

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

**A DEPRESSÃO
EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES E SUAS IMPLICAÇÕES NA ESCOLA**

GREYCE PORRECA DELA COLETA

CAMPINAS - SP

2012

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

**A DEPRESSÃO
EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES E SUAS IMPLICAÇÕES NA ESCOLA**

GREYCE PORRECA DELA COLETA

Monografia exigida para conclusão do Curso de Pós-Graduação em Pedagogia na **Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP** sob a supervisão da orientadora: Telma Pileggi Vinha.

CAMPINAS - SP

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA
DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO/UNICAMP
Rosemary Passos – CRB-8ª/5751

C679d Coleta, Greyce Porreca Dela, 1984-
A depressão em crianças e adolescentes e suas
implicações na escola / Greyce Porreca Dela Coleta. –
Campinas, SP: [s.n.], 2012.

Orientador: Telma Pileggi Vinha.
Trabalho de conclusão de curso (graduação) –
Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Educação.

1. Depressão em crianças. 2. Depressão na
adolescência. I. Vinha, Telma Pileggi, 1968- . II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Educação. III. Título.

12-166-BFE

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.

Fernando Pessoa

Dedicatória:

À minha querida e amada avó Elvira. Minha avó, minha mãe, minha madrinha, minha amiga, meu bem mais precioso. Todos que a conhecem se encantam por você é com o maior orgulho do mundo que dedico não apenas esse trabalho como toda a minha vida a você. O ser mais precioso desse mundo. Te Amo vovó Tuti!

AGRADECIMENTOS

As pessoas que passam por nossas vidas nunca são esquecidas. Por que por mais que não se mantenha contato é impossível apagar alguém por definitivo da memória, lembranças sempre ficam marcadas na alma...

Em primeiríssimo lugar a Deus não só por ter me guiado em todo o caminho quando eu mesma não sabia por onde trilhar, mas por me segurar nos braços quando eu não mais tive forças pra continuar. Amigo mais fiel não há! Agradeço a Jesus e sua Maravilhosa Graça presente desde meu nascimento, influenciando minha mãe em sonho a me dar esse nome com um significado tão profundo!

A meus pais por me darem a vida! A meu pai por ter trilhado parte da caminhada ao meu lado, por ter sido meu confidente e me esperar todas as sextas-feiras em frente à nossa casa. Meus profundos sentimentos por não poder compartilhar essa vitória com você!

A minha mãe por enfrentar todas as dificuldades e me manter aqui até o final do curso, o meu muito obrigada, sei que não foi fácil!

A minha princesa que é minha irmãzinha, baixinha mais especial não existe, você é um presente de Deus em minha vida.

A toda minha família Dela Coleta por sempre ter me dado tanto amor e carinho, mesmo a distancia o amor é o mesmo, obrigada por todas as demonstrações, preocupações e carinho. A minha família Porreca, obrigada por ajudar diretamente em meu sustento e dificuldades, pois sem a ajuda de vocês tudo teria sido muito mais difícil. Obrigada pelas tentativas em me entender ou interesse em saber o que se passava pra poder ajudar de maneira mais efetiva. Me orgulho muito da família que tenho, da parte de meu pai e de minha mãe, TODOS vocês são vitais para mim, obrigada por fazer parte da minha vida e minha história.

Ao Marco Silveira pela paciência, pela flexibilidade, por acreditar em mim, por esperar os meus momentos, por ser mais do que coerente com o trabalho, pela amizade e preocupação. O meu muito obrigada a você e a galerinha do Gaia.

A meu querido e amado namorado Fabrício Diniz que esteve ao meu lado acreditando em mim, me ensinando, puxando minha orelha, auxiliando e mediando as longas e difíceis conversas e momentos que passamos juntos. Tivemos muitas dificuldades, mas sempre suportando um ao outro, o meu muito obrigado de

coração! Por tudo que fez, deixou de fazer e todos os pequenos gestos que podem ter passado despercebidos, mas foram do coração.

A todos os meus amigos, suportes, bases e alicerces que me seguraram em meio a tantos momentos difíceis, cada olhar, cada abraço, cada lágrima, cada vez que seguraram minha mão, quando me levaram empurrada ao médico pra ver o que estava acontecendo. Pelas inúmeras vezes que literalmente salvaram a minha vida. Não citarei nomes, pois correria o risco de esquecer de alguém (e me conhecendo, com certeza isso aconteceria). Na verdade citarei apenas alguns nomes que com certeza representarão bem todos os demais. Em nome das amigas mulheres, Elaine Seixas e Ana Cláudia Maciel, jamais teria passado por isso sem vocês, Nana minha amiga-irmã o melhor presente da minha faculdade o que eu poderia te dizer? Te Amo! Simples assim como é nossa amizade, no silêncio ou nas palavras... mas sempre perto, mesmo que seja no coração! Anita obrigada pelos puxões de orelha, obrigada por me manter em pé mesmo que isso significasse bater em mim ou quebrar uns espelhos... RS! Jamais esquecerei esse dia e as noites que segurou minha mão até a ansiedade baixar, o meu muito obrigada! E ainda é pouco... Mas tudo bem, você não gosta de nada meloso mesmo... Rs!

Hepático você com certeza representa muito bem a todos os meus amigos, meu irmão. Dividimos TUDO ou quase tudo, lógico... RS! As noites de companhia em TODAS as dificuldades, ao ouvido sempre atento e teimoso que conseguia vencer a minha vontade de ficar só, não importava onde fosse, mas lá estava você! E quantas noites não meu amigo? As noites com a Narah ainda filhotinho que tínhamos que acordar de madrugada pra brincar com ela senão ela chorava, e minha medicação não me dava essas condições de ficar em pé, então lá estava você... no jardim as 3 ou 4h da manhã... Aos FRIENDS!

Pri Akemi você representa tanta coisa pra mim, lealdade, longas noites, a mão que me segurava culto após culto, as longas caminhadas, descobrindo e redescobrimo Deus no caminho, noites no hospital... vixe... só te dei trabalho... RS! Cresci muito com você como pessoa, como cristã e com certeza tive um dos maiores exemplos de amizade segundo a Bíblia e totalmente vindo de dentro do coração. Que orgulho chamá-la de AMIGA! A todas as meninas da rep das luluzinhas e a você Samara Andrade que o tempo não apaga nem modifica a amizade, não importa quanto tempo passe é sempre a mesmo, amo vocês!

Flavinha que orgulho de tê-la como parte integrante do encerramento dessa fase de minha vida. Que bom ser uma pessoa tão querida e que também teve participação em minha caminhada, que esse Trabalho possa auxiliá-la em sua escola! Carolina Aragão, não poderia me esquecer de você, obrigada pelos conselhos acadêmicos e cotidianos, foi um prazer tê-la como co-orientadora, mesmo que por pouco tempo. Tenho muito carinho por você, espero que continue a fazer parte de minha vida, de verdade e de todo meu coração, você é um doce!

À ONG “Pensamentos Filmados” que tem me ensinado dia a dia a fazer parte de minha própria mudança e bem estar. O tempo de convivência é curto, mas a afinidade é muito grande. Que prazer estar na companhia de vocês. Que esse TCC também seja uma vitória pra ONG, que me orgulho de integrar, obrigada “Ana Maria Saad, cara de amizade”!

À Vânia Ister por corrigir e formatar meu trabalho, pela paciência, pelas trocas e pela disponibilidade, o meu muito obrigada! Esse trabalho não teria sido feito sem seu trabalho!

A minha terapeuta, amiga, companheira, meu socorro sempre presente, percorri anos em poucos meses ao seu lado, a você Maria Cândida Becker o meu muito obrigada, pois sem você eu não teria concluído essa etapa em minha vida e não estaria tão bem e tão segura. Obrigada por ser meu porto seguro e me ajudar a pescar. Jamais imaginei uma relação tão bacana com uma terapeuta. Tenho prazer em compartilhar contigo cada vitória, cada queda, e cada insegurança. Obrigada por estar sempre presente e disponível para ajudar em todas as coisas!

Finalmente e não menos importante à minha querida orientadora Telma. Quanto amor, quanto carinho, quanta preocupação, quantos momentos, quanto aprendizado, quanta admiração e orgulho que tenho em ser sua orientanda. Obrigada pelos bons momentos, me perdoe pelos difíceis. Faltam palavras, sobram sentimentos e como tudo é tão intenso, receba o meu agradecimento intensificado, o meu carinho infinito ida e volta e saiba que jamais me esquecerei da primeira vez que nos falamos, do segurar a mão, o olhar nos olhos e a compreensão do tamanho da dificuldade que eu enfrentava que eu jamais tinha visto nos olhos de ninguém... Você diz: “É tão pouco...” e eu retruco “Significou tanto...” Obrigada por ter se doado tanto, sei que sempre fez o possível e mais um pouco! Da sua eterna *doce menina*...

A todos aqueles que passaram em minha vida e que me ajudaram a ser quem sou!

“Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, é porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra! Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso”.

Charles Chaplin

RESUMO

Os índices de depressão têm crescido cada vez mais, consistindo em um problema de saúde pública. Segundo levantamento dos dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) realizado em 2011, a depressão afeta cerca de 340 milhões de pessoas atualmente e é um dos maiores responsáveis pelos 850 mil suicídios por ano em todo o mundo. No Brasil, são cerca de 17 milhões de indivíduos acometidos pela depressão. A OMS prevê que em 2020 a depressão venha a ser a segunda doença com mais prejuízos à vida útil dos indivíduos, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. Cerca de 2/3 das pessoas deprimidas não procuram tratamento e 50% das que procuram recebem diagnóstico errado. Em vista disto, este trabalho teve como objetivos: revisar as contribuições acerca das características psicossociais da depressão que se encontram vinculadas principalmente as crianças e adolescentes, assim como discorrer sobre as dificuldades de detecção por parte dos familiares e dos professores e sobre o impacto na vida escolar, visando um melhor esclarecimento sobre a doença e suas implicações na sala de aula. Para tanto, foi realizada uma revisão bibliográfica de artigos na base de dados Scielo, teses e livros segundo os critérios que retratem o aprendizado escolar do aluno depressivo e leituras específicas sobre as distintas formas de apresentação da depressão (aspectos biológicos, psicológicos conscientes e inconscientes, interpessoais e sociológicos) segundo as diferentes faixas etárias. Buscou-se também discorrer sobre os fatores ambientais e cognitivos estão envolvidos e qual maneira de facilitar o desenvolvimento e a aprendizagem do aluno devido às dificuldades sintomáticas da doença. Sabe-se que, quanto mais cedo o aparecimento da depressão, maior sua intensidade e provável reincidência. A depressão na infância e/ou adolescência acarreta mais prejuízos ao indivíduo e maior possibilidade de recorrência na vida adulta, além de ser uma das formas mais nocivas da doença. Iniciamos conceituando historicamente a depressão desde suas origens, procuramos explicar e contextualizar a depressão na contemporaneidade. Demonstramos, ainda que brevemente, os fatores biológicos e culturais que acompanham essa patologia. Para melhor caracterizar o foco desta pesquisa, diferenciamos os sintomas conforme a idade dos sujeitos mostrou a incidência e riscos entre os adolescentes e aspectos do suicídio nessa idade. Abordamos os

tratamentos disponíveis. Finalizamos concordando com a literatura pesquisada, sobre a necessidade de mais pesquisas, treinamento e intervenção nas escolas para ajudar crianças e adolescentes que enfrentam, por diferentes causas, um período de depressão, a fim de evitar que isto traga maiores transtornos na vida escolar desses.

PALAVRAS CHAVE: depressão, infância, adolescência, escola.

ABSTRACT

The rates of depression have grown increasingly consisting of a public health problem. According to survey data from the World Health Organization (WHO) conducted in 2011, depression affects about 340 million people today and is one of the most responsible for 850 000 suicides a year worldwide. In Brazil, about 17 million individuals affected by depression. The WHO predicts that by 2020 depression will be the second disease damage over the lifetime of individuals, second only to cardiovascular disease. About two thirds of depressed people do not seek treatment and 50% of those who seek to receive the wrong diagnosis. In view of this, this study aimed to review the contributions on the psychosocial characteristics of depression that are linked mainly children and adolescents, as well as discuss the difficulties of detection by family members and teachers and the impact on school life, seeking a better insight into the disease and its implications in the classroom. For this purpose, we performed a literature review in the Scielo database, theses and books according to criteria that reflect the student's academic achievement and depressive specific readings on the different forms of presentation of depression (biological, psychological conscious and unconscious, interpersonal and sociological) according to different age groups. It also sought to discuss the environmental and cognitive factors are involved and which way to facilitate the development and student learning difficulties due to symptomatic disease. It is known that the earlier the onset of depression, the greater its intensity and likely recurrence. Depression in childhood and / or adolescence causes more harm to the individual and greater likelihood of recurrence in adult life, besides being one of the most harmful disease. Historically began conceptualizing depression from its origins seek to explain and contextualize the contemporary depression. Demonstrated, albeit briefly, the biological and cultural factors that accompany this disease. To better characterize the focus of this research, we differentiate the symptoms according to age of the subjects showed the incidence and risk among adolescents and aspects of suicide in this age. We discuss the treatments available. We conclude agreement with the literature on the need for more research, training and intervention in schools to help children and adolescents facing, for different reasons, a period of depression in order to prevent this bring more of these disorders in school life.

KEY WORDS: depression, childhood, adolescence, school.

SUMÁRIO

RESUMO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1 Da melancolia à depressão	18
2.2 Depressão na contemporaneidade	22
3 FATORES BIOLÓGICOS - A DEPRESSÃO DENTRO DE NÓS	25
3.1 Fatores culturais e epidemiologia	30
3.2 Depressão em crianças e jovens, e suas manifestações	34
3.3 Diferenças de sintomas por faixa etária	37
3.4 Sintomas em adolescentes escolares	39
3.5 Adolescentes e suicídio	42
4 TRATAMENTOS	47
5 DISCUSSÃO	50
5.1 A criança, o adolescente e a depressão na escola	50
5.2 Apresentações de trabalhos com crianças deprimidas	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	61

1 INTRODUÇÃO

Pesquisar e escrever sobre depressão é de certa forma um resgate de mim mesma. Em cada artigo, tese, ou capítulo enxergo um pouco de mim, o que acabou sendo um exercício de autoconhecimento também. Em 2008 fui diagnosticada com depressão, aos poucos descobri que ela já me acompanhava desde cedo, no mínimo desde os 15 anos, entretanto é a primeira vez que consigo com certeza saber que vislumbrei e vivenciei essa patologia, muitas vezes silenciosa, como em minha adolescência onde eu escondia de todo aquele sentimento estranho de não pertencer a lugar nenhum. Minha timidez em família fez com que eu fosse até a escola para chorar, esse era o papel que a escola tinha em minha vida, onde me encontrava com meus pares e desafogava a alma. Minhas lembranças da escola nos três últimos anos (Ensino Médio) eram o consolo de amigas, de alguns professores e as broncas da diretora por levar problemas para a escola e *atrapalhar*. O que só me levou a camuflar por mais alguns anos essa doença até que em 2008 ela voltou persistente, rápida e intensa. Foram horas, dias, semanas e até mesmo anos de um choro sem motivo, angustiando, crônico; que roubava minhas horas de sono, minha concentração, minhas amizades, minha paz, chegando a me roubar de mim mesma.

Finalmente chega o momento de terminar a faculdade, atrasada em algumas disciplinas, empurrada em outras, aproveitando ao máximo quando *ela* (a depressão) me dava paz. Percebi ao longo de minha própria história que poucos sabiam lidar com isso, em todos os âmbitos e principalmente no meio acadêmico. Quando decidi que viver valia a pena resolvi transformar toda essa dor, ela não deveria ser em vão, deveria usá-la em minha formação, para ajudar outras pessoas, a fim de que não passem pelo que passei. Não me refiro à cura, mas a atenção, a importância, o valor ao indivíduo como pessoa em sua totalidade, não apenas mais um aluno. O que antes era minha inimiga hoje se torna minha aliada para saber qual espaço quero ocupar dentro da educação, quero dar voz aos que não conseguem verbalizar, aos que não tem espaço, aos que não conseguem sequer entender pelo que passam.

Ao começar a pesquisar sobre a relação entre a depressão e a escola, descobri que há poucos trabalhos acadêmicos que falam desse assunto. Mesmo na Faculdade de Educação da Unicamp são raras as teses sobre tal questão. Percebi

que além da experiência prática deveria aprofundar meu conhecimento, pesquisando sobre o tema. Descobrir e revelar a importância e a relevância em conhecer tal temática, o que para mim é óbvio, pois um dos primeiros sintomas é a queda do rendimento escolar, me perguntei: Como seria possível terminar meu curso universitário exatamente na área da educação sem sequer ter ouvido algo sobre isso? Como poderei identificar um aluno depressivo ou um aluno desinteressado, podendo o motivo do desinteresse ser algum problema emocional? Como deveria tratar um aluno que se retrai e prefere a solidão a brincar com os colegas? Entre tantas outras perguntas,

A psicopatologia é um tema desconhecido da população em geral. Como fazer o diagnóstico, qual o tratamento, quais as necessidades básicas dos depressivos, especialmente de crianças e adolescentes, que é o foco da nossa pesquisa. Essa falta de conhecimento pode gerar uma cronicidade, reincidências e agravamento do transtorno, incluindo a possibilidade de suicídio.

Concordamos com os autores quando alertam que: “... a *produção de conhecimento e a discussão a respeito do tema ainda são escassas, a sociedade apresenta grande resistência em trazer o assunto à tona*” (BARBOSA, F.; MACEDO, P.; SILVEIRA, R.; 2011, p. 242).

Em vista disto, este estudo teve como objetivos revisar as contribuições acerca das características psicossociais da depressão que se encontram vinculadas principalmente as crianças e adolescentes, assim como discorrer sobre as dificuldades de detecção por parte dos familiares e dos professores e sobre o impacto na vida escolar, visando um melhor esclarecimento sobre a doença e suas implicações na sala de aula. Para o alcance destes objetivos, foi realizada uma revisão bibliográfica de artigos na base de dados Scielo, teses e livros segundo os critérios que retratem o aprendizado escolar do aluno depressivo e leituras específicas sobre as distintas formas de apresentação da depressão (aspectos biológicos, psicológicos conscientes e inconscientes, interpessoais e sociológicos) segundo as diferentes faixas etárias. Buscou-se também discorrer sobre os fatores ambientais e cognitivos estão envolvidos e qual maneira de facilitar o desenvolvimento e a aprendizagem do aluno devido às dificuldades sintomáticas da doença.

A partir do levantamento de estudos sobre depressão, rendimento escolar e aprendizagem fomos construindo uma teia de informações, dúvidas,

problematizações, ideias e possíveis respostas que possam auxiliar educadores, pais, familiares e portadores (ou não) do transtorno.

Este trabalho foi organizado em cinco capítulos após esta introdução. Apresentamos a metodologia utilizada, sendo esta a revisão da literatura dividida em quatro categorias a partir de artigos acadêmicos e teses que abordam a depressão em suas diversas formas. Iniciamos apresentando a depressão desde suas origens conceituando-a historicamente, posteriormente procuramos explicar e contextualizar a depressão na contemporaneidade. Fizemos um levantamento dos fatores biológicos e químicos que estão envolvidos em nosso cérebro quando esta patologia se mostra presente e concluímos o capítulo categorizando cultural e epidemiologicamente a depressão. Para melhor caracterizar o foco desta pesquisa, no capítulo seguinte, demos continuidade diferenciando os sintomas conforme a idade dos sujeitos, mostrando sua incidência e características distintas dentro de cada fase do desenvolvimento da criança, em seguida, dedicamos uma categoria aos adolescentes já que esta classe de alunos apresenta maior incidência da patologia e encerramos o capítulo destacando os riscos entre os adolescentes e aspectos do suicídio nessa idade, já que este índice vem aumentando e acarretando sérios prejuízos. No quarto capítulo abordamos os diversos tipos de tratamento disponíveis, dividindo-os em outras quatro classes, sendo elas, as abordagens terapêuticas, os tratamentos psicológicos, as drogas e o tratamento biológico. Finalizamos concordando com a literatura pesquisada, sobre a necessidade de mais pesquisas, treinamento e intervenção nas escolas para ajudar crianças e adolescentes que enfrentam, por diferentes causas, um período de depressão, a fim de evitar que isto traga maiores transtornos na vida escolar desses e conseqüentemente diminuindo a possibilidade de recorrência no futuro.

Nossa intenção com esta pesquisa é que mais pessoas se interessem por esse universo presente e relevante em nosso cotidiano, propomos também a criação de grupos de apoio ao educador e à equipe escolar nas dificuldades cotidianas, instrumentalizando esses profissionais como agentes de saúde mental auxiliando-os a identificar e enfrentar as ansiedades que emergem no contato com os alunos, tornando-os mais capacitados para a tarefa educativa dentro desse contexto. Quanto maior o conhecimento acerca da depressão, menores poderão ser os prejuízos.

Nosso desejo é que a partir desse trabalho mais pesquisas sejam suscitadas de forma a contribuir para um melhor esclarecimento na sociedade em geral, em especial ligando a patologia (depressão) à escola, onde se encontram os indivíduos mais vulneráveis devido a pouca idade, sendo o espaço escolar também o lugar onde os alunos encontram com seus pares, onde há possibilidades de lidar com as diferenças tendo à saúde mental também atenção e devida assistência, possibilitando um menor prejuízo acadêmico e social aos indivíduos acometidos pela depressão, respeitando e auxiliando o desenvolvimento psíquico do estudante.

“Pode-se atravessar a vida sem jamais ter-se estado doente; não se pode atravessá-la sem sofrer” (MINKOWNKI, 1999, p. 157).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Da melancolia à depressão: uma visão histórica e conceitual

A depressão é apontada pela OMS (Organização Mundial de Saúde) como uma das doenças que nas próximas duas décadas mudarão o panorama das necessidades na saúde da população mundial (Bahls, 1999). Ela carrega consigo altos índices de absenteísmos, afastamentos, prejuízos (cognitivos, funcionais, econômicos, relacionais, entre outros) e até mesmo demissões no trabalho devido a sintomas como o desinteresse, desatenção e baixa produtividade. A ausência de tratamento compromete a vida social e profissional do indivíduo.

É de extrema importância o conhecimento dos sintomas, inclusive em crianças e adolescentes, posto que, como alerta Bahls, (2002, p. 4) “*o aparecimento precoce da doença depressão é uma forma mais perniciosa da doença e causa um impacto mais severo do que em adultos*”.

Para o diagnóstico e caracterização da depressão, bem como da tristeza e da melancolia é necessário que se entenda que estas são influenciadas pela cultura em que o indivíduo faz parte e integra.

A depressão é relatada desde a antiguidade, seja na Medicina ou na História. Na Bíblia ela aparece desde o Antigo Testamento acometendo o Rei Saul.

O conceito depressão, antes nomeada melancolia, não é recente, pois já existia uma tentativa de conceituação desde a época dos existencialistas. A melancolia já havia sido mencionada pela primeira vez na obra de Homero, *Ilíada*, no suicídio do personagem Ajax, no século VIII A. C. (Peres, 1996). Porém ela só vem a ser conceituada mais tarde na Grécia (Sec. V), quando Hipócrates teoriza os distúrbios mentais a partir dos quatro humores: o sangue, a linfa, a bile amarela, e a bile negra. A melancolia era vista, assim, como excesso da bile negra (Amaral, 2006).

Celius Aurelianus (século V A.C.) relata o extremo sofrimento da melancolia:

Os sinais da aproximação da melancolia são... angústia e aflição, depressão, silêncio, animosidade... às vezes um desejo de viver, em outras, um anseio de morte; suspeita da parte do paciente de que há uma conspiração que está maquinada contra ele... (BECKER;2003).

Para Aristóteles os fatores térmicos também influenciariam o estado melancólico, devido às oscilações térmicas da bile. Para ele, em situações de risco,

quando a bile negra se encontrava em estado frio, o homem apresentava maior tendência à covardia e ao medo. Já quando ela se encontrava em um estado quente, o homem permaneceria seguro e sereno (AMARAL, 2006).

Aristóteles segue a mesma linha que Hipócrates, porém a diferencia pela quantidade de bile negra presente no organismo, ele acrescenta que a melancolia era um estado que acompanhava principalmente pessoas nobres, ilustres ou distintas, sendo estas mais vulneráveis que as outras pessoas da sociedade a uma maior condensação da bile negra. Seu ponto de vista sobre a doença era positivo, pois segundo ele, uma maior concentração de bile negra tornava o homem um gênio, enquanto uma dose excessiva tornava-o doente (Ibid., 2006).

A melancolia passa por inúmeras variações de interpretação ao longo dos séculos, inclusive em muitos momentos contraditórios entre si, por diversos motivos, culturais, religiosos, intelectuais, sociológicos.

Na Idade Média, a tristeza e a melancolia eram vistas de formas distintas pela Igreja. Enquanto a primeira era virtuosa e inclusive conduziria a salvação, a segunda era vista como um afastamento de Deus, um distanciamento de tudo o que era sagrado. No ápice do cristianismo nessa época, a melancolia era vista inclusive como um pecado, chegando a fazer parte dos pecados capitais (Ibid., 2006).

Os monges que viviam em função da meditação e contemplação incessante de Deus foram os responsáveis por ensinar à comunidade cristã a oração solitária. Quando os mesmos apresentavam características da melancolia como desânimo ou letargia, esta era vista como preguiça e, como tal, uma tentação demoníaca. (Ibid., 2006)

O sentido da melancolia era tão associado à Igreja, que com o enfraquecimento desta e a instauração da Reforma Protestante durante o Renascimento, a melancolia volta a ser vista de forma distinta, como sendo característica de artistas ou intelectuais, sendo inclusive comparada ao brilhantismo. A bile negra, que fazia parte da teoria dos humores de Hipócrates, passa então a ser vista como uma forma de tornar as pessoas inteligentes. (Ibid., 2006)

Para Ficino, filósofo italiano renascentista, a melancolia possuía relação com os planetas, o Universo, estabelecendo uma relação entre a melancolia e Saturno. A melancolia era vista por ele como uma espécie de compensação pelo genialismo e apresenta três causas para sua existência: a primeira, celeste, influenciada por Mercúrio e Saturno, fazendo inclusive relações entre a *secura* e *frieza* destes

planetas, características também presentes na melancolia. A segunda causa era a natural, vista como algo internalizado, como se recolhesse a alma do exterior, enquanto o homem dedicava-se às ciências. Já a terceira causa era a humana, que enquanto participava do cotidiano mantinha a mente sempre em movimento fazendo com que a mesma estivesse em temperatura elevada. Com a perda de calor, o cérebro tornava-se posteriormente seco e frio, características da melancolia (Ibid., 2006).

O ar pecaminoso da melancolia enfraquece no período renascentista, “*no final do século XVI e ao longo do XVII, os argumentos ganharam força, e assim, a ideia de que o homem melancólico era superior e mais inspirado se espalhou pela Europa durante o Renascimento*”. (Ibid., 2006, p.22).

Ainda na Renascença, foi publicado um livro detalhado sobre a melancolia por Burton, autor inglês também melancólico, no qual fica claro o fascínio e o prestígio que a melancolia conquistou. (Ibid., 2006)

Segundo Sciliar (2002), é possível que todos tenham uma tendência a melancolia, sendo esta o “*caráter da mortalidade*”, bem como uma “*experiência existencial*”, a melancolia seria então mais do que simplesmente uma patologia.

Alguns autores como Du Laurens, Burton, Hércules da Saxônia nessa época afirmavam que a melancolia era uma falha da imaginação e não afetava a razão. Burton aponta uma multiplicidade de tratamentos inclusive encorajando os pacientes a verbalizarem seus sintomas, conversar com os amigos, buscar diversão e o que pudesse proporcionar ao melancólico uma melhora.

O riso passa a ser então um grande recurso, benéfico, capaz inclusive de anular os efeitos da melancolia. Ao contrário de como era visto na Idade Média o riso na Renascença, ganha força e valorização (AMARAL, 2006).

A melancolia passa por grandes reviravoltas ao longo do tempo. Na Idade da Razão, os melancólicos eram vistos como autoindulgentes e eram estigmatizados, pois este era um momento em que se valorizava o individualismo e a alegria. Já no final deste mesmo século e início do século XIX, com o crescimento do Romantismo, a melancolia volta a ser enaltecida.

Amaral (2006) esclarece que o termo depressão surgiu pela primeira vez no século XVIII, paralelo ao Romantismo, onde se iniciam as primeiras preocupações científicas a respeito da melancolia, sendo definida por Weickhard (o primeiro a mencionar o termo depressão) como uma enfermidade dos sentimentos. Para ele,

as doenças eram divididas em dois tipos de enfermidades: as do espírito e as dos sentimentos. Segundo o autor, a nomenclatura depressão só aparece com solidez no século XIX, para diferenciar de melancolia, apesar desses termos não traduzirem por completo o teor e a complexidade da enfermidade. A própria psiquiatria surgiu apenas como uma especialidade médica, no final do século XVIII.

Houve um grande processo, no qual diversos autores fizeram parte, para se chegar ao que se tem hoje a respeito da conceituação da depressão. Inicialmente destaca-se Pinel, que desbanca a ideia da bile negra colocando mais ênfase nos sintomas e na atenção aos indícios (AMARAL, 2006). Retira-se então o caráter de delírio dado à melancolia, que passa então a ser vista principalmente a partir do humor. O enfermo se conscientiza de sua condição, apesar de não conseguir sair dela.

Krapelin que era um dos organizadores na prática da descrição sistemática das doenças psiquiátricas teve essencial influência na história na conceituação da depressão, segundo ele:

O paciente acha difícil pensar, uma desordem que descreve em variadas frases. Não consegue reunir os seus pensamentos ou readquirir o seu domínio; seus pensamentos estão como que paralisados, imóveis. Sente a cabeça pesada, totalmente estúpida... Não consegue mais perceber as coisas, ou seguir a linha de pensamento de um livro ou de uma conversa, sente-se cansado, enervado, desatento, vazio por dentro; não tem memória, não domina mais o conhecimento que antes lhe era familiar, tem de pensar muito tempo nas coisas mais simples... Sente que é... uma criatura deserdada pelo destino; senti-se céptico a cerca de Deus, e com uma submissão estúpida, que exclui todo e qualquer consolo e qualquer raio de luz; arrasta-se com dificuldade de um dia para o outro (KRAPELIN, 2003, pág. 52).

É Krapelin quem traz a tona a doença maníaco-depressiva fazendo uma associação entre ambas.

Até hoje aparecem dificuldades no uso do termo depressão.

Kaplan e Sadock (1993) fazem o uso do termo depressão em três sentidos diferentes: o que se refere à tristeza e desânimo, no uso laico, sem a conotação de doença; o uso do termo na Psiquiatria, com o sentido de um sintoma relacionado ao humor depressivo e também na definição de uma síndrome, a partir de um conjunto de sintomas; e também o uso em diferentes campos científicos, como por exemplo: na neurofisiologia, com o significado de diminuição na atividade eletrofisiológica (depressão cortical) ou na farmacologia, onde depressão significa o efeito de drogas que diminuem a atividade de um órgão.

Louzã Neto & Stoppe Júnior, afirmam que o curto tempo entre as mudanças dos códigos de diagnóstico, CID-9 para o CID-10 e DSM-III para o DSM-IV, demonstra a não concordância completa entre os conceitos e a definição dos transtornos de humor (ou afeto) e até da depressão. Podemos inferir, através da revisão da literatura clássica, que ainda não há uma classificação satisfatória das doenças afetivas devido à variação na gravidade, sintomatologia, curso e prognóstico da depressão.

2.2 Depressão na contemporaneidade

Segundo Del Porto (1999) a depressão é vista a partir de diversos aspectos pela sociedade que a enxerga de acordo com seus interesses, atribuem diferentes valores ao período histórico em que estão inseridas, ou até mesmo a estima individual por determinados autores, ou abordagens que preferem adotar.

A depressão pode ser vista como um mal enraizado no indivíduo, onde este não pode se libertar dela, que passa a dirigir sua vida, bloqueando seus pensamentos, sentimentos, vontades, interferindo no ser humano como um todo.

As perspectivas a este respeito são várias, esse trabalho relata algumas, porém pelas limitações que o tema nos impõe, vamos nos limitar ao nosso objetivo.

Encontramos diferentes pontos de vistas quanto à definição de depressão. Lafer e Amaral (2000), por exemplo, apresentam a depressão como uma sensação que não se pode alterar, em que o indivíduo não se sente valorizado e tudo parece perder o sentido e a esperança. Já Camon (2001) coloca a doença como resultado de uma inibição total, afetando a mente e distorcendo a realidade, não apenas como a vê, mas também como esta a sente e demonstra para o mundo suas emoções. Tendo então um autoconceito negativo que faz com que se prejudique em todo o contexto que envolve sua vida.

De acordo com o DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) a característica essencial de um episódio depressivo é:

Um período mínimo de 2 semanas, durante as quais há um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável ao invés de triste (DSM IV; 2000).

Adotaremos este critério para nortear este trabalho como definição básica de depressão, por ser o DSM IV um indicador internacional para transtornos mentais.

O impacto da depressão é global se estendendo para além do indivíduo que sofre desse transtorno. Ela acarreta uma série de prejuízos para o sujeito e para todos os que estão a sua volta. Seu impacto amplia-se para além dos sintomas, é um transtorno incapacitante, prejudicando o indivíduo como um todo e em todas as suas funções conseqüentemente. Seja em seu trabalho por diminuição de ritmo, absenteísmos e afastamentos, a utilização dos serviços médicos passa a ser maior, o gasto com medicações e terapias. Segundo levantamento da OMS em 2001 a depressão ocupa o quarto lugar entre as 20 doenças de maior AVAD (anos de vida perdidos por morte prematura e incapacidade), sua projeção aumenta para ocupar o segundo lugar em 20 anos.

De acordo com a OMS: “*A depressão grave revela-se um problema de saúde pública em todas as regiões do mundo e tem ligações com as condições sociais em alguns países*”. Descrição feita em relatório sobre o transtorno feito em 18 países, de alta e de baixa renda, incluindo o Brasil. Os resultados foram divulgados pela revista *BMC Medicine*.

Este estudo foi coordenado pelo sociólogo Ronald Kessler, da Universidade Harvard, nos Estados Unidos. Diz o relatório que 14,6% da população dos países com alta renda já teve depressão, com média de 5,5% em 2010. Entre o grupo de renda baixa e média, 11,1% das pessoas apresentou o distúrbio em algum momento da vida e 5,9% nos últimos 12 meses.

A maior prevalência em 2009 foi registrada no Brasil, com 10,4%, e a menor no Japão, com 2,2%. Os pesquisadores observaram que nos países mais ricos a idade média de início dos episódios de depressão por volta dos 25 anos, contra os 24 anos dos menos desenvolvidos. Nos países com alta renda os jovens são o grupo mais vulnerável, pelo contrário, nos outros lugares os idosos mostraram maior probabilidade de ficar deprimidos. Em ambos os grupos a separação de um parceiro foi o fator mais importante, a ocorrência foi duas vezes maior em mulheres e a incapacitação funcional mostrou-se associada a manifestações recentes de depressão.

Nesta pesquisa os dados que mais nos interessam são os referentes ao Brasil, que foram colhidos na região metropolitana de São Paulo, em 2009 com a

participação de 5037 pessoas, mapeando outros transtornos relacionados à depressão como ansiedade, pânico e fobias.

Os resultados indicam que 44,8% dos paulistas já apresentaram algum transtorno mental, com frequência de 29,6% no ano anterior à entrevista. Segundo uma das autoras da pesquisa brasileira, Maria Carmem Viana, professora do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), as estatísticas podem ser úteis para a criação de políticas públicas de prevenção e tratamento específicas para cada população (KESSLER, 2009)

3 FATORES BIOLÓGICOS - A DEPRESSÃO DENTRO DE NÓS

Neste capítulo vamos abordar brevemente o funcionamento químico do nosso cérebro em relação à depressão, procuramos apresentar a função dos neurotransmissores que agem diretamente quando o quadro depressivo se instala. A partir deles é possível entender um pouco a atuação e conhecer os principais antidepressivos disponíveis no mercado até o presente.

Quimicamente a depressão é causada por um mau funcionamento nos neurotransmissores que são responsáveis por trazer a sensação de conforto e bem-estar (serotonina e endorfina). Com isso a pessoa passa a apresentar sintomas de apatia, tristeza, falta de energia mesmo para as atividades mais corriqueiras.

Conhecer o cérebro e suas funções no que concerne a depressão nos ajuda a entender a atuação da medicação e também ter noção do funcionamento biológico e químico do nosso cérebro. Este conhecimento pode nos auxiliar a desmistificar a proposta de “milagre” das “pílulas da felicidade” ou “drogas milagrosas”.

Os neurônios são células em formato de estrela que se conectam entre si e se comunicam por mensagens (impulsos elétricos). Normalmente essas células se autorregulam e possuem uma linguagem própria, mas elas podem se desequilibrar causando alterações de comportamento e das emoções.

Os neurotransmissores são produzidos pelo neurônio a partir de uma estimulação, são estocados e liberados dependendo da mensagem recebida por seus receptores. É o cérebro que decodifica e interpreta essas mensagens, respondendo conforme o estímulo recebido.

Entre os neurônios há um espaço chamado fenda sináptica, este espaço é estreito, com cerca de 10 a 50 nm, nela existem os neurotransmissores que fazem a ligação entre os neurônios e são responsáveis por mediar as mensagens para que as mesmas não sejam interrompidas. As mensagens se dão a partir das vesículas que são pequenas bolhas que envolvem parte do neurotransmissor que transporta a informação entre o neurônio emissor e o receptor. Quando ocorre a adaptação ou aderência no neurônio receptor é a indicação que a mensagem chegou ao neurônio receptor. Pós-mensagem o neurotransmissor volta à fenda-sináptica para ser destruído ou volta ao neurônio emissor para ser reutilizado, essa reutilização e absorção são chamadas de “recaptação”.

Quando o neurotransmissor é liberado pode ocorrer a produção de excitação ou inibição no neurônio posterior (pós-sináptico), com isso o corpo reage ao estímulo com pensamentos, sentimentos entre outros.

Pode haver um desequilíbrio no número de neurotransmissores na fenda sináptica, incidência alta ou baixa, neste caso há as falhas nas mensagens, que passam a ser interpretadas erroneamente. A resposta depende de quais neurotransmissores estão envolvidos, podendo ocorrer depressão, ansiedade ou outros tipos de manifestações.

Os mecanismos dos neurotransmissores têm a seguinte sequência: Síntese, Estocagem, Liberação, Ação nos receptores, Inativação.

Na **Síntese** são fabricadas as enzimas nos neurônios que migram para a parte terminal do neurônio chamada axônio. Para que a síntese ocorra são necessários aminoácidos que vêm a partir da nossa alimentação, especificamente as proteínas.

Na **Estocagem** os neurotransmissores são estocados nas vesículas sinápticas no final de cada nervo há milhares de vesículas e cada uma delas concentra uma imensa quantidade de neurotransmissores.

Quanto à **Liberação, ação dos receptores e inativação**, pode-se dizer que na depressão acontece uma diminuição na quantidade de neurotransmissores liberados, porém a recaptação e a enzima continuam a trabalhar normalmente com isto o organismo continua a funcionar com menos neurotransmissores, isto é, o neurônio receptor capta menos neurotransmissores do que a quantidade que seria necessária.

Os antidepressivos mais utilizados têm a função de fazer a inibição da recaptação dos neurotransmissores, mantendo maior quantidade desses neurotransmissores na fenda sináptica, dessa forma o humor se reestrutura e o paciente passa a se sentir melhor.

O funcionamento da neurotransmissão não é permanente para que haja o seu funcionamento é necessário um equilíbrio entre a dissociação e reassociação dos transmissores. Existem mecanismos para que o neurotransmissor seja removido de seu receptor.

Um dos mecanismos é a quebra enzimática em metabólicos que estão inativos, neste as enzimas permanecem na fenda sináptica ou na membrana pós-sináptica.

Há também a retirada física do neurotransmissor da fenda sináptica sendo recaptado para o neurônio transmissor e guardado novamente na estocagem.

O neurônio pré-sináptico pode quebrar qualquer enzima que permanece livre no citoplasma.

Mecanismo Regulatório: O mecanismo regulatório automático acontece quando há um neurotransmissor na fenda sináptica, com isto ocorrerá a inibição de sua síntese no interior do neurônio. Outra possibilidade ocorre no neurônio pós-sináptico. Quando há muitos estímulos, os neurônios pós-sinápticos podem ficar hipersensíveis, sua defesa se dá diminuindo o número de receptores na membrana pós-sináptica.

Neurotransmissores específicos Catecolaminas: A Dopamina é responsável pela ação e pelo pensamento cognitivo, é encontrada no sistema límbico (emoção, depressão) e nos gânglios basais (fobia, ansiedade e pânico).

A responsável por nosso estado de alerta e de prontidão é a Noradrenalina. Ela trabalha especialmente no hipotálamo (emoções), no córtex cerebral e no cerebelar.

A Adrenalina é responsável pelas respostas de lutas ou fuga. Encontra-se na medula adrenal.

A partir dos anos 80 foram criados vários antidepressivos desenvolvidos especificamente para produzir a serotonina que é um neurotransmissor diretamente ligado aos transtornos de humor. A maioria dos medicamentos agem disponibilizando um aumento dessa substância na fenda sináptica.

Podemos ainda citar outras medicações que alteram o funcionamento psíquico cerebral como: os ansiolíticos, que são drogas que aliviam os estados ansiosos, podem trazer certa sedação e podem causar dependência química; os moduladores de humor, que como o nome sugere, são drogas utilizadas para manter o humor; os hipnóticos, indutores do sono, que também podem criar dependência química; e os antipsicóticos ou neurolépticos, utilizados nas psicoses.

Para todos os transtornos emocionais e psíquicos devemos citar ainda a Psicoterapia como forma de tratamento, nas suas diferentes abordagens. A psicoterapia pode ser um aliado eficaz ao tratamento medicamentoso onde será possível obter um resultado mais completo e duradouro.

Devemos também citar os tratamentos da medicina alternativa, já utilizado em larga escala, incluindo os serviços de saúde pública e convênios, tais como: acupuntura, fitoterapia, terapias corporais entre outros.

Porém o tratamento da depressão, assim como seu diagnóstico, não é simples, pois há diferentes níveis e tipos. De acordo com o CID 10 (Código Internacional de Doenças), os episódios e transtornos depressivos podem ser classificados em 11 tipos diferentes. Como este é um trabalho com enfoque em crianças e adolescentes vamos especificar os que mais encontramos referências de incidência nesta faixa de idade que são os episódios depressivos leve, moderado, grave e a distímia.

De acordo com o DSM IV:

Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável ao invés de triste... pode desenvolver-se um humor irritável ou rabugento, ao invés de um humor triste ou abatido. Esta apresentação deve ser diferenciada de um padrão de "criança mimada", que se irrita quando é frustrada [...] O indivíduo também deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais, extraídos de uma lista que inclui: alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio (DSM IV; 2000).

É também no DSM IV que encontramos as características da distímia:

Humor cronicamente deprimido que ocorre na maior parte do dia, na maioria dos dias, por pelo menos 2 anos (Critério A). Os indivíduos com Transtorno Distímico descrevem seu humor como triste ou "na fossa" (DSM IV; 2000).

Encontramos também as características desse transtorno em crianças: *“o humor pode ser irritável ao invés de deprimido, e a duração mínima exigida é de apenas um ano”*. (DSM IV; 2000)

Ainda são características da distímia que:

“durante os períodos de humor deprimido, pelo menos dois dos seguintes sintomas adicionais estão presentes: apetite diminuído ou hiperfagia, insônia ou hipersonia, baixa energia ou fadiga, baixa autoestima, fraca concentração ou dificuldade em tomar decisões e sentimentos de desesperança (Critério B). Os indivíduos podem notar a presença proeminente de baixo interesse e de autocrítica, frequentemente vendo a si mesmos como desinteressantes ou incapazes. Como estes sintomas tornaram-se uma parte tão presente na experiência cotidiana do indivíduo (por ex., "Sempre fui deste jeito", "É

assim que sou"), eles em geral não são relatados, a menos que diretamente investigados pelo entrevistador. Durante o período de 2 anos (1 ano para crianças ou adolescentes), qualquer intervalo livre de sintomas não dura mais do que 2 meses (Critério C). O diagnóstico de Transtorno Distímico pode ser feito apenas se no período inicial de 2 anos de sintomas distímicos não houve Episódios Depressivos Maiores (Critério D)" (DSM IV; 2000, grifo do autor).

O tratamento não é padrão e deve ser adaptado a cada necessidade, embora existam procedimentos cientificamente comprovados e que se tornaram referências no tratamento das diferentes manifestações da depressão.

Um conceito que devemos ainda ressaltar é o da resiliência. Este é um termo que vem da física que se refere à capacidade dos materiais de resistirem aos choques. Esse termo passou por uma adaptação nas ciências humanas e hoje representa a capacidade de um ser humano de sobreviver a um trauma, a resistência do indivíduo, não só a resistência física, mas a visão positiva pra reconstruir a vida,

Porém não se é resiliente sozinho, embora a resiliência seja íntima e pessoal. Um dos fatores de maior importância é o apoio, é o acolhimento feito por outra pessoa ou pessoas, e que pode ser também o professor, o terapeuta, o psicólogo, que vai ajudar a pessoa, criança, adolescente a desenvolver a autoestima e autoconfiança.

A palavra resiliência vem do latim *resilire*, que significa recusar, voltar atrás. Para nós pode significar a voltar ao estado anterior, voltar ao que você era antes dos problemas que levaram à depressão.

Na física resiliência é a capacidade que um material tem de suportar grandes impactos de temperatura e pressão, se deformar ao extremo, mas pouco a pouco conseguir se recuperar e voltar à sua forma anterior. Ou seja, resiliência é a capacidade que um material tem de se deformar inteirinho, quase "morrer", mas depois conseguir ir voltando ao que era antes e se refazer e se reconstruir.

3.1 Fatores Culturais e Epidemiologia

O debate sobre o papel da cultura na epidemiologia psiquiátrica tem sido muito estudado nas duas últimas décadas. O campo de pesquisa e investigação da influência da cultura sobre a epidemiologia da depressão tem produzido um grande número de descobertas e suas principais conclusões são que: a apresentação clínica da depressão em todas as culturas está associada a múltiplos sintomas somáticos de duração crônica; os sintomas psicológicos são importantes para o diagnóstico e podem ser facilmente reconhecidos; o diagnóstico diferencial entre depressão e ansiedade em centros de cuidado geral da saúde não tem validade clínica; a terminologia apropriada para depressão deve ser identificada e sua utilização pode melhorar os níveis de reconhecimento e adesão ao tratamento. Fica também evidente que cultura é somente um fator na diferenciação nas sociedades humanas que têm uma tendência para a epidemiologia da depressão. Outros fatores, que podem interagir com a cultura, tal como gênero e baixo poder aquisitivo, são os fatores maiores de risco para a depressão.

Assim como muitas doenças psiquiátricas, a etiologia da depressão continua obscura. A grande maioria dos estudos internacionais sobre depressão têm enfatizado os aspectos sócio-demográficos e o estilo de vida como fatores de risco para a depressão. Eles têm também demonstrado conclusivamente descobertas tais como: mulheres, pessoas com baixo nível de educação e pessoas que são menos privilegiadas economicamente têm significativamente riscos mais altos de sofrer de depressão (Gorenstein, C. Andrade, L. , Zuardi, A., 2000 e Patel, 2001).

a) Gênero Vários estudos em diferentes extratos da população indicam que as mulheres são mais afetadas pela depressão (Gorenstein, C. Andrade, L., Zuardi, A., 2000). Há um número relativamente grande de fatores em potencial que podem tornar as mulheres mais vulneráveis a sofrer de depressão. Teorias têm avançado nas perspectivas biológicas como uma ênfase na associação de fatores hormonais e psicológicos como a reprodução, o profundo efeito da opressão social e a falta de oportunidades em todas as esferas da vida, como resultado da desigualdade de gênero. Há uma considerável evidência demonstrando que os estressantes eventos da vida estão intimamente associados com depressão e com eventos que são mais comuns na vida das mulheres. As mulheres estão mais sujeitas a serem vítimas da violência em diferentes áreas, decorrentes da posição social, das aspirações e dos

problemas domésticos. A sua expectativa do papel reprodutivo, a consequência do fracasso da infertilidade e o fracasso para gerar filhos do sexo masculino, têm sido associado à depressão em mulheres da zona rural e ao suicídio feminino. As mulheres estão mais sujeitas a serem renegadas na educação, nas oportunidades ocupacionais e ao acesso apropriado aos cuidados da saúde. A cultura com relação ao gênero, portanto, representa um profundo papel na vulnerabilidade da mulher a sofrer de depressão.

b) Pobreza: Há uma gama grande de evidências demonstrando a associação entre pobreza e depressão em países industrializados. Nos últimos anos, pesquisas em populações de base têm demonstrado um grande risco de depressão e suicídio em desempregados, àqueles que têm relativamente baixa renda e àqueles que têm padrão de vida mais baixo. Os dados dessa população de base são também evidentes em países não industrializados. Em cinco recentes pesquisas (Patel, 2001, pág. 39) com pessoas doentes que passaram por um tratamento, em uma amostra do Brasil, Zimbábwe, Índia e Chile, foram coletados dados para examinar os fatores de risco socioeconômicos. Em todos os estudos houve um consistente e significativo relacionamento entre baixa renda e o risco de sofrer a depressão. Nos mesmos estudos havia também uma relação entre os indicadores de empobrecimento e depressão. Por exemplo, aqueles que tinham experienciado a fome recentemente e aqueles que tinham dívidas, estavam mais propensos a sofrer depressão.

Outros estudos têm demonstrado a relação entre depressão e outros indicadores de pobreza, tal como educação e ocupação como dona-de-casa. Há também evidências em estudos de perspectiva longitudinal, que a privação econômica está associada com a persistência e a incidência da depressão.

Portanto, a cultura, em vários sentidos, representa um papel determinante na vulnerabilidade dos pobres para sofrer de depressão.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, uma em cada cinco pessoas pode sofrer de depressão. Outras informações discriminam entre as diferentes regiões. Segundo elas, em nosso continente há grandes diferenças entre os países sobre a incidência da depressão. Há dois países que representam os dois extremos da incidência da depressão. São eles: República Dominicana, com somente 8.9% de sua população sofrendo desta enfermidade e o Chile, com 25%. Entre ambos extremos estão o Peru com 11.7%, Argentina com 12% e o Brasil com 15%. Na

Europa a porcentagem da população que sofre de depressão é de 18% e nos Estados Unidos é de 14%.

Segundo Scliar (2003), existe uma diferença cultural de percepção da depressão, enquanto que para alguns povos a depressão está relacionada à santidade (como na Índia), na França já é vista como insensatez, loucura. Inclusive, algumas culturas sequer possuem um termo que seja equiparável ao que se entende patologicamente por depressão.

A depressão é resultado da interação de predisposições individuais e fatores ambientais, em especial o estresse, perdas na família ou pessoas próximas. Qualquer trauma ou situação de estresse intenso pode desencadear uma labilidade e alteração no estado emocional da criança e do adolescente.

c) Fatores Ambientais: Podemos citar como fatores ambientais desencadeantes:

- Perda ou afastamento dos pais seja por separação ou abandono;
- Presença de histórico familiar de depressão;
- Falta de apoio familiar durante a adolescência e infância;
- Acidentes;
- Morte seja de um ente querido ou até mesmo de um animal;
- Repreensão severa da professora ou outra pessoa;
- Situações de medo e perigo, independente de serem reais ou imaginárias.

d) A cadeia do estresse O estresse moderado não nos faz mal, pelo contrário, ele nos torna mais forte. É um sentimento de que estamos fazendo algo contra alguma coisa, o que aumenta nossa força, nossa confiança.

O sentimento posterior ao estresse moderado é o de prazer, é uma recompensa do esforço exercido, é um alívio do estresse, que só é possível graças a existência do mesmo. Este pós-estresse é revigorante, faz parte de todas as nossas novas experiências, seja um novo relacionamento, os medos e ansiedades que o acompanham, um novo emprego. Novas experiências sempre vêm acompanhadas de estresse, que é um contato com nossos medos, inseguranças, riscos, depois vem a sensação de alento e tranquilidade. Nosso trabalho contra o estresse é quase constante em nosso cotidiano e quando conseguimos superá-lo, a sensação de prazer é revigorante.

O risco produz estresse que nem sempre é negativo, ele é como um despertador que nos alerta em situações de risco. Porém o medo em excesso acaba por nos paralisar frente a algumas situações e esse sim é negativo, pois nos impede de seguir em frente. Mais do que um alerta, se essa preocupação nos impede de continuar com nossos planos, esse medo é inoportuno e, ao invés de funcionar como um alerta para as circunstâncias a nossa volta, o excesso pode se tornar uma experiência paralisante e fora de proporção com hesitação que nos priva de vivenciar certas situações. Podemos chamá-los de alarmes que soam alto demais, que nos fazem viver emocionalmente todas as situações negativas antes que elas aconteçam se é que vamos de fato vivenciá-las.

Em edição especial, a revista “Science” traz uma discussão sobre o conjunto de ideias mais aceito atualmente para explicar a depressão: a hipótese do estresse.

De acordo com essa hipótese, em resposta aos estímulos agressivos do ambiente, o hipotálamo produz um hormônio (CRF) para convencer a hipófise a mandar ordem para as suprarrenais produzirem cortisol e outros derivados da cortisona.

Diversos trabalhos experimentais mostraram que esses hormônios do estresse (CRF, cortisol e outros) prejudicam a saúde dos neurônios, porque modificam a composição química do meio em que essas células exercem suas funções. A persistência do estresse altera de tal forma a arquitetura dos circuitos neuronais que chega a modificar a própria anatomia cerebral. Por exemplo, provoca redução das dimensões do hipocampo, estrutura envolvida na memória, e área fundamental para a ação das drogas antidepressivas. (VARELLA, 2012).

A escola pode tornar-se um fator desencadeante de uma depressão infantil, podendo ser uma fonte estressora, pois em vez de ser um local de distração, onde a criança encontra com seus pares, compartilham interesses, tornar-se palco de situações caóticas, onde o estresse seja gerado por competições, exigências e desentendimentos que acarretem alterações psicopatológicas.

e) Fatores de Proteção Conceitualmente falando, intervenções podem reduzir a ocorrência de depressão e outros estados negativos de saúde mental, como a construção de competências associadas à saúde mental, favorecendo assim o desempenho das tarefas típicas de cada idade de acordo com o esperado. É possível que existam metas de alcance a curto ou longo prazo.

Podemos citar como fatores de proteção:

- Sucesso na vida escolar;
- Envolvimento em atividades extracurriculares;
- Competência social;
- Auto-percepção positiva;
- Competência intelectual;
- Relações sociais positivas;
- Suportes sociais adequados;

3.2 Depressão em crianças e jovens, e suas manifestações

A depressão infantil é um novo campo de estudo, já que esta só passou a ser vista como existente nos últimos 50 anos, por volta de 1970. Acreditava-se que a criança por não ter uma estrutura de personalidade madura, não poderia dessa forma então deprimir-se. A depressão na infância e adolescência tem sido um tema de crescente preocupação entre os clínicos e pediatras, visto que seu reconhecimento vem aumentando ao longo dos anos. Há estimativas de prevalência em torno de 2% em crianças e 5% a 8% em adolescentes(7,9,13).

A vivência da depressão e seus prejuízos se estendem para além da criança deprimida afetando também sua família e o grupo de amigos, sendo fator preditivo para risco de suicídio, principalmente em adolescentes. Os primeiros relatos de crianças deprimidas foram feitos por Robert Burton (1621), quando descreveu crianças melancólicas: tristes, sem coragem e felicidade, desanimadas, humilhadas, sem prazer. Em 1946, Spitz descreve a depressão anaclítica (depressão em bebês de 6 a 18 meses) em crianças separadas da mãe durante seu primeiro ano de vida. Sintomas como choro, tristeza, perda de peso, parada no crescimento, maior vulnerabilidade a doenças e até casos de morte foram descritos. Tais sintomas eram reversíveis caso o vínculo mãe-filho se restabelecesse. (SCIVOLETTO e TARELHO; 2002).

O estudo de campo de Wight fez a primeira estimativa da prevalência de depressão em uma população de adolescentes. Entre 2.303 adolescentes de 14 anos, foram encontrados 35 casos de depressão, enquanto 21% dos meninos e 23% das meninas reconheciam-se “frequentemente tristes ou deprimidos”sem que a

sintomatologia fosse suficiente para um diagnóstico de depressão (CHABROL, 1988).

Como já citamos, há poucos trabalhos sobre o tema, não encontramos dados oficiais da OMS recentes.

Em uma pesquisa sobre a prevalência da sintomatologia depressiva em escolares de 7 à 13 anos e a caracterização dessa sintomatologia, foi realizado um estudo transversal que avaliou 519 estudantes, de uma escola do interior de Minas Gerais, sendo: 266 (51,3%) do sexo masculino, e 253 (48,7%) do sexo feminino. O inventário utilizado foi o *Children's Depression Inventory* (CDI), um questionário padronizado com 27 questões fechadas. Os pesquisadores encontraram uma prevalência de 13,7% (71 casos) de sintomatologia depressiva. Não foram encontradas diferenças significantes em relação à idade e ao sexo. A intenção suicida foi observada em 8 (1,5%) dos estudantes. As respostas mais encontradas foram: "*Eu tenho certeza que coisas horríveis vão acontecer comigo*", "*Eu sempre me preocupo com dores*", e "*Nunca vou ser tão bom quanto os outros*". Concluíram que esse estudo encontrou um número significativo de escolares com sintomatologia depressiva. (FONSECA; FERREIRA; FONSECA, 2004).

Acredita-se na existência da depressão mascarada que possui equivalentes depressivos como encoprese, transtornos alimentares, fobias, retraimento social, agressão, medo. A depressão chamada mascarada, inicialmente pode aparecer de diversas formas e dimensões já que existem muitos tipos de sintomas, o que faz com que os indivíduos se diferenciem uns dos outros inclusive fisiológica e bioquimicamente. A partir de seu desenvolvimento é que os sintomas parecem fundir e partilhar das mesmas características, passando a reagir de forma semelhante.

A gama de sintomas que acompanham a depressão dificulta o diagnóstico, pois este também deve levar em consideração as características individuais de cada pessoa. Por exemplo, uma pessoa com personalidade lamuriosa ficará mais chorosa, uma pessoa vitimizada pode tornar-se mais auto-piedosa. Isso acontece principalmente nas depressões leves, em que essas características podem ocultar de fato os sintomas depressivos que permanecem ocultos.

Segundo Barbosa e Lucena (1995), a depressão na organização familiar encontra-se principalmente em casos de maus-tratos infantis, correspondendo à ruptura familiar na maioria das vezes, em que há apenas um dos pais presentes.

Discussões sérias entre os pais também podem ser responsáveis pela perturbação dos filhos, estando sujeitos a uma descompensação em sua conduta, o que favorece o aparecimento de pensamentos e sentimentos depressivos na criança.

A família tem dificuldade de identificar a depressão em seus filhos principalmente quando as características mais evidentes são o retraimento e isolamento social. Os pais na maioria das vezes só enxergam e percebem que há um problema quando o comportamento da criança atrapalha ou incomoda. São apenas reconhecidos quando apresentam problemas de conduta ou de aprendizagem, ainda assim os pais só consideram como preocupante o nervoso, a preguiça, levando-os a procurar ajuda com essas queixas, não entendendo que esses sintomas podem indicar outro sofrimento, a depressão.

Autores como Dugas e Borem (1980) afirmam que existem dois sintomas que prevalecem e indicam a depressão infantil a despeito dos outros sintomas e critérios, que são a presença do afeto triste e a baixa autoestima, sendo a manifestação destes sintomas constantes.

A criança pode apresentar uma inibição condutal que é caracterizada com uma propensão de evitação e aflição diante de novas situações, que não encontramos em crianças normais. Quando a criança passa por novas situações, principalmente que envolvem frustrações, deve existir condutas adaptativas, para que em momentos de estresse as reações afetivas estejam o mais próximo da vivência normal. Na patologia o que difere da vivência normal é a intensidade, a persistência e a presença de outros sintomas concomitantes como: tristeza, irritabilidade. A irritabilidade da criança ou adolescente se mostra patológica quando qualquer variação do cotidiano ou novos estímulos são interpretados e sentidos de forma perturbadora, gerando uma hiper-reatividade agressiva e muitas vezes hostil. Esses comportamentos agressivos muitas vezes resultam da falta de capacidade de compreender o que acontece internamente.

3.3 Diferenciação dos sintomas por faixa etária até 12 anos (Bahls, 2002):

- Fase pré-verbal:
- choro frequente;
- postura corporal;
- expressão facial;
- recusa de alimentos;
- apatia;
- Pré-escolares (até seis ou sete anos)

Sintomas físicos:

- Dores (principalmente de cabeça e abdominais);
- Fadiga;
- Tontura;
- Ansiedade (especialmente de separação);
- Fobias;
- Agitação psicomotora ou hiperatividade;
- Irritabilidade ou humor depressivo;
- Aumento ou diminuição de apetite, não adquirindo o peso esperado para a idade;
- Alterações de sono;
- Com menor frequência:
- Enurese (incontinência de urina);
- Encoprese (incontinência fecal);
- Fisionomia triste;
- Comunicação deficiente;
- Choro frequente;
- Movimentos repetitivos;
- Auto e heteroagressividade na forma de comportamento agressivo e destrutivo;
- Perda do prazer de brincar ou ir à escola;
- Defasagem da aquisição de habilidades sociais próprias da idade;
- Isolamento social;

- Escolares (sete à 12 anos) - o humor depressivo já pode ser verbalizado
- Irritabilidade;
- Tédio;
- Concentração Fraca;
- Queixas somáticas;
- Perda de peso;
- Insônia;
- Com menor frequência, mas ainda presentes em alguns relatos estão os sintomas psicóticos e humor congruente que incluem:
- Alucinações auditivas depreciativas;
- Delírios de culpa.

Os sintomas apresentados pelas crianças nessa faixa etária são:

- Aparência triste;
- Choro fácil;
- Apatia;
- Fadiga;
- Isolamento;
- Declínio no desempenho escolar;
- Desempenho escolar fraco, podendo chegar à recusa em ir para a escola. O declínio no desempenho escolar pode dever-se à fraca concentração ou interesse, próprios do quadro depressivo e a lentificação motora;
- Ansiedade de separação;
- Fobias;
- Desejo de morrer.

Nos aspectos sociais destas crianças encontramos:

- Ausência de amigos;
- Dizer que os amigos não gostam dela;
- Apego excessivo ou exclusivo à animais
- Anedonia;
- Pobre relacionamento com seus pares;
- Baixa autoestima;
- Descrevem-se como: estúpidas, bobas ou impopulares.

- Os professores são geralmente os primeiros a perceber as modificações decorrentes da depressão nessas crianças.

3.4 Sintomas em adolescentes escolares (a partir de 12 anos)

Os adolescentes costumam apresentar sintomas semelhantes aos dos adultos, mas também existem importantes características fenomenológicas que são típicas do transtorno depressivo nessa faixa etária. No CID-10 os sintomas de um episódio depressivo maior são os mesmos independente da faixa etária, somente salientando que em adolescentes são comuns apresentações atípicas no episódio depressivo. Enquanto no DSM – IV encontramos basicamente os mesmos sintomas descritivos do episódio depressivo, podem surgir sintomas que mudem conforme a idade, sendo mais comuns em crianças queixas somáticas e menos comuns alterações como a hipersonia.

Os sintomas em adolescentes nem sempre se apresentam como forma de tristeza, na maioria das vezes aparecem sob forma de agressividade e irritabilidade. É comum encontrarmos instabilidade de humor, chegando a crises de explosões e raiva. Outros sintomas incluem:

- Humor irritado;
- Perda de energia;
- Apatia;
- Desinteresse importante;
- Retardo Psicomotor;
- Sentimentos de desesperança e culpa;
- Perturbações de sono, principalmente sob forma de hipersonia;
- Alterações de apetite e peso;
- Isolamento;
- Dificuldade de concentração;
- Prejuízo no desempenho escolar;
- Baixa autoestima;
- Sentimentos de desesperança e que não há saída para seu sofrimento podem levar à ideias e tentativas de suicídio;

- Graves problemas de comportamento, principalmente o uso excessivo de álcool e drogas;

Dos 14 aos 18 anos de idade, prevalecem os sintomas:

- Humor deprimido;
- Alterações de sono;
- Dificuldades de pensamento (problemas de concentração e pensamentos negativos);

Ainda na adolescência alguns autores chamam atenção para a diferença entre os sexos femininos e masculinos nas manifestações depressivas. Nas meninas são mais comuns sintomas subjetivos como:

- Sentimentos de tristeza;
- Vazio;
- Tédio;
- Raiva;
- Ansiedade;

Relatam ainda:

- Preocupação com popularidade
- Menos satisfação com a aparência;
- Mais conscienciosidade;
- Menor autoestima;

No caso de garotos encontramos principalmente problemas de conduta, como:

- Falta às aulas;
- Fugas das casas;
- Violência física;
- Roubo;
- Abusos de substâncias como álcool ou drogas;

Também relatam:

- Sentimentos de desprezo;
- Desafio;
- Desdém;

Alguns sintomas da depressão são comuns a alguns comportamentos típicos de adolescentes, no entanto é importante desconstruir a ideia de adolescência =

“*aborrecência*”, para que nosso olhar não seja viciado ou preconceituoso e possamos reconhecer e diferenciar a doença de comportamentos típicos à idade. Alguns sintomas que demonstram a presença do quadro depressivo se diferenciam dos comportamentos e sentimentos de adolescentes pela sua intensidade e/ou duração como:

- Estados de humor irritável ou depressivos duradouros e/ou excessivos;
- Períodos prolongados de isolamento;
- Hostilidade com família e amigos;
- Afastamento da escola;
- Queda importante do rendimento escolar;
- Afastamento das atividades grupais;
- Comportamentos abusivos de álcool e/ou drogas;
- Violência física;
- Atividade sexual imprudente;
- Fugas de casa.

Entre os indivíduos com depressão, os adolescentes são o grupo que normalmente são as melhores fontes de informação quanto ao seu sofrimento depressivo. Seus colegas e amigos geralmente são os que mais facilmente notam suas modificações originadas pela patologia. Vários autores destacam que os pais e professores muitas vezes não estão cientes da depressão em seus filhos e alunos nessa faixa etária.

Em um estudo realizado por Benincasa e Rezende (2006) procuraram identificar fatores de risco e de proteção para a tristeza e para o suicídio entre adolescentes. Eles apontam que o suicídio entre homens ocorrem em geral numa idade mais avançada, porém na população feminina encontraram uma alta taxa alta nesta faixa etária.

As estatísticas são subestimadas, a maioria dos casos não é identificada nem encaminhada para tratamento. Também se subestima os atos destrutivos entre os jovens, pois inicialmente eles primeiro escondem suas autolesões, e mesmo quando a família tem conhecimento, em geral, mantém o sigilo.

Cassorla (1987) ressalta que naquela década o grande índice de suicídio atendido pelo SUS, já era considerado um problema de saúde pública, sendo a segunda causa de internações na população de 10 a 19 anos do sexo feminino na

rede SUS. Em São Paulo o suicídio é apontado como a terceira causa de morte entre as classificadas como causas externas, perdendo apenas para os acidentes de trânsito e homicídios. Com a depressão se tornando cada vez mais comum e o índice de suicídio entre jovens crescendo, esses dados hoje podem ser maiores, ressaltando que no caso de suicídios “bem sucedidos” é muito difícil obter dados já que muitos podem ser confundidos com acidentes.

3.5 Adolescentes e suicídio

Para falar de suicídio entre adolescentes, precisamos primeiro ter noção do suicídio na população em geral.

A morte por suicídio ocupa a terceira posição entre as causas mais frequentes de falecimento na população de 14 a 44 anos em alguns países. Estima-se que as tentativas sejam 20 vezes mais frequentes que os suicídios consumados. Os homens cometem mais suicídio, e as mulheres fazem mais tentativas.

Os transtornos mentais estão associados com cerca de 90 por cento dos casos de suicídio, sendo a maior incidência os transtornos do humor, relacionados a substâncias, transtornos da personalidade e esquizofrênicos. Histórias de violência física e/ou sexual, negligência, rejeição e luto são eventos adversos de vida muito associados ao suicídio. Os eventos precipitadores do comportamento suicida, mais comuns são a existência de graves conflitos relacionais e perdas interpessoais significativas. A decisão de tirar a própria vida é, em muitos casos, tomada pouco tempo antes da tentativa, sugerindo impulsividade. Há evidências de que a restrição do acesso a métodos letais diminui a incidência de suicídio. (Prieto, Daniela; Tavares, Marcelo, 2005).

O comportamento suicida que inclui pensamentos suicidas, tentativas e consumação do ato tem crescido assustadoramente nas últimas décadas, destacando-se a adolescência como o período mais relacionado à morte.

O pensamento abstrato começa a amadurecer por volta dos 12 anos de idade, o que traz consigo uma compreensão à cerca da morte de maneira mais límpida, transparente, acarretando uma alta letalidade por meio do suicídio em adolescentes deprimidos, e frequentes ideias à cerca do mesmo, pois nessa faixa etária são extremamente vulneráveis acarretando uma dimensão maior frente ao suicídio.

Algumas taxas levantadas no estudo de Bahls (2002), a partir dos estudos de Scivoletto e cols. (1994), nos mostram taxas alarmantes, por exemplo, na Inglaterra e País de Gales, entre 1980 e 1990 houve um aumento de 78% de taxas de suicídios compreendidos entre jovens de 14 à 24 anos. Numa pesquisa de acompanhamento de adolescentes nos EUA que apresentavam depressão, realizada por um período entre 10 e 15 anos, Weismman e cols. (1999) foram encontradas taxas de 50,7% de tentativas de suicídio e de 7,7% de suicídios consumados. Não encontramos estatísticas e estudos mais recentes.

Quando a depressão do adolescente envolve comorbidades como transtorno de conduta e abuso de substâncias, o risco de comportamento suicida aumenta em três vezes. Sendo que 11% dos adolescentes que tentam o suicídio através da intoxicação irão se suicidar nos próximos anos.

Para prever uma tentativa de suicídio o histórico de tentativas anteriores é fundamental, aumentando significativamente a probabilidade de recorrência. Calcula-se que 25% de adolescentes com tentativas de suicídio e de 25 a 40% dos jovens que se suicidaram já tiveram ao menos uma tentativa prévia. Outro preditor importante é o sentimento de desesperança, pelo menos 50% dos adolescentes que cometem o suicídio fizeram ameaças ou tentativas no passado e o risco de recorrência é maior nos três primeiros meses após uma tentativa de suicídio.

Com o conhecimento dos fatores de risco, bem como de fatores precipitantes, permitem uma identificação e encaminhamento imediato a um especialista.

O suicídio é mais comum em rapazes, sendo três a quatro vezes mais comum do que em garotas; porém as tentativas de suicídio entre elas é de duas à cinco vezes mais comum. Isso se deve aos tipos de métodos utilizados, que em geral em homens são mais violentos, como armas de fogo ou “acidentes de carro”.

Benincasa e Rezende (2006) consideram que “Os comportamentos suicidas podem ser compreendidos como uma defesa à depressão, enquanto que a depressão pode ser uma defesa contra o suicídio” (BENINCASA E REZENDE, 2006, p.95). Colocam que o jovem sente muita necessidade de falar e quando deposita confiança em alguém sutilmente abre espaço para influenciar em suas atitudes e demais situações. Os autores também retratam que a interação com o outro é vital, pois gostam e necessitam do contato com diferentes pessoas, mesmo que seja apenas conversando.

Descrevemos abaixo alguns dados, incluindo para exemplificar a fala desses jovens, de uma pesquisa realizada com adolescentes com relação aos fatores de risco de depressão e suicídio.

Fatores de risco:

- Briga ou problemas dos pais
- “As coisas que acontecem em casa, com a família, com quem você gosta deixam a gente triste”.
- “O que me deixa mais triste mesmo é quando meus pais brigam. É como se eu tivesse que ficar do lado de um deles e o outro fica bravo comigo. Sempre acontece isso e eu não sei o que fazer”.

Não ser escutado (a):

- “Há pouco tempo meu pai me perguntou por que eu tava com aquela cara. Eu disse que tava de saco cheio e cansado de escola e tudo. Ele riu da minha cara como se eu não tivesse motivo nenhum pra estar cansado”.

Sentir-se invadido (a):

- “Acho que todo mundo fica triste por vários motivos. Principalmente quando as pessoas não respeitam a gente, criticam quem a gente é e o que a gente faz, fica se metendo na sua vida. Isso acontece em todos os lugares, em casa também”.

Solidão:

- “Mas o contrário também é ruim. Quando você percebe que as pessoas não estão muito preocupadas com você e que você tá mais sozinha do que você pensa”.
- “Eu sinto falta de alguma pessoa pra isso, chegar assim e dizer: bah, tal, ontem à noite..., mas eu não tenho com quem falar... quer dizer, até tenho com quem falar, mas amigo, amigo de verdade, acho difícil”.

Traição de amigos, namorados:

- “É a pior coisa, quando você conta um segredo pra uma amiga, e, quando você vai ver, ela já contou pra outro, que contou pra outro e no fim tá todo mundo sabendo do que era pra ser um segredo”.

Sentimento de desproteção:

- “Amigo que você pode confiar é aquele que, quando tá na balada, mesmo que ele não esteja com você, de vez em quando ele vai lá só pra ver como você está. Cuida de você e você cuida dele. Mas nem sempre você tem isso”.

Questões financeiras:

- “Mesmo se você trabalha você não tem como sustentar todo mundo. Aí você não sabe o que fazer”.

Consequências:**Suicídio:**

- “Mas já aconteceu de gente da nossa idade se suicidar”.
- “Ah, passar pela cabeça assim: como seria se eu me matasse, isso já passou na cabeça de todo mundo eu acho. Na minha também, mas nunca pensei em ir lá e me matar”.

Depressão, prolongamento da tristeza:

- “As pessoas ficam tristes com as coisas e isso é normal. Agora, ficar em depressão mesmo. É que você não viu, mas é um sufoco pra todo mundo. Você não sabe o que fazer pra ajudar. E tudo que você faz ainda é pouco. Você fica até culpado por não conseguir ajudar”.
- “Ninguém consegue entender a depressão. Você não está sendo egoísta. Só não sabe o que fazer pra melhorar. Parece que ninguém se importa com o que você está fazendo e o que quer. Parece que você se sente sozinho, sem ninguém, mesmo que toda família, que te ama, esteja do seu lado. Agora, o suicida é diferente. O suicida é egoísta. Não se importa com a família. Não se importa em ver todo mundo sofrer”.

Isolamento:

- “Às vezes, acho que é melhor ficar sozinho, não contar as coisas pra ninguém. Sei que seria mais legal falar, mas sei que não dá”.
- “É, tem coisa que é melhor você não contar pra ninguém, guardar pra você. Nem pra pais nem pra amigos”.

Autoagressão:

- “Eu, quando fico triste, eu me corto. Eu corto a perna também... Me sinto melhor assim. Pelo menos deixo de ficar triste”.

Fatores de Proteção:**Família próxima:**

- “Às vezes não dá pra falar coisas novas que você vive e podem não ter sido legais pra ela e ela não vai entender, eu sei que não vai. Claro que seria mais legal se eu pudesse contar, mas não dá”.

Alguém confiável para se abrir:

- “Mas o melhor mesmo é conversar com alguém mais velho. Não muito mais velho, mas um pouco mais velho. Dão-te outra noção da coisa, te escutam. É bom”.
- “Se você está mal mesmo não adianta. Você tem que desabafar com alguém. A melhor coisa é você procurar um amigo de verdade que te ouça. Que te dê conselhos”.

Vemos nessas frases não apenas questões próprias da adolescência, com as dificuldades normais dessa fase de transição, mas também indícios de pensamentos negativos, tristeza aumentada, isolamento, autoagressão, indícios de uma possível depressão. Reconhecemos que o educador pode e deve observar esses comportamentos e sentimentos, e deve estar preparado para intervir.

4 TRATAMENTOS

Embora o reconhecimento da existência da depressão infantil esteja aumentando, os esforços para o desenvolvimento de tratamentos efetivos e estratégias preventivas são limitados. As metas do tratamento são: diminuir a disfunção causada pelo episódio agudo e prevenir a recorrência. É preciso envolver a família, a escola e ensinar o paciente e a família a identificarem fatores precipitantes, embora seja difícil determinar se as dificuldades cognitivas, interpessoais sociais e familiares são precipitantes, consequência ou ambos.

Durante o estudo familiar é importante identificar a presença de depressão nos pais (30% a 50% dos adolescentes com depressão tinham pais com o diagnóstico no momento de seu tratamento), pois se não forem tratados podem afetar a evolução da doença nos filhos. Como o tratamento precoce pode evitar um prejuízo funcional maior e o estabelecimento de uma relação terapêutica entre médico e paciente está associada a melhor evolução da doença, é necessário que clínicos e pediatras estejam atentos para o reconhecimento da depressão, a fim de encaminhar o mais rápido possível a criança ou adolescente ao psiquiatra infantil

Abordagens terapêuticas: O tratamento se baseia no enfoque biopsicossocial, o qual inclui terapia (individual, familiar ou em grupo), uso de medicamentos, avaliação e planejamento educacional, avaliação da colocação e treinamento de habilidades escolares.

Há evidências de que algumas abordagens de psicoterapia são particularmente eficazes, como a terapia cognitiva, cognitiva comportamental e interpessoal, especialmente em adolescentes. Entretanto, não há evidências de que a farmacoterapia seja superior às abordagens psicoterápicas nas depressões leves e moderadas em crianças e adolescentes.

O manejo da criança deve ser o mais precoce possível, com avaliação e definição do tipo de tratamento. Deve-se fazer a avaliação da sintomatologia depressiva e as possíveis associações: diagnóstico, falhas na educação, prejuízo no funcionamento/psicossocial, transtornos psiquiátricos, maus tratos.

Se a depressão for leve, realizam-se encontros regulares, com discussões compreensivas com a criança e seus pais, dando suporte para aliviar o estresse e melhorar o humor.

Se a depressão for severa, deve-se indicar um tratamento mais focado e, ocasionalmente, internação, se necessária. Para a prevenção de riscos de suicídio, é preciso avaliar a situação para permitir ou não que a criança fique em casa.

Tratamento psicológico: Estão disponíveis a terapia cognitivo-comportamental com a criança e a família, treinamento de necessidades sociais (semelhante à terapia cognitivo-comportamental, com grande enfoque em atividades abertas e desenvolvimento de habilidades específicas), psicoterapia interpessoal, com foco no relacionamento, e terapia familiar.

Drogas: Nos transtornos do ajustamento com humor depressivo, distímia e depressão maior, pode-se usar antidepressivos como os tricíclicos: imipramina, clomipramina, maprotilina, amitriptina ou nortriptilina. Essas drogas são as mais antigas e as mais usadas em crianças.

Quando pesquisadores as compararam com placebo, não encontraram diferenças estatisticamente significantes; no entanto, na prática, continuam a ser usadas, mesmo sendo as que mais apresentam reações adversas, devido aos seus efeitos muscarínicos (uma vasodilatação que ocorre nos órgãos, ex. borramento da visão, dispneia, sudorese, bradicardia, diarreia, náusea, vômito, entre outros). Antes do início do tratamento, devem ser realizados eletrocardiograma, uréia, creatinina, transaminases oxaloacética e pirúvica. Os pacientes deverão ser monitorizados a cada 6 meses. Os inibidores seletivos da recaptura da serotonina (ISRS) aprovados nos Estados Unidos pelo Food and Drug Administration (FDA) para uso em crianças são: cloridrato de sertralina, seguro e eficaz, tem sido muito usado nos transtornos obsessivo-compulsivos em crianças e adolescentes; e fluoxetina, bastante usada, demanda dose inicial baixa, dada à sua eliminação lenta e porque pode interferir também com outras drogas. Essas drogas apresentam um bom resultado e poucos efeitos colaterais. Ainda entre os ISRS, há a paroxetina, cuja utilização na depressão é bastante vantajosa, embora existam poucos estudos sistemáticos sobre sua farmacocinética e eficácia em crianças, e o citalopram, que deve ser evitado devido ao número insuficiente de estudos com a droga nessa faixa etária. A venlafaxina, outro ISRS de ação mista, que inibe a recaptura da noradrenalina e, em menor grau, a recaptura da serotonina e, ainda em menor grau, a recaptura da dopamina, tem sido bastante utilizada em adultos; contudo, pela pouca informação disponível sobre seu uso em crianças, não é ainda aconselhada para ser usada em menores de 16 anos. Carbonato de lítio, carbamazepina e ácido

valpróico são usados para favorecer a estabilização do humor e a melhora da irritabilidade nos casos de transtorno bipolar. Essas medicações são bastante consagradas pelos médicos; no entanto, deve-se ficar atento às avaliações clínicas e laboratoriais prévias ao uso desses medicamentos.

Tratamento biológico: pouco se tem usado o tratamento com eletroconvulsoterapia nesta faixa etária. Existem poucas publicações a respeito, e todas são relatos de casos. Em geral, é uma técnica bastante efetiva, segura e usada somente quando todos os outros tratamentos falham. Não parece existir diferença marcante quanto à indicação, respostas e efeitos colaterais indesejáveis em relação aos adultos (Lima, 2004).

5 DISCUSSÃO

5.1 A criança, o adolescente e a depressão na escola

Há uma estreita relação entre a depressão, a aprendizagem e a sociabilidade nas escolas (Cruvinel e Boruchovitch, 2004).

Procuramos aqui enfocar principalmente a depressão dos alunos, quer sejam crianças ou adolescentes.

Não pretendemos abordar a depressão em professores, mas sim refletir sobre o papel que podem desempenhar como possíveis mediadores entre os alunos e a família, facilitadores na identificação e encaminhamento no caso de suspeita da doença. E ainda, após constatação do quadro, que este educador possa se inteirar do que é a depressão e de que forma ele pode ajudar o aluno e intervir na sociabilidade e aprendizagem para que os prejuízos sejam amenizados.

A depressão infantil interfere em todos os contextos de interação das crianças, seja na família ou com os amigos. Quando instalada a depressão, a criança não consegue lidar com os próprios sentimentos e com isso surgem novos sintomas concomitantes como ansiedade e o estresse. Ela pode aparecer como resultado de outra doença, bem como pode estar associada a outros diversos distúrbios psíquicos coexistindo junto a eles.

A depressão tem um fator individual em que ficam evidentes características da própria pessoa, ou mesmo o tipo de reação de cada indivíduo é muitas vezes variado, tendo em comum com outros depressivos às vezes apenas a questão de “possuir” a mesma desordem, visto que cada personalidade reage de um jeito.

As relações entre os processos cognitivos e sintomas depressivos têm sido levantadas em diversos estudos como, Bond, Buttler e Thomas (2007) e Martinelli (2004), que apontam os processos psicológicos estreitamente envolvidos na aprendizagem como: motivação, autoeficácia e competência, interesse e ansiedade. Com a defasagem desses processos na criança observam-se limitações estritamente diretas no funcionamento psíquico, que influencia negativamente no cognitivo, social, emocional e conseqüentemente comportamental.

Encontramos nesses estudos relações diretas entre a depressão na infância e outras dificuldades tais como, problemas de rendimento escolar e comportamentais que acarretam um déficit integral nas funções psicossociais. Derubeis, Tang, Beck em 2001 e Moreira e Mansini em 2002, estudaram a relação

entre a memória da criança e a depressão, para verificar até que ponto esta doença interfere nessa função cognitiva. Como resultados encontram que a cognição de uma criança deprimida bem como a visão de si são negativas e distorcidas, enxergando-se dessa forma acarretam um pior desempenho escolar, desmotivação para aprender, comprometimento no rendimento escolar.

Crianças com atraso escolar, segundo estudo de Cruvinel e Boruchovitch (2004), demonstram sintomas como apatia, tristeza e insegurança, o que indica que crianças com dificuldades escolares também apresentam problemas psicoafetivos. No universo infantil não devemos querer estabelecer uma relação de causalidade, o mais necessário e urgente é enfatizar a importância desses prejuízos na vida dessas crianças.

Depressão e escola estão diretamente relacionadas, já que a criança demonstrará e apresentará seu comportamento depressivo também no ambiente escolar, sendo este um rico universo de experiências em todos os âmbitos. O que faz com que a doença se manifeste afetiva, social e educacionalmente. É necessário que o educador esteja alerta para as experiências negativas e positivas que a criança vai experimentar na adaptação escolar, bem como em todo seu curso na escola, sabendo que experiências de fracasso podem acarretar em sentimentos de desvalorização e insegurança quanto a competência e capacidade do sujeito, interferindo também na vida acadêmica.

Além das consequências e das relações que existem com depressão e a vida acadêmica do aluno, o prejuízo abrange o contexto psicossocial e individual da criança que muitas vezes tem dificuldade de entender e explicar o que ocorre intrapsiquicamente ou como conceituar seu sofrimento. Um fator importante a ser considerado e levado a sério também é quando a criança ou jovem já internalizaram seus conceitos negativos sentindo-se desmotivadas e abatidas, comprometendo seu desenvolvimento emocional, cognitivo e funções sociais, bem como a crença em seu autoconceito, podendo acarretar um ciclo de fracasso que além de apresentar um baixo rendimento escolar, ainda agrava o estado depressivo.

Barros e Coutinho (2005) enfatizam a importância de se conhecer não apenas o que acontece intrapsiquicamente em cada criança e sim, mapear e identificar os fenômenos sociais que decorrem da depressão e de suas representações como fenômenos sociais. Com o aumento dos casos de depressão na infância, faz-se necessário reconhecer quais ferramentas ela encontra dentro de

sua experiência para imputar um sentido que possa direcionar seus comportamentos nesse novo contexto.

Em geral é na escola que se solidificam as alterações afetivas, é comum encontrar a presença de casos de inibição e o rompimento do pensamento intelectual, como observado por Papazian e cols (1992). As crianças com depressão são as que mais apresentam dificuldades de atenção e entendimento da explicação dos professores, afetando seu rendimento escolar.

Infelizmente pela falta de informação e educação voltada para transtornos mentais a depressão passa muitas vezes despercebida na sala de aula. Muitas vezes, o educador não tem nenhum conhecimento na área de transtornos mentais, ou não está suficientemente atento só interfere, ou não busca conversar com a família quando o aluno apresenta comportamentos que dificultam o andamento da aula.

Quando o comportamento apresentado pela criança é mais voltado para si, seja um isolamento ou retraimento muitas vezes confundi-se com timidez ou como sendo próprio da criança. Desta forma, pais, professores e as demais pessoas acabam por não reconhecer como um provável sintoma e sim como uma característica de personalidade da criança. O diagnóstico se torna mais complicado ainda quando existem comorbidades com doenças psiquiátricas ou com outras doenças, ficando a depressão em segundo plano, considerando-se apenas os sintomas mais evidentes. É comum nesses casos olharmos e acharmos que é apenas uma fase, quando esses indícios podem representar algo muito mais sério.

Crianças depressivas apesar de muitas vezes se isolarem são bem aceitas pelos colegas de classe, enquanto os professores relatam que elas apresentam um déficit em suas habilidades sociais. A apresentação da depressão depende da fase de desenvolvimento em que a criança está. Quanto mais tempo se decorre a iniciar o tratamento, maiores são os prejuízos e a probabilidade de recorrência, por isso é importante que na menor suspeita já se encaminhe para diagnóstico e, conseqüentemente, para o tratamento adequado.

A depressão do adolescente também aparece integrando fatores sociais, familiares, psicológicos e biológicos. A depressão aparece como um rompimento no desenvolvimento do adolescente, expressando uma crise que abrange sua vida social, familiar, escolar e/ou profissional. É uma das formas mais perniciosas da doença, com grave potencialidade e a demora em identificar o

problema não se deve apenas pelas atitudes dos adolescentes em não verbalizarem o que sentem ou suas mudanças de comportamento, mas também deve-se aos adultos que segundo Toolan (1980) são influenciados pelo mito da “juventude feliz”.

É importante perceber a diferença entre a “crise da adolescência” e uma crise de depressão, apesar de terem algumas características semelhantes, é imprescindível a distinção entre o normal e o patológico. Ladame, Laufer e Laufer, (1981; 1984) têm insistido sobre a gravidade desta patologia na adolescência pelo desvio ou ruptura definitiva em seu desenvolvimento com tentativas de suicídio.

Um bom esclarecimento em sala de aula a respeito das doenças de saúde mental, neste caso, especificamente a depressão pode fazer com que esses adolescentes ou seus companheiros se abram mais e possam pedir ajuda em como lidar e identificar a doença.

Em crianças pré-escolares tanto como em crianças escolares a depressão pode tornar-se clara a partir da observação dos temas das fantasias, desejos, sonhos, brincadeiras e jogos, com conteúdos predominantes de fracasso, frustração, destruição, ferimentos, perdas ou abandonos, culpa, excesso de autocríticas e morte.

Auxiliando para que aos poucos o preconceito às doenças mentais seja substituído pela informação a respeito das mesmas. Porém apesar do reconhecimento da depressão estar aumentando, os esforços para desenvolver tratamentos efetivos e estratégias preventivas ainda são muito limitados.

Como já mencionamos, no Brasil encontramos poucos estudos relacionados à depressão infantil, se refinarmos a pesquisa procurando por literatura na área de depressão e escola, ou estratégias que possam ser utilizadas por professores, essa taxa é menor ainda. São necessários mais estudos e pesquisas empíricas que possam dimensionar ao longo do desenvolvimento infantil os fatores individuais e ambientais associados a depressão para que se elucide cuidados e recomendações mais relevantes para a criação de programas de prevenção e intervenção.

A comunicação entre as crianças e seus professores quando se suspeita de uma depressão exige certa decodificação de como a informação chega e o que de fato ela representa, são chamadas Representações Sociais. O estudo das representações sociais investiga como se formam e como funcionam os sistemas de referência que utilizamos para classificar pessoas e grupos e para interpretar os acontecimentos da realidade cotidiana. Por suas relações com a linguagem, com a

ideologia, com o imaginário social e, principalmente, por seu papel na orientação de condutas e das práticas sociais, as representações sociais constituem elementos essenciais à análise dos mecanismos que interferem na eficácia do processo educativo (Mazzotti ; 1994).

É importante saber o que a criança compreende a respeito da depressão, e posteriormente, como ela se sente como indivíduo em relação a essa doença. Campos e Coutinho (2005) propõem uma técnica chamada “Desenho-Estória com Tema”, na qual se pede para a criança desenhar uma pessoa com depressão, posteriormente pedem que identifiquem o que representa cada parte do desenho, que conte a história desde o início ao fim. Essa técnica faz com que a criança tenha uma maior facilidade de expressar seus sentimentos falando de uma situação específica, conscientes ou inconscientes o desenho traz a tona os conflitos intrapsíquicos.

Em pesquisa sobre Representações Sociais da depressão no contexto escolar por Ribeiro, K.; Oliveira, J.; Coutinho, M. e Araújo, L. (2005) encontramos falas das próprias crianças que expressam seus sentimentos expondo-se com falta de amigos, isolamento e medo de rejeição. A partir da aplicação dessa técnica, destacam a categoria psicossocial que é classificada a partir de três temas: Depressão associada à falta de amigos; Depressão associada ao isolamento e Depressão associada ao medo de rejeição. Apresentamos aqui alguns dos desenhos obtidos por esses pesquisadores.

5.2 Apresentações de trabalhos com crianças deprimidas

- Depressão associada à falta de amigos:



Figura 1. Desenho-Estória com Tema.

Estória contada pela criança: “A menina está com depressão, aí as amigas dela nem percebem aí não vão conversar com ela, daí ela começa a melhorar da depressão”

Neste desenho observa-se o tamanho da criança deprimida é a menor que as demais, o que demonstra sua visão de inferioridade. A árvore curvada para baixo, bem como o sol no meio do desenho mostra sua necessidade de proteção.

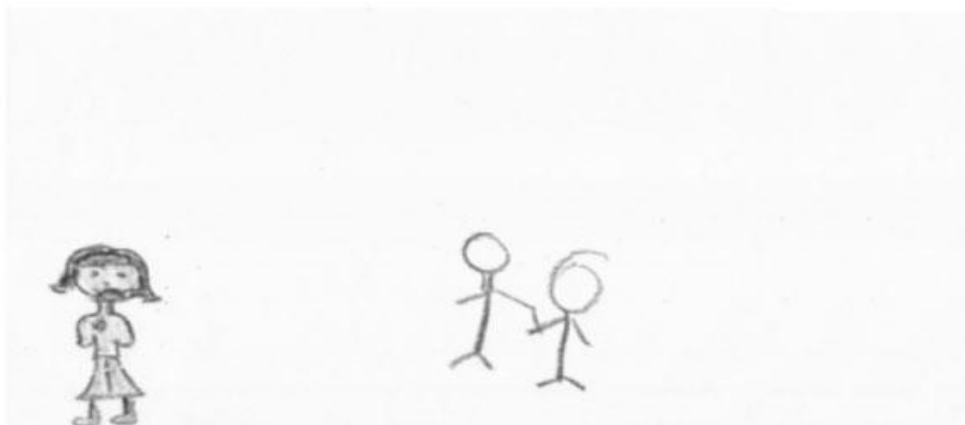


Figura 2. Desenho-Estória com Tema.

Estória: “*Ela está sozinha não gosta de brincar por falta de amizade (...) os outros nem se importam (...) as amigas não percebem (...) não vão conversar com ela*”.

Os autores esclarecem que o desenho evidencia a distância entre as crianças demonstrando a solidão e a falta de amigos. A criança deprimida aparece mais detalhada no desenho, o que é interpretado pelos autores como uma necessidade de ser vista, de conseguir atenção. Observa-se também que a criança deprimida aparece representada pela boca voltada para baixo e sem os membros superiores que podem indicar seu sentimento de falta de conexão com os demais, já que as outras crianças aparecem de mãos dadas, e também evidencia seu sentimento de desvalorização.

Depressão associada ao isolamento

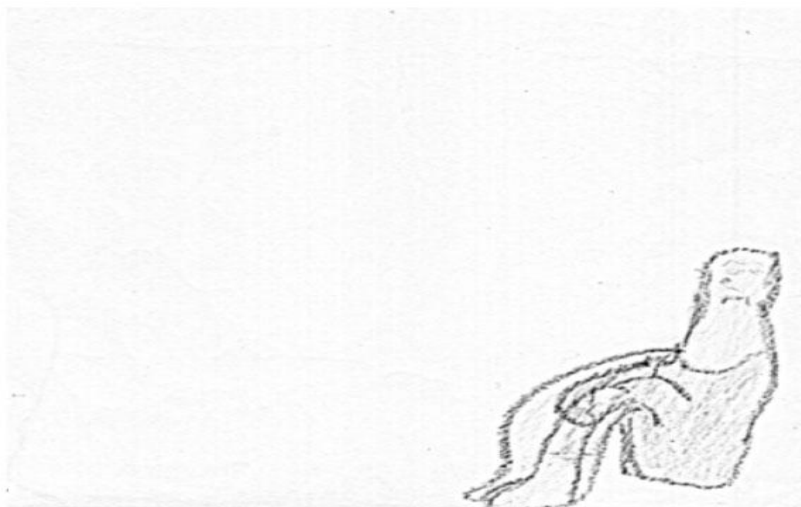


Figura 3. Desenho-Estória com Tema.

Estória: “Tinha uma pessoa que tinha sua família e acabou destruindo toda a sua família e ela acabou se escondendo por causa da depressão, ela se escondia e se encolhendo num canto qualquer da casa. Sua família se preocupou com suas atitudes e sua família o internou, depois de um tempo ele se tratou, se recuperou e viveu com sua família”

Percebe-se num primeiro momento a solidão e o isolamento retratados pela criança. Seu desajuste com o ambiente se mostra na figura desenhada também pela posição corporal que se apresenta sentada e com os membros presos ao corpo, demonstrando sua inibição, apatia e desânimo para corresponder aos estímulos exteriores. Tanto nos olhos, como na boca, ambos voltados para baixo, ressaltam o sentimento de impotência, tristeza, e o isolamento pode ser interpretado como mecanismo de defesa.

- **Depressão associada ao medo de rejeição:**



Figura 4. Desenho-Estória com Tema.

Estória: *“Era uma vez uma garotinha que tinha depressão, então esta garota frequentemente ela chorava muito na cama por motivos pessoais. Um dia ela saiu com dois amigos para a praça, e ela ficava se perguntando várias vezes se eles gostariam (ficavam felizes) que ela estivesse ali com eles”.*

Ao interpretarem o desenho, os autores consideraram que a cama com uma figura pequena mostra o isolamento da criança, a fuga em relação ao ambiente, tristeza e introspecção. O medo da rejeição assim como na estória, é retratado claramente pela relação entre as três crianças e sua preocupação em ser aceita, insegurança de se sentir rejeitado, enquanto os outros conversam normalmente.

Analisando os desenhos e histórias é possível notar que os sentimentos e comportamentos das crianças deprimidas são demonstrados pela distância entre seus colegas, sendo esta uma negação de si mesma, a criança não vê como possível sua inserção social. Barreto (1993) aponta que no âmbito social a depressão da criança se mostra em sua inadaptação ao ambiente que pertence, assim como uma ruptura dos mecanismos culturais, familiar e escolar.

A presença da solidão é enfatizada e ressaltada na análise dos resultados, diferindo quanto ao motivo e foco dado pelas crianças, falta de amigos, isolamento e medo de rejeição, podendo levar a criança a transtornos de conduta pelo excesso ou falta de sentimentos, bem como na incapacidade ou inabilidade em pedir socorro.

As relações sócio afetivas da criança são de extrema importância para o bem estar psicossocial podendo apresentar recusa em ir à escola, e ter sua percepção alterada, chegando a delírios e ideias de culpa e desvalorização de si. Interfere assim não apenas na vida da criança como em seu equilíbrio com relação ao meio social que está inserida, danificando os meios de comunicação e convívio, interferindo abrangentemente em seu meio social e familiar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido ao alto declínio no desempenho escolar como um dos sintomas da depressão em estudantes podendo chegar ao fracasso escolar, concluímos que o conhecimento dos professores pode ser um grande aliado na descoberta precoce da doença, podendo o educador ser um mediador com a família e os companheiros de sala, sendo também um aliado ao aluno ajudando a lidar com o prejuízo escolar.

Como afirmam Portella e Kappel (2004), conduzir adequadamente o desenvolvimento psíquico de um ser humano é uma tarefa complexa e uma responsabilidade que não deveria ser subestimada. Apesar dos enormes avanços dos conhecimentos sobre as vicissitudes do desenvolvimento infantil, defrontamos com desafios que ainda configuram uma situação preocupante. Acreditamos que os conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil, aliados às construções que vêm sendo feitas nos trabalhos de treinamento de professores, podem favorecer ações mais efetivas em prol dos cuidados infantis, dos direitos da infância e das responsabilidades e funções de pais e educadores.

Deveríamos criar grupos de apoio ao professor e à equipe escolar nas dificuldades cotidianas, instrumentalizando esses profissionais como agentes de saúde mental e auxiliá-los a enfrentar as ansiedades que emergem no contato com os alunos, um programa que tenha como objetivo torná-los mais capacitados para a tarefa educativa.

A escola é o espaço das possibilidades humanas, da reciprocidade e da coexistência. Por meio do ato educativo é possível ao educador um agir no sentido de construir uma relação que se institua como um poderoso instrumento gerador de sentido para a vida de cada um e todos que dialogam na comunidade escolar.

A visão da depressão em crianças e adolescentes em idade escolar, objetivo desta pesquisa, tem a intenção de alertar professores e educadores em geral para a necessidade de oportunizar o desenvolvimento psíquico saudável e ser capaz de ofertar apoio à criança, ao adolescente e ao jovem integrando-o e acolhendo-o no mundo escolar por meio da atenção a diferentes instâncias facilitadoras do processo de socialização, mesmo na presença de um transtorno psíquico: confiança, autonomia, iniciativa empatia e autoestima.

Nesse sentido, os educadores são agentes fundamentais na promoção de saúde mental. Em âmbito concreto, a eles cabe oportunizar esse espaço do ser -

diferente respeitando o desenvolvimento psíquico do estudante. Essa é uma tarefa complexa e uma responsabilidade que deve ser compartilhada. Apesar dos enormes avanços percebidos na direção do respeito à diversidade e ao ser - diferente, existe, ainda, um espaço de conquista: favorecer as relações mais efetivas em prol da promoção da saúde mental no contexto escolar. É necessário apoiar o educador para que desfrute com prazer da relação com os escolares compreendendo-os em suas dificuldades cotidianas e instrumentalizando esses profissionais, auxiliando-os a enfrentar as ansiedades que emergem do contato com outro.

REFERÊNCIAS

ALSOP, Pippa; MCCAFFREY, Trisha. Transtornos Emocionais na Escola. São Paulo, SP: Summus, 1999.

ANDRIOLA, W. B. & CAVALCANTE, L. R. (1999). Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. Universidade Federal do Ceará. Psicologia: Reflexão e Crítica, 12, 419-428.

BAHLS, S.C.. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes: clinical features. *Jornal de Pediatria*, 78, 5, 359-366, 2002.

_____ Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 63-67, 2002.

BAHLS, S. C.; BAHLS, F. R. C. Depressão na adolescência: Características clínicas. *Interação em Psicologia*, 6, 49-57, 2002.

BANDIM, José Marcelino; SOUGEY, Everton Botelho. Depressão na Infância: epidemiologia e aspectos clínicos. *Neurobiologia*, Recife, v. 59, n. 1, p. 1-12, 1996.

BANDIM, J. M., SOUGEY, E. B., & CARVALHO, T. F. R. Depressão em crianças: características demográficas e sintomatologia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (1), 27-32, 1995.

BANDIM, J. M., ROAZZI, A. & DOMÉNECH, E. Rendimento escolar em crianças com sintomas depressivos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47, 353-460, 1998.

BAPTISTA, C. A., & GOLFETO, J. H. Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. *Revista de Psiquiatria Clínica - [edição on line]*, 27 (5), 2000.

BAPTISTA, M. N. Sintomatologia, diagnóstico e características da depressão no adolescente Em Baptista, M. N. & Assumpção, F. B (Orgs.). Depressão na adolescência: Uma visão multifatorial (pp. 71-80). EPU: São Paulo , 1999.

BAPTISTA, M. N., BAPTISTA, A S. D, & DIAS, R. R. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia ciência e profissão*, 21 (2), 52 – 61, 2001.

BARBOSA, G. A., DIAS, M. R., GAIÃO, A. A. & DI LORENZO, W. F. Depressão Infantil: Um estudo de prevalência com o CDI. *Infanto*, 3, 36-40, 1996.

BARBOSA, G. A. & LUCENA, A Depressão infantil. *Infanto*, 2, 23-30. 1995.

BARBOSA, Genario Alves et al. Depressão Infantil: um estudo de prevalência com o CDI. *Infanto – Revista Neuropsiquiatria da Inf. e Adol.*, v. 4, n. 3, p. 36-40, 1996.

BARROS, A. P. R. & COUTINHO, M. P. L. Depressão na adolescência: Representações Sociais. In Coutinho, M. P. L. & Saldanha, A. A. W (Orgs.). *Representação Social e práticas de pesquisa* (pp 39-67). João Pessoa, PB: Editora UFPB. (2005).

BARKER, P. Basic child psychiatry. 5. ed. Oxford: Blackwell Scientific Publ., 1988.

BECKER, M. C., Aconselhamento Pastoral na Depressão – Uma Análise Psico-teológica do Aconselhamento Pastoral na Depressão, Tese de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, 2003.

BOTEGA, N. J., CANO, F. O., KOHN, S. C., KNOLL, A. I., PEREIRA, W. A. B., & BONARDI, C. M. Tentativa de suicídio e adesão ao tratamento: um estudo descritivo em hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44, 1, 19-25, 2005.

CAMON, V. A. A. Depressão como um processo vital. Em V. A. A. Camon (Org.). *Depressão e Psicossomática*. (p. 1-44). São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

CARSSOLA, R.M.S. Comportamentos suicidas na infância e adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 36, 3, 137-144, 1997.

CRUVINEL, M. BORUCHOVITCH, E. Sintomas De Revista Cesumar - Ciências Humanas e Sociais Aplicadas v. 15, n. 2, , p. 381-403, jul./dez. 2010.

CHABROL, H. (1990). A depressão do Adolescente. Campinas: Papirus

CRUVINEL, Miriam.; BORUCHOVITCH, Evely (2003). Depressão Infantil, rendimento escolar e estratégias de aprendizagem em alunos do ensino fundamental. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas. Campinas.

DELL'AGLIO, Débora; HUTZ, Cláudio. Depressão e Desempenho Escolar em Crianças e Adolescentes Institucionalizados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 17(3), pp.341- 350, 2004.

DEL Porto, Depressão. *Revista Brasileira de Medicina*, 56, 89-103, 1999.

FERNANDES, A. M.; MILANI, R. G. Sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar de alunos do ensino fundamental. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 3, p. 369-378, 2004.

FONSECA, M. H. A Prevalência de sintomas de depressão em escolares, Dissertação de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdade de Medicina, UFMG, 2004.

FREIRE, Teresa ;TAVARES, Dionísia Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Rev. psiquiatria. clín.*, vol.38, no.5, p.184-188, 2011.

FU Lee; CURATOLO, Eliana; FRIEDRICH, Sonia. Transtornos afetivos. *Rev. Bras. Psiquiatria*. vol.22 s.2 São Paulo Dec. 2000.

HALLAK, L. R. L. 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. Inventário de depressão infantil - CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44, 345-349, 2001.

KAPLAN & SADOCK, *Compêndio de Psiquiatria*. Editora Artes Médicas, Porto Alegre. 1986.

LIMA, DÊNIO. Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 80, n. 2, p. S21-S27, 2004. Disponível

em:<<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n-2Sa04.pdf>>. Acesso em: 27 Junho. 2012.

LIPP, Marilda E. Novaes et al. O estresse em escolares. *Psicologia Escolar e Educacional*, Campinas, v.6, n.1, p. 51-56, jan./jun. 2002.

LOPES, J.A.; MACHADO, M.L.; PINTO, A.M.; QUINTAS, M.J. & VAZ, M.C. Avaliação de distúrbios de comportamento em crianças de idade pré-escolar, 1994.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

PEREIRA, Dejenane Aparecida Pascoal; AMARAL, Vera Lucia Adami Raposo do. Escala de avaliação de depressão para crianças: um estudo de validação. *Rev. Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 21, n. 1, p. 5-23, jan./abr. 2004.

PERES, U. T. Melancolia. São Paulo: Escuta, 1996.

REINECKE, Em M.; DATTILIO F.; FREEMAN, A. (Orgs.). Terapia Cognitiva com crianças e adolescentes (pp. 91-104). São Paulo: Artes Médicas.

REHM, L. P.; SHARP, R. N. Estratégias para a depressão infantil, 1996.

ROHDE, Luis Augusto; TRAMONTINA, Silzá O tratamento farmacológico do transtorno bipolar na infância e adolescência. *Rev. psiquiatria. clín.*, 2005, vol.32, suppl.1, p.117-127.

SANTOS, Patrícia Leila dos; GRAMINHA, Sônia Santa Vitaliano. Problemas emocionais e comportamentais associados ao baixo rendimento acadêmico. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 11, n. 1, p. 101-109, jan./abr. 2006.

SCIVOLETTO, Sandra; TARELHO, Luciana. Depressão na Infância e Adolescência. *Rev. Bras. Med.*, 2002.

SOMMERHALDER, A., & Stela, F. Depressão na infância e o papel do professor. [Resumo]. Arquivos de neuropsiquiatria, 59, suplemento 1, 200, 2001.

WHITE, J. (1989). Depression. Em *The Troubled adolescent* (pp. 111-143). Pergamum General psychology series.

VARELLA, D., Depressão na Infância e Adolescência, [HTTP://drauziovarella.com.br/](http://drauziovarella.com.br/) acessado em 27 junho 2012.

WERLANG B. G., CAIS, C., MACEDO, M., Prevenção do Comportamento Suicida, *Revista de Psicologia*, vol. 37, dezembro 2006.

VILELA, J. E. M. Sintomas depressivos das depressões. *Psiquitria Biológica*, 4, 95-99, 1996.

WHO – World Health Organization. (2005). *Suicide prevention: facing the challenges, bulding solutions*. WHO European Ministerial Conference on Mental Heath, 1-6.