S. (1993). *Sintomas Depressivos em adolescentes e adultos jovens: análise dos dados do 'Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica em áreas metropolitanas*. Dissertação de Mestrado em Medicina, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas. SP.

Soares, K.V.S, Almeida Filho, N., Coutinho, E.S.F. & Mari, J.J. (1999) Sintomas depressivos entre os adolescentes e adultos de uma amostra populacional de três centros urbanos brasileiros: análise dos dados do Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica. *Revista de Psiquiatria Clínica*. SP, 26(5). Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/index.html>

Soares, M. U. (2003). *Estudos das Variáveis do Desenvolvimento infantil em crianças com e sem o diagnóstico de depressão*. Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Stark, K.D., Rouse, L.W. & Kurowski, C. (1994). Psychological Treatment Approaches for depression in children, In: Reynolds, W. M. *Handbook of Depression in Children and Adolescents*. Plenum Press, New York, 275-308.

Stark, K. D., Reynolds, W.M. & Kaslow, N.J. (1987). A Comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 15 (1), 91-113.

Sternberg, R. (2000). *Psicologia cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Steinberg, L. (1989). *Adolescence*. New York, Mc Cram Hill, 2ª edição.

Stevanato. I.S., Loureiro, S.R., Linhares, M.B.M. & Marturano, E.M. (2003). Autoconceito de crianças com dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 8 (1), 67-76.

- Stevenson, D.T. & Romney, D.M. (1984). Depression in Learning Disabled Children. *Journal of Learning Disabilities*, 17 (10), 579-582.
- Tobias, S. (1985). Test Anxiety: Interference, defective skills and cognitive capacity. *Educational Psychologist*. 20 (3), 135-142.
- Tomé, G. & Matos, M. G. (2006). Depressão, rendimento escolar e estratégias de coping em adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 2(1), 85-94.
- Trapani, C. & Gettinger, M. (1999). Tratamento de alunos com transtornos de aprendizagem. Em Reinecke, M.A., Dattilio, F.M. & Freeman A. (Orgs.). *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artes Médicas, 197-214.
- Timbremont, B., Braet, C. & Dreesen, L. (2004). Assessing Depression in Youth: Relation Between the Children's Depression Inventory and a Structured Interview. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 33(1), 149 – 157.
- Vikan, A. & Dias, M. G. (1996). Estratégias para o controle de emoções: Um estudo transcultural entre crianças. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, RJ, 48, 80-95.
- Vygotsky, L. S. (1989). *Pensamento e Linguagem*. 2ª. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Wathier, J.L., Dell'aglio, D.D. & Bandeira, D.R. (2008). Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*. 7(1), 75-84.
- Weinberg, W.A., Mclean, A., Snider, R. L., Nuckols, A S., Rintelmann, J. W., Erwin, P. R. & Brumback, R.A. (1989). Depression, Learning Disability and school behavior problems. *Psychological Reports*, 64, 275 – 283.
- Weinstein, C.E. & Mayer, R.E. (1985). The teaching of learning strategies. Em: M. Wittrock (Org.). *Handbook of research on teaching*. New York: Macmillan, pp. 315-327.
- Weiss, B., Weisz, J.R., Politano, M., Carey, M., Nelson, W.M. & Finch, A.J. (1992). Relations among self-reported depressive symptoms in clinic-referred children versus adolescents. *Journal Abnormal Psychology*, 101 (3), 391-397.
- Weissman, M. M., Gammon, G. D., Jonh, K., Merikangas, K. R., Warner, V., Prusof, B. A., & Sholomskas, D. (1987). Children of depressed parents, *Archives of general psychiatry*, 44, 847-853.
- Weiz, J.R., Thurber, C.A, Proffitt, V.D, Sweeney, L. & Legagnoux, G.L. (1997). Brief Treatment of Mild-to-moderate child depression using primary and secondary control enhancement training. *Journal of consulting and clinical psychology*. 65 (4), 703-707.
- White, J. (1989). Depression. In: White, J. *The Troubled adolescent*. Oxford: Pergamon Press, pp.111-142.
- Woolfolk, A. (2000). *Psicologia da educação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Wright-Strawderman, C. & Watson, B.L. (1992). The prevalence of depressive symptoms in children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*. 25 (4), 258-264.

Zinn-Souza, L.C., Nagai, R., Teixeira, L.R., Latorre, M.R.D.O., Roberts, R. Cooper, S.P. et al. (2008). Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 42 (1), 34-40.

Zorzetto, R. (2003). Ataque contra o pânico: Descobertas sobre ação de neurotransmissores ajudam a entender e tratar distúrbios psíquicos frequentes. *Pesquisa Fapesp*, N. 84, pp. 30-35.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: “Correlatos Cognitivos e Psicossociais de Crianças Com e Sem Sintomas Depressivos”

Pesquisadores: Miriam Cruvinel – doutoranda e Profa. Dra. Evely Boruchovitch

Prezados pais,

Sou psicóloga e aluna de doutorado da Faculdade de Educação da Unicamp. Estou fazendo uma pesquisa sobre a depressão na infância e o seu impacto no desenvolvimento escolar e psicossocial da criança. Para dar continuidade a este trabalho necessito da sua colaboração, autorizando seu filho (a) a participar desta pesquisa, permitindo que ele (a) seja entrevistado (a) individualmente pela pesquisadora. Durante a entrevista seu filho (a) irá responder a algumas questões relacionadas aos seus sentimentos, a forma como se percebe e sobre seus hábitos de estudos. A entrevista será realizada na própria escola e no horário mais conveniente a escola.

Vale ressaltar que a identificação do seu filho (a) será mantida em total sigilo. É importante lembrar que a participação do aluno (a) na pesquisa é voluntária e sem nenhum prejuízo, caso não deseje participar. Esclareço ainda que essa atividade não faz parte das atividades escolares e, portanto, não influenciará as notas de seu filho (a) na escola.

Por favor, responda as questões que se seguem e peça para o seu filho ou filha trazer de volta esta carta para a escola, e entregar para o professor.

Você autoriza a participação de seu filho nesta pesquisa?

Sim () Não ()

Nome da criança: _____

Série:

Turma:

Assinatura do responsável: _____

Agradeço antecipadamente e me coloco à disposição para esclarecimentos de dúvidas, no telefone 19- 32000000. Você também pode entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP pelo telefone 19-3788-8936 ou 19-3788-8927.

Campinas, fevereiro de 2005.

Miriam Cruvinel

Pesquisador responsável

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: “Correlatos Cognitivos e Psicossociais de Crianças Com e Sem Sintomas Depressivos”

Pesquisadores: Miriam Cruvinel – doutoranda e Profa. Dra. Evely Boruchovitch

Prezado professor,

Sou psicóloga e aluna de doutorado da Faculdade de Educação da Unicamp. Estou fazendo uma pesquisa sobre a depressão na infância e o seu impacto no desenvolvimento escolar e psicossocial da criança. Para dar continuidade a este trabalho necessito da sua colaboração. Inicialmente, preciso de sua autorização para aplicar o Inventário de depressão infantil em seus alunos, em sala de aula. O objetivo desse questionário é identificar crianças com sintomas de depressão e será aplicado pelo próprio pesquisador, durante um período de 15 minutos. Portanto, peço sua autorização para aplicá-lo na sua sala de aula.

É importante lembrar que sua participação na pesquisa é voluntária e sem nenhum prejuízo, caso não deseje participar.

Esclareço que, por questões éticas todas as informações serão mantidas em sigilo. Desde já agradeço e me coloco à disposição para esclarecimentos de dúvidas, no telefone 19- 32000000. Você também pode entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP pelo telefone 19-3788-8936 ou 19-3788-8927.

Eu,....., professor da
série, escola..... ciente dos objetivos da pesquisa
concordo em participar deste estudo.

Campinas, fevereiro de 2005.

.....

Assinatura do professor

Miriam Cruvinel

Pesquisador responsável



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
In: Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP
☎ (0_19) 3788-8936
FAX (0_19) 3788-8925
🌐 www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html
✉ cep@fcm.unicamp.br

CEP, 15/02/05.
(Grupo III)

PARECER PROJETO: N° 003/2005

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "CORRELATOS COGNITIVOS E PSICOSSOCIAIS DE CRIANÇAS COM E SEM SINTOMAS DEPRESSIVOS"
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Miriam Cruvinel

APRESENTAÇÃO AO CEP: 06/01/2005
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 15/02/06

II - OBJETIVOS

O objetivo deste projeto é trazer contribuições para um melhor entendimento acerca da depressão e seu impacto no desenvolvimento infantil, bem como contribuir para o diagnóstico da depressão infantil e para o desenvolvimento de programas de intervenção não só junto a crianças depressivas, mas que visem a promoção da saúde mental e bem-estar emocional na escola.

III - SUMÁRIO

A literatura tem apontado para um aumento no número de crianças com sintomatologia depressiva. A depressão envolve uma série de alterações no funcionamento de uma pessoa. Uma criança com sintomas depressivos apresenta sérios comprometimentos nas relações sociais e familiares, bem como no desenvolvimento cognitivo, escolar e emocional. O presente estudo tem como objetivo investigar variáveis do desenvolvimento cognitivo e psicossocial de crianças com e sem sintomas de depressão. O estudo será conduzido em escolas públicas de Campinas com 60 crianças de 3ª e 4ª séries do ensino fundamental e seus respectivos pais e professores. Os participantes serão de ambos os sexos e de nível socioeconômico desfavorecido. Pretende-se distribuir os participantes em dois grupos, sendo o grupo 1 formado por 30 crianças com sintomas depressivos e o grupo 2 por 30 crianças sem sintomas de depressão. Para a seleção dos alunos com e sem sintomatologia depressiva será empregado o Inventário de Depressão Infantil (DI). As crianças, seus pais e professores serão entrevistados individualmente e os resultados serão analisados qualitativamente e quantitativamente. Espera-se tanto compreender melhor a depressão na infância e seu impacto no desenvolvimento infantil, quanto contribuir para o desenvolvimento de programas de intervenção psicopedagógica direcionados, não só para as crianças com sintomatologia depressiva, mas que promovam o bem-estar emocional da criança no contexto escolar.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto está de acordo com os requisitos da CEP e obedece ao disposto na Resolução 196/96. Os critérios de inclusão estão bem detalhados e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, que serão assinados pelos pais ou responsáveis e pelo professor, são suficientemente claros e detalhados.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na II Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 15 de fevereiro de 2005.


Prof. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES

DATA DE COLETA:

NOME DA CRIANÇA:
SEXO: M () F ()
DATA DE NASCIMENTO:
IDADE:
SÉRIE:
REPETENTE: SIM () NÃO ()
NOME DA ESCOLA QUE ESTUDA:

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO INFANTIL - C D I (Kovacs, 1983)

Por favor, considere por um momento a lista de frases abaixo. Para cada grupo de três, indique com um **X** a que melhor descreve seu modo de pensar, agir ou sentir. **MARQUE UMA ÚNICA ALTERNATIVA**. Responda a todos os itens o mais honestamente possível. Saiba que não existem respostas certas ou erradas.

Exemplo de alguns itens do Inventário

1. Eu fico triste de vez em quando.

Eu fico triste muitas vezes.

Eu estou sempre triste.

6. De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer

Eu temo que coisas ruins me aconteçam

Eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão.

9. Eu não penso em me matar.

Eu penso em me matar, mas não o faria.

Eu quero me matar.

11. Eu me sinto sempre preocupado.

Eu me sinto preocupado freqüentemente.

Eu me sinto preocupado de vez em quando.

15. Eu tenho que me esforçar todo o tempo para fazer minhas tarefas escolares

Eu tenho que me esforçar muitas vezes para fazer minhas tarefas escolares

Fazer as tarefas da escola não tem sido um problema.

20. Eu não me sinto sozinho.

Eu me sinto sozinho muitas vezes.

Eu sempre me sinto sozinho

25. Ninguém gosta de mim realmente.

Eu não tenho certeza se alguém me ama.

Eu tenho certeza que sou amado por alguém.

27. Eu me dou bem com as pessoas.

Eu me meto em brigas muitas vezes.

Eu me meto em brigas o tempo todo.

ENTREVISTA ESTRUTURADA - ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM

(Traduzido e adaptado de Zimmerman & Martinez-Pons (1986) por Evely Boruchovitch, 1995)

APRENDIZAGEM EM SALA DE AULA

1) Vamos imaginar que a sua professora esteja dando uma aula de português e ela avise que vai dar um teste sobre aquela matéria. Você tem alguma maneira que possa lhe ajudar a aprender e a lembrar o que esta sendo dado na aula? Sim () não (),

*Conta para mim o que é que você faz?

2) Alguns alunos às vezes percebem que a matéria que a professora está dando é muito difícil e que eles não estão conseguindo entender nada. Isso acontece com você ?

Sim () não (),

* Você costuma perceber quando isso acontece ? Sim () não(),

Você tem alguma maneira que possa lhe ajudar a entender melhor essa matéria tão difícil?

Sim () não(),

* O que é que você faz ?

REDAÇÃO

3) Vamos imaginar que a sua professora lhe peça para escrever uma redação ou um texto sobre sua família, o que fez no final de semana ou as coisas que você gosta. A professora lhe avisa que a redação vai valer nota. Você tem alguma maneira ou método que possa lhe ajudar a planejar e a escrever melhor a sua redação? Sim () não(),

*O que é que você faz?

DEVER DE CASA DE MATEMÁTICA

4) Vamos imaginar que a sua professora lhe passe um dever/tarefa/lição de casa de matemática, que você terá que fazer sem ajuda dela. Você tem alguma maneira ou método que possa lhe ajudar a fazer esse dever de forma certa ? Sim () não (),

*O que é que você faz?

PREPARAÇÃO PARA TESTES

5) A maioria dos professores costumam dar provas/ testes/ avaliações que valem notas ou conceitos. As suas notas ou conceitos são usados para decidir se você vai ou não passar de ano.

*Você tem alguma maneira que possa lhe ajudar a se preparar por exemplo para a sua prova de Português ? Sim () não (),

*O que é que você faz?

6) Às vezes você precisa decorar alguma informação para se sair bem na prova. Você tem alguma maneira que possa lhe ajudar a se lembrar melhor ? Sim () não (),

*Conta para mim o que é que você faz?

7) Quando você recebe uma nota de uma prova, o que você costuma fazer?

8) Você costuma fazer alguma coisa com as questões que você errou na prova ? Sim () não (),

* O que é que você faz?

MOTIVAÇÃO PARA FAZER O DEVER DE CASA

9) Muitas vezes os alunos não fazem seus deveres de casa porque tem uma porção de outras coisas que eles gostariam de fazer como jogar bola, assistir televisão, brincar com os amigos.

Isso acontece com você ? Sim () não ()

10) Muitas vezes os alunos acham que aquilo que estão estudando é muito chato. Isso acontece com você ? Sim () não (),

você tem alguma maneira de fazer aquela matéria, que está chata ficar mais agradável ? Sim () não (),

*o que é que você faz ?

ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE

11) Quando você está estudando ou fazendo dever de casa, você costuma ficar em qualquer lugar ou você faz alguma coisa para encontrar um lugar que seja melhor para você se concentrar e aprender ? O que é que você faz?

12) Esse lugar é escolhido por você por quê?

AUTO-AVALIAÇÃO

13) Quando você acaba de fazer um dever de casa, você faz alguma coisa para ver se você completou o dever de maneira certa? Sim () não (),

*O que é que você faz ?

14) Quando você esta fazendo uma prova de português ou matemática, você faz alguma coisa para ter certeza de que suas respostas estejam corretas, antes de você entregar a prova para a professora ? Sim () não (),

*O que é que você faz ?

15) Alguns alunos, às vezes, percebem que não conseguem entender nada ou quase nada do que estão lendo. Isso acontece com você ? Sim () não (),

*você costuma perceber quando isso acontece ? Sim () não ()

16) O que você costuma fazer para lhe ajudar melhor a entender aquilo que você está lendo?

17) Alguns alunos, às vezes, percebem que quando a professora está falando, eles estão pensando em outra coisa e não sabem o que ela está falando. Isso acontece com você ?

Sim () não (),

*Você costuma perceber quando isso lhe acontece ? Sim () não (),

*O que você costuma fazer para lhe ajudar a prestar mais atenção ao que a professora está falando?

ANEXO 07

ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DE AUTO-EFICÁCIA (Medeiros e Loureiro 1999)

NOME:..... DATA:/...../.....

“Vou apresentar a você algumas frases e você vai me dizer o quanto elas tem a ver com o seu jeito de ser. Basta me responder SIM quando elas se parecerem, e NÃO quando elas forem diferentes do seu jeito”.

	NA ESCOLA,	SIM	NÃO
01	Eu tenho me saído bem.		
*02	Eu quero parar de estudar logo.		
03	Eu consigo ler com facilidade.		
*04	Minha família me considera um aluno fraco.		
05	Eu consigo copiar com facilidade.		
06	Minha professora me considera um aluno fraco.		
07	Eu consigo escrever as palavras que são ditadas.		
08	Eu demoro mais que os outros para acabar as atividades.		
09	Eu lembro com facilidade do que aprendi.		
10	Eu tenho mais dificuldade para aprender que meus colegas.		
11	Eu aprendo tão bem quanto meus colegas.		
12	Eu esqueço rápido o que aprendi.		
13	Eu acabo as atividades no mesmo tempo que os colegas.		
14	Eu tenho dificuldade para escrever as palavras que são ditadas.		
15	Minha professora me considera um bom aluno.		
16	Eu tenho dificuldade para fazer cópia.		
*17	Minha família me considera um bom aluno.		
18	Eu tenho dificuldade para ler.		
19	Eu tenho me saído mal.		
*20	Eu quero continuar estudando por muitos anos.		

* Estes itens não devem ser precedidos da expressão “NA ESCOLA”.

ESCALA INFANTIL PIERS-HARRIS DE AUTOCONCEITO

“O que eu sinto sobre mim mesmo”

(Ellen V. Piers e Dale B. Harris) adaptada por Jacob e Loureiro, 1999)

Nome: _____ Data: _____
 Idade: _____ Sexo _____ Série _____
 Escola: _____

*“Aqui estão uma série de afirmações que dizem como algumas pessoas sentem-se a respeito de si mesmas. Vou ler cada afirmação e pedir que você me diga se ela descreve ou não como você se sente em relação à você mesmo. Se for verdadeira ou na maior parte verdadeira para você, diga **sim**. Se for falsa ou na maior parte falsa para você, diga **não**. Responda todas as questões, mesmo que seja difícil decidir.*

Lembre-se que não existem respostas certas ou erradas. Você apenas pode contar-nos como se sente a respeito de você mesmo. Então nós vamos esperar que você responda realmente como se sente internamente.”

1	Meus colegas fazem gozações de mim.	SIM	NÃO
2	Eu sou uma pessoa feliz.	SIM	NÃO
3	É difícil para eu fazer amigos.	SIM	NÃO
4	Muitas vezes eu estou triste.	SIM	NÃO
5	Eu sou esperto.	SIM	NÃO
6	Eu sou tímido.	SIM	NÃO
7	Eu fico nervoso quando a professora me chama.	SIM	NÃO
8	A minha aparência me incomoda.	SIM	NÃO
9	Quando eu crescer eu serei uma pessoa importante.	SIM	NÃO
10	Eu fico preocupado quando nós temos provas na escola.	SIM	NÃO
11	Eu não sou muito admirado na escola.	SIM	NÃO
12	Eu me comporto bem na escola.	SIM	NÃO
13	Geralmente a culpa minha quando alguma coisa dá errada.	SIM	NÃO
14	Eu causo problemas na minha família.	SIM	NÃO
15	Eu sou forte.	SIM	NÃO
16	Eu tenho boas idéias.	SIM	NÃO
17	Eu sou alguém importante para minha família.	SIM	NÃO
18	Eu sempre quero do meu jeito.	SIM	NÃO
19	Eu sou bom para fazer coisas com as minhas mãos.	SIM	NÃO
20	Eu desisto facilmente.	SIM	NÃO
21	Eu sou bom em meus trabalhos da escola.	SIM	NÃO
22	Eu faço muitas coisas ruins.	SIM	NÃO
23	Eu sei desenhar bem.	SIM	NÃO
24	Eu sou bom em música.	SIM	NÃO
25	Eu me comporto mal em casa.	SIM	NÃO
26	Eu sou lento em terminar o meu trabalho de escola.	SIM	NÃO
27	Eu sou alguém importante na minha classe.	SIM	NÃO
28	Eu sou nervoso.	SIM	NÃO
29	Eu tenho olhos bonitos.	SIM	NÃO

30	Eu consigo falar bem na frente da classe.	SIM	NÃO
31	Na escola, eu fico no mundo da lua.	SIM	NÃO
32	Eu atormento meu (s) irmão (s) e irmã (s).	SIM	NÃO
33	Meus amigos gostam das minhas idéias.	SIM	NÃO
34	Eu geralmente me meto em encrenca.	SIM	NÃO
35	Eu sou obediente em casa.	SIM	NÃO
36	Eu tenho sorte.	SIM	NÃO
37	Eu sou muito preocupado.	SIM	NÃO
38	Meus pais esperam muito de mim.	SIM	NÃO
39	Eu gosto de ser do jeito que eu sou.	SIM	NÃO
40	Eu me sinto “por fora” das coisas.	SIM	NÃO
41	Eu tenho um cabelo bonito.	SIM	NÃO
42	Muitas vezes eu me ofereço como voluntário na escola.	SIM	NÃO
43	Eu gostaria de ser diferente.	SIM	NÃO
44	Eu durmo bem à noite.	SIM	NÃO
45	Eu odeio escola.	SIM	NÃO
46	Eu sou um dos últimos a ser escolhido nas brincadeiras.	SIM	NÃO
47	Eu fico doente bastante.	SIM	NÃO
48	Eu sou freqüentemente mau com as pessoas.	SIM	NÃO
49	Meus colegas da escola acham que eu tenho boas idéias.	SIM	NÃO
50	Eu sou feliz.	SIM	NÃO
51	Eu tenho muitos amigos.	SIM	NÃO
52	Eu sou alegre.	SIM	NÃO
53	Eu não sei muitas coisas.	SIM	NÃO
54	Eu sou bonito.	SIM	NÃO
55	Eu tenho muita energia.	SIM	NÃO
56	Eu entro em muitas brigas.	SIM	NÃO
57	Eu sou popular com os meninos.	SIM	NÃO
58	As pessoas me atormentam.	SIM	NÃO
59	Minha família está triste comigo.	SIM	NÃO
60	Eu tenho um rosto agradável.	SIM	NÃO
61	Quando eu tento fazer alguma coisa, tudo parece dar errado.	SIM	NÃO
62	Eu sou atormentado em casa.	SIM	NÃO
63	Eu sou um líder em brincadeiras e esportes.	SIM	NÃO
64	Eu sou desajeitado.	SIM	NÃO
65	Nos jogos e esportes, eu assisto ao invés de jogar.	SIM	NÃO
66	Eu esqueço o que eu aprendo.	SIM	NÃO
67	É fácil conviver comigo.	SIM	NÃO
68	Eu perco a paciência facilmente.	SIM	NÃO
69	Eu sou popular com as meninas.	SIM	NÃO
70	Eu leio bem.	SIM	NÃO
71	Eu prefiro trabalhar sozinho do que em grupo.	SIM	NÃO
72	Eu gosto do meu irmão (a).	SIM	NÃO
73	Eu tenho um corpo bonito.	SIM	NÃO
74	Muitas vezes eu sou medroso.	SIM	NÃO
75	Eu sempre derrubando ou quebrando as coisas.	SIM	NÃO
76	As pessoas confiam em mim.	SIM	NÃO
77	Eu sou diferente das outras pessoas.	SIM	NÃO
78	Eu tenho maus pensamentos.	SIM	NÃO
79	Eu choro facilmente.	SIM	NÃO
80	Eu sou uma boa pessoa.	SIM	NÃO

**Entrevista e Pranchas para Avaliação da Regulação Emocional de Alunos do
Ensino Fundamental – ERE**

Miriam Cruvinel & Evely Boruchovitch (2004)

Nome da criança:

Data:

Instrução:

“Você sabe que todas as pessoas, inclusive as crianças têm sentimentos e emoções, como alegria, tristeza, raiva, medo, nervoso e outras. Eu vou fazer algumas perguntas sobre alguns desses sentimentos e gostaria de saber o que você faz quando você sente, por exemplo, tristeza. Podemos começar?”.

**Desenvolvida a partir da literatura da área*

Exemplo: Avaliação da tristeza

Tristeza



O pesquisador deverá mostrar uma prancha que contém o desenho de uma criança (do mesmo sexo do participante) com expressão de tristeza. O pesquisador deve dizer: “Aqui você vê um (a) menino (a) muito triste”.

Em seguida, deverá fazer as seguintes perguntas:

1. Você costuma se sentir triste?

SIM () ALGUMAS VEZES () NÃO ()

2. Você costuma perceber quando você se sente triste?

SIM () ALGUMAS VEZES () NÃO ()

3. Quando você se sente triste, você costuma fazer alguma coisa para melhorar a sua tristeza?

SIM () ALGUMAS VEZES () NÃO ()

3.1. Se sim ou algumas vezes. Conta para mim o que você costuma fazer para melhorar sua tristeza?

3.2. Se não. Porque você não faz nada para melhorar sua tristeza?

4. Você costuma fazer mais alguma coisa para melhorar sua tristeza?

SIM () ALGUMAS VEZES () NÃO ()

4.1. Se sim. O que mais você costuma fazer?

5. Quando você está triste, você acha que sua tristeza lhe atrapalha em alguma coisa?

SIM () ALGUMAS VEZES () NÃO ()

5.1. Se sim ou algumas vezes. Em que você acha que a sua tristeza lhe atrapalha?

5.2. Você acha que pode fazer alguma coisa para essa tristeza não lhe atrapalhar?

SIM () ALGUMAS VEZES () NÃO ()

O que?

6. O que costuma deixar você triste?

SISTEMA DE CATEGORIZAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM

Evely Boruchovitch (2006b)

1 – Controle da atenção, do pensamento e do comportamento: esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata manter a atenção, modificar e adequar as próprias ações como um meio de aprender melhor um conteúdo.

Exemplos: presto atenção na aula; faço o exercício com atenção; paro de conversar com o colega; mudo de lugar ou peço para o colega ficar quieto; paro de pensar no que eu estava pensando antes; tento não pensar em outras coisas.

2 - Pedir Ajuda: esta categoria inclui respostas que indicam iniciativa do estudante de solicitar a assistência de colegas, professores e familiares nas diversas situações escolares visando aprender e entender melhor um conteúdo. A busca de apoio aqui se refere a situações em que o aluno tem dúvida e/ou precisa de explicações adicionais.

Exemplos: peço ajuda da minha mãe; pergunto para o professor.

3 – Leitura e/ ou Escrita Mecânica : esta categoria inclui respostas que dizem respeito ao simples ler e /ou ao copiar do quadro o conteúdo caracterizando um comportamento mecânico e não elaborativo por parte do aluno.

Exemplos : vou lendo junto com o professor no quadro; tento ler o que ele passa no quadro; eu escrevo o que ela passa no quadro; leio e escrevo o que a professora passa no quadro, leio toda matéria, olho no caderno.

4 – Escrita Elaborada : esta categoria inclui respostas nas quais o aluno relata ouvir a explicação e anotar o conteúdo, com suas próprias palavras.

Exemplos: espero ela explicar e anoto o que eu entendi no caderno; escrevo no caderno o que eu entendi do que ela falou.

5 – Fazer exercícios: esta categoria inclui respostas que se referem ao comportamento de estudar em casa, por meio da realização e/ ou repetição das atividades propostas pelo professor em sala de aula ou como lição de casa. Os exercícios funcionam aqui como uma forma de aprender melhor um conteúdo, segundo o aluno.

Exemplos : eu estudo os exercícios; eu faço os exercícios; eu respondo os exercícios; eu faço a lição; estudo em casa através dos exercícios.

6 - Não sei : esta categoria inclui respostas nas quais o aluno relata desconhecer métodos ou formas de aprender e lembrar melhor um conteúdo durante qualquer situação de estudo ou aprendizagem.

7- Expressão de Sentimentos: esta categoria inclui respostas nas quais o aluno relatou ter inibição, desconforto ou vergonha de fazer alguma pergunta ao professor, preferindo permanecer com suas dúvidas. Inclui também respostas nas quais ocorre a menção de qualquer outro afeto relacionado a sua aprendizagem.

Exemplos: não peço para o professor explicar de novo, fico com vergonha, fico nervoso antes de receber uma nota; fico feliz quando a nota é boa; tenho medo do meu pai me colocar de castigo.

8 – Organizar as idéias mentalmente: esta categoria inclui respostas nas quais o participante menciona antecipar internamente o que deverá ser escrito ou incluído em uma tarefa ou em uma redação.

Exemplos: penso como vai ser a história antes de escrever; faço um resumo na cabeça; lembro o que eu fiz no final de semana e escrevo; penso bastante para ter coerência o que vou escrever; penso sempre antes de começar a fazer.

9 – Preocupações quanto a estética, a técnica e a gramática : Esta categoria inclui respostas nas quais o estudante relata prestar atenção à gramática, à aparência e a apresentação dos trabalhos ou das tarefas como um todo.

Exemplos: Capricho na ortografia; faço um rascunho, passo a limpo ; faço letra pequena.

10 – Pesquisar : Esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata procurar apoio adicional para entender um conteúdo por meio da busca em fontes diversas como livros, textos, caderno, entre outras.

Exemplos: Procuo no dicionário; uso o texto que a professora deu como referência; pesquiso no caderno; pesquiso nos livros antes de escrever; se é uma palavra que eu não conheço eu procuro no dicionário; tento olhar no caderno e no livro.

11 – Conferir: esta categoria inclui respostas nas quais o estudante relata verificar se fez certo uma tarefa ou se aprendeu de fato um conteúdo buscando a resposta por meio de procedimentos de avaliação, de auto-avaliação ou de solicitação de terceiros para a avaliação de sua aprendizagem.

Exemplos: eu pego e conto nos dedos; faço a prova real; olho a tabuada; faço duas ou três vezes; olho a resposta no livro, no caderno, mostro para o meu irmão que tá na 7^a série, eu estudo e peço para o meu irmão tomar de mim; eu leio muitas vezes e depois tento lembrar sem olhar; tento ver se eu aprendi, viro a folha e tento lembrar; comparo a minha resposta com a do colega.

12– Elaborar: esta categoria inclui respostas nas quais o estudante relata codificar a informação usando estratégias que vão além da simples leitura ou repetição.

Exemplo: faço umas provas para eu mesma; faço questões e respondo; pego toda a matéria e faço um resumo; eu mesma monto o exercício para tentar fazer; elaboro perguntas sobre a matéria e respondo para tentar decorar; tento fazer um resumo.

13- Ensaiar: esta categoria inclui respostas em que o estudante relata simplesmente repetir a informação oralmente ou por escrito, várias vezes, para melhorar a sua retenção da

informação. Exemplos: escrevo a matéria bastante até decorar; leio a matéria que vai cair muitas vezes para decorar.

14 – Estudar: esta categoria inclui respostas em que o estudante relata simplesmente que estuda, mas não esclarece como, sendo portanto um tipo de resposta circular e redundante. Exemplo: eu estudo.

15 – Comportamento Inalterado: esta categoria inclui respostas nas quais o estudante não faz nada ou não menciona usar nenhuma estratégia de aprendizagem para melhor gerenciar sua aprendizagem e lidar com a situação com alguma situação proposta. Exemplos: não faço nada

16 – Corrigir por Iniciativa Própria: esta categoria inclui respostas em que o participante relata fazer correções nas questões que errou na prova ou refazer um exercício que errou por si próprio. Exemplos: pego as questões que errei e corrijo; procuro saber a resposta certa no caderno ou no livro.

17 – Corrigir quando Alguém Pede: esta categoria inclui respostas em que o participante relata somente consertar ou refazer as questões que errou na prova somente quando a professora ou alguém pede. Exemplos: corrijo quando minha mãe pede.

18 – Motivadores Intrínsecos: esta categoria inclui respostas em que o participante relata se auto-motivar devido a fatores internos como interesses próprios, curiosidades e aspirações pessoais. Exemplo: estudo mais para aprender; porque quero aprender a ler e escrever.

19- Motivadores Extrínsecos: esta categoria inclui respostas em que o estudante relata se auto-motivar devido a fatores externos e ambientais como pressão social, recompensas e punições. Exemplos: porque eu recebo elogios; porque tenho medo de não passar de ano; porque minha mãe me cobra; a professora cobra, fica brava, a professora dá advertência; para eu aumentar a minha nota.

20- Associação com o Lúdico: esta categoria inclui respostas em que o participante relata associar o estudo às coisas agradáveis para auto-motivar-se. Exemplos: procuro colocar perguntas divertidas na hora que estudo a matéria; vou estudando e lendo poesia; faço piada da matéria; estudo brincando; brinco de escola com minha mãe.

21 – Condições Físicas ou Sociais: esta categoria inclui respostas em que o estudante relata procurar locais para estudar levando em conta a adequação dos aspectos como : mobiliário, iluminação, ventilação e temperatura e/ou locais onde hajam pessoas por perto que possam ajudá-los quando tem dúvida. Exemplos: porque é mais fresco e sossegado; por que tem mais espaço; por que tem mesa; por que meu pai deixa a luz acesa; por que tem mais vento, estudo na cozinha porque aí minha mãe me ajuda.

22– Evitar Distrações: esta categoria inclui respostas em que o estudante relata procurar locais de estudo, levando em conta a possibilidade de se esquivar da presença de outras pessoas e de ruídos. Exemplos: eu entro lá e ninguém me atrapalha; por que não tem minha irmã me perturbando; porque na área da frente não vai ninguém.

23 – Presença de Distrações: esta categoria inclui respostas em que o participante relata procurar locais de estudo onde haja a presença de fatores que interferem com a concentração, tais como: televisão, música, comida, rádio, entre outros. Exemplos: eu fico brincando, ouvindo o som e estudando; gosto de estudar na sala porque eu aproveito para ver televisão.

24 – Rerler Cuidadosamente: esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata verificar a sua compreensão da leitura de texto ou verificar se fez um exercício corretamente usando a releitura vagarosa e cautelosa como forma de conferência do próprio desempenho. Exemplo: eu leio; releio de novo com muita atenção; eu volto a questão e releio e vejo se está certo; releio e faço de novo, se tiver errado, leio novamente; leio muitas vezes até entender o que o texto está dizendo; leio mais devagar; releio de novo com muita atenção.

25 – Concentrar na Figura e na Postura do Professor: esta categoria inclui respostas em que o estudante relata monitorar a sua atenção fixando-se na imagem do professor, tomando-o como referencial, no qual mudanças na conduta do mesmo ou explicações adicionais são solicitadas. Exemplos: peço para a professora falar mais alto, olho bastante para o professor quando começo a ficar distraído.

26- Mostrar Para as Pessoas Significativas: esta categoria inclui respostas em que o estudante relata levar ao conhecimento de pessoas importantes do seu contexto social, seus resultados de tarefas escolares ou avaliações.

Taxioma das Estratégias de Aprendizagem

Estratégias Metacognitivas		
Estratégias	Todas as Tarefas	
Planejamento	Estabelecer metas	
Monitoramento	Auto-testagem Atenção Compreensão Uso de estratégias	
Regulação	Ajustar velocidade Reler Rever Uso de estratégias Ajustar ambiente	
Estratégias Cognitivas		
Estratégias	Tarefas Simples	Tarefas Complexas
Ensaio	Repetir	Copiar o material Anotar na íntegra Sublinhar
Elaboração	R. Mnemônicos	Parafrasear Resumir Anotar Criar analogias
Organização	R. Minemônicos	Selecionar idéias Roteiros, Mapas

**SISTEMA DE CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES
REFERENTES ÀS ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO EMOCIONAL
Miriam Cruvinel e Evely Boruchovitch (2007)**

Estratégias para melhorar a tristeza, raiva e medo ou manter a alegria.

1. Controle do comportamento e da emoção – esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata que procura modificar seu comportamento, como uma forma de dominar sua conduta e seus sentimentos.

Exemplos: parar de chorar; ficar quieto; ir para outro lugar; enxugar as lágrimas; respirar fundo; me acalmar; dormir; tomar água e nadar.

2. Atividades prazerosas e agradáveis - esta categoria inclui respostas nas quais o participante procura fazer coisas que gosta e que lhe traz prazer e satisfação visando melhorar um sentimento negativo ou manter um sentimento positivo.

Exemplos: brinco com o primo; com o cachorro; brinco de boneca; ando de bicicleta; divertir-me; me animar; assistir TV; ouvir música; passear; fazer coisas engraçadas; fazer coisas que gosto.

3. Busca de Distração - esta categoria inclui respostas em que o participante procura se ocupar com alguma outra coisa visando afastar um sentimento negativo ou como uma estratégia para manter um sentimento positivo.

Exemplo: Me distrair; fazer outras coisas; fazer lição de casa; fazer alguma coisa; ler; me ocupar com outras coisas.

4. Busca de Suporte afetivo-social - esta categoria inclui respostas nas quais o participante procura ficar próximo de alguém como maneira de afastar um sentimento negativo ou como uma estratégia para manter um sentimento positivo.

Exemplos: Desabafar com os amigos; conversar; pedir abraço; ficar perto de alguém; ficar com pessoas alegres.

5. Controle do pensamento – esta categoria inclui respostas nas quais o participante tenta alterar ou modificar sua forma de pensar para afastar um sentimento negativo ou como uma estratégia para manter um sentimento positivo.

Exemplos: Pensar em coisas boas; Pensar que não vai adiantar ficar triste; Esquecer pensamento ruim; Parar de ficar triste; me animar; não ligar; pensar em outra coisa; não pensar; rezar.

6. Externalização da raiva – esta categoria inclui respostas nas quais o participante menciona o emprego de alguma ação agressiva para que a raiva passe.

Exemplo: revidar, esmagar as plantas.

7. Resolução de problema – esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata enfrentar o conflito, procurando encontrar uma solução para a situação.

Exemplo: Resolver o problema; dar socos no travesseiro; pedir desculpas; não fazer mais o que me deixou com raiva.

8. Não sei/ vago/ distorcido - esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata desconhecer estratégias para melhorar um sentimento negativo ou para manter um sentimento positivo.

Exemplo: não sei

9. Ambiente escolar – esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata que aspectos positivos relacionados à escola ajudam a manter o sentimento positivo.

Exemplo: ser boa aluna; tirar notas boas; estudar.

10. Isolamento – esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata que se afastar das outras pessoas e/ou ficar sozinha ajuda a ficar alegre.

Exemplo: ficar sozinha

11. Comportamento inalterado– esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata que não faz nada para ficar alegre.

Motivos que levam a criança a não fazer nada para melhorar a tristeza, raiva e medo.

1. Sentimento de impotência - esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata não fazer nada para melhorar seu sentimento negativo pelo fato de não conseguir ou não se sentir capaz em melhorá-lo.

Exemplos: Não consigo; Não tem jeito; Não saio do lugar; Não me mexo; Fica na cabeça e não sai; não sei o que fazer.

2. Não sei - esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata não saber porque não faz nada para melhorar um sentimento negativo.

3. Falta de consciência – esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata não fazer nada para melhorar seu sentimento negativo pelo fato de desconhecer a estratégia que empregou ou por não perceber a existência do sentimento negativo.

Exemplo: quando eu brinco a tristeza passa; não sei que a raiva está em mim; quando faço alguma coisa a raiva passa.

4. Comportamento inalterado - esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata que não costuma fazer nada diante do sentimento negativo.

Exemplo: o medo passa sozinho.

Caráter prejudicial da tristeza, raiva e medo.

1. Ambiente escolar - esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata que ter sentimento negativo atrapalha nas tarefas e comportamentos relacionados ao contexto acadêmico.

Exemplos: Em escrever; Não presto atenção; Não me concentro; Nos estudos; na lição de casa; na escola.

2. Pensamento intrusivo - esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata que ter sentimento negativo atrapalha porque ele não consegue parar de pensar no motivo que causou o sentimento ruim, ficando com uma idéia fixa.

Exemplos: Deixo de pensar em coisas boas; Não sai da cabeça; penso em coisas ruins; fico pensando no que me deixou triste; não presto atenção; não lembro das coisas; atrapalha em pensar; fico preocupado.

3. Sensações negativas - esta categoria inclui respostas que descrevem o sentimento negativo como sendo algo ruim e desagradável de se sentir.

Exemplos: Ficar triste é ruim; é chato; eu fico abalada; fico com mal estar; choro muito; deixo de ficar alegre; fico nervosa; não consigo me acalmar; é assustador.

4. Interações sociais - esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata que ter sentimentos negativos o atrapalha nas relações com as outras pessoas.

Exemplos: Em falar com as pessoas; fico sozinho; as pessoas se afastam; descarrego nas pessoas.

5. Atividades diárias gerais - esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata que ter sentimentos negativos o atrapalha nas tarefas gerais do dia-a-dia.

Exemplos: Na brincadeira; Em fazer as coisas; em tudo; na vida; não consigo fazer nada; em dormir.

6. Não sei - esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata que não sabe em que o sentimento negativo o atrapalha.

7. Não atrapalha - esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata que ter sentimentos negativos não o incomoda em nada.

Exemplo: não atrapalha; em nada.

Motivos que geram a tristeza, raiva e medo.

1. Não sei - esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata que desconhece os motivos que lhe causam algum sentimento negativo.

2. Doença ou morte - esta categoria inclui respostas relativas a perdas e problemas de saúde de alguém, de si mesmo ou de algum animal.

Exemplo: Alguém da família fica doente ou morre; quando tenho ânsia; pensar que os pais podem morrer; cirurgia; cachorro morre; me machucar; velório; cemitério ia.

3. Agressão física/ verbal - esta categoria inclui respostas relacionadas a algum tipo de comportamento destrutivo e violento como sendo um motivo gerador de sentimento negativo.

Exemplos: Alguém briga comigo: me xingam; ficam de mal; pais brigam comigo; briga ou discussão entre os pais; irmão diz que a mãe não gosta de mim; primas falam palavrão; alguém me irrita; me chamam de burra; filmes de terror; ladrão; assalto.

4. Falta de suporte afetivo-social - esta categoria inclui respostas que relacionam o sentimento negativo a pouca atenção e afetividade, principalmente dos pais, bem como, sugere respostas que expressam o medo de ser abandonado ou de ficar sozinho.

Exemplos: Mãe sai e não me leva com ela; mãe promete passeio e não vai; pais não dão atenção; pais não percebem que estou por perto; ficar longe dos pais; não ter família; ficar sozinho; ficar perdido; ficar sozinho no mundo.

5. Acontecimentos ruins - esta categoria inclui respostas nas quais o sentimento negativo é gerado por notícias, pensamentos e eventos negativos gerais que ocorrem no dia-a-dia.

Exemplo: Coisas ruins e erradas que acontecem; Ver coisas ruins na TV; pensar em coisas ruins; lembrar de coisas ruins.

6. Proibição - esta categoria inclui respostas nas quais o sentimento negativo é associado à impossibilidade do participante em realizar alguma atividade devido a regras impostas por algum adulto.

Exemplo: Quero ficar com a tia e não posso; mãe não me deixa brincar; mãe não deixa fazer nada; não poder sair de casa.

7. Ambiente escolar - esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata que o que gera sentimentos negativos são coisas pessoais relacionadas à escola, como ter comportamento inadequado na escola e insucesso acadêmico.

Exemplos: Não saber ler; repetir o ano; fazer alguma coisa errada na escola; ler na classe; tirar nota baixa.

8. Ausência de Atividade lúdica - esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata que o que gera sentimentos negativos é a falta de atividades relacionadas à brincadeira.
Exemplo: Não ter ninguém para brincar; não brincar; querer um brinquedo e não ter; não ter nada para fazer.

9. Frustração - esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata que apresenta sentimentos negativos quando as coisas não acontecem da maneira como ele gostaria.
Exemplos: passeio é adiado; alguma coisa dá errada; amigo não pode ou não quer brincar comigo; não brincam do jeito que eu quero.

10. Pensamentos ruins ou negativos – esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata que a presença de cognições ou idéias negativas causa sentimentos ou sensações ruins.
Exemplos: pensar em alguma coisa ruim.

11. Animais - esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata que a presença de animais lhe causa sentimento negativo, mais especificamente, medo.
Exemplo: cobra; aranha; barata; rato; entre outros.

12 - Condições ambientais e fenômenos da natureza – esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata que aspectos relacionados à natureza causam sentimento negativo.
Exemplo: tempestade; escuro; barulhos; altura.

13. Figuras mitológicas - esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata que aspectos relacionados a entidades imaginárias encontradas principalmente na literatura infantil lhe causam sentimento negativo.

Exemplo: bruxa; fantasmas; monstros; vampiros.

ALEGRIA

Motivos pelos quais me considero uma pessoa alegre

1. Qualidades pessoais – esta categoria inclui respostas em que o participante relata que se considera uma pessoa alegre pelo fato de apresentar algumas características pessoais positivas.

Exemplo: fico feliz com todo mundo; sou criativo; não brigo.

2. Afetividade e apoio social – esta categoria inclui respostas em que o participante relata que se considera uma pessoa alegre pelo fato de se sentir amado no ambiente familiar ou em relação à outras pessoas fora do contexto familiar.

Exemplos: Pais gostam de mim; mãe faz tudo por mim; pais não me batem; minha família é única; gosto dos meus pais; irmãos brincam comigo; mãe me deixa alegre.

3. Atividades agradáveis e prazerosas - esta categoria inclui respostas em que o participante relata que se considera uma pessoa alegre pelo fato de fazer coisas que gosta e que lhe proporcionam satisfação.

Exemplo: brincar; fazer coisas boas; rir; divertir.

4. Sucesso escolar - esta categoria inclui respostas em que o participante relata que se considera uma pessoa alegre pelo fato de ter êxito com situações relacionadas à escola.

Exemplo: quando aprendo

5. Não sei \ redundante - esta categoria inclui respostas nas quais o participante apresenta uma resposta pouco esclarecedora ou que apenas repete a própria pergunta.

Exemplo: sou alegre; porque gosto de ser alegre; alegria é bom; porque dou muita risada; porque sim.

Motivos pelos quais não me considero uma pessoa alegre

1. Presença de Emoção negativa - esta categoria inclui respostas em que o participante relata que não se considera uma pessoa alegre pelo fato de apresentar mais sentimentos negativos que positivos.

Exemplo: Fico mais triste que alegre.

2. Acontecimentos ruins - esta categoria inclui respostas em que o participante relata que não se considera uma pessoa alegre pelo fato de vivenciar eventos negativos em seu dia-a-dia.

Exemplo: coisas ruins que acontecem; alguma coisa acontece e me deixa triste; mãe me deixa brincar.

3. Ambiente escolar - esta categoria inclui respostas em que o participante relata que não se considera uma pessoa alegre devido a problemas de insucesso acadêmico.

Exemplo: não sei ler.

Motivos que me deixam alegre

1. Atividades agradáveis e prazerosas - esta categoria inclui respostas nas quais o participante revela que o que gera sentimentos positivos é a realização de tarefas que gosta de fazer.

Exemplos: visitar parentes; brincar; fazer coisas engraçadas; dançar; cantar; ver TV; ter amigos.

2. Demonstração de afeto de terceiros - esta categoria inclui respostas nas quais o participante revela que o que gera sentimentos positivos é se sentir e se perceber amado e aceito pelos seus entes queridos.

Exemplo: ter uma família feliz e unida; receber elogios; receber abraço da mãe; ficar com os pais; beijar.

3. Ambiente escolar - esta categoria inclui respostas nas quais o participante relata que o que gera sentimentos positivos são os eventos pessoais relacionados à escola.

Exemplos: aprender; ir embora da escola; ter notas boas.

4. Qualidades pessoais - esta categoria inclui respostas nas quais o participante revela que o que gera sentimentos positivos é ter algumas características pessoais positivas.
Exemplo: ajudar alguém; ver a mãe alegre; ser criativo.

Não sei/ redundante - esta categoria inclui respostas nas quais o participante apresenta uma resposta pouco esclarecedora ou que repete a própria pergunta
Exemplo: ser feliz; muitas coisas.