

**Prevalência da depressão em crianças angolanas da  
província de Benguela com as idades compreendidas entre  
8-13 anos**

**José Manuel**

**Instituto Superior de Ciências de Saúde – Norte**

**2012**



**Prevalência da depressão em crianças angolanas da  
província de Benguela com as idades compreendidas entre  
8-13 anos**

**José Manuel**

Dissertação apresentada no Instituto Superior de Ciências da Saúde do  
norte para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da  
saúde

Investigador: José Manuel

Orientador: Prof. Doutor José Carlos Caldas

**2012**



## **Agradecimentos**

Nada é mais importante do que o reconhecimento. Conhecer não tem a importância de reconhecer. Conhecer exige curiosidade. Reconhecer não dispensa afecto. Nada se guarda sem afecto. Neste trabalho o que mais temo é o esquecimento de alguém ou algum momento que tenha contribuído para a sua construção. Sem isso nunca poderei fechá-lo.

- Agradeço à Deus por me preparar para uma profissão cujo cuidado é como as Obras mais primas e com mais sublime dom da vida. A caminhada foi árdua, cada passo desta jornada foi traçado e determinado por Ti.

- A minha mãe, as minhas filhas, eternas companheiras e verdadeiras amigas, meu agradecimento. Vocês que me incentivaram a prosseguir e ensinaram-me a ultrapassar os obstáculos, sem medo, saibam que foram e sempre serão os pilares da minha formação.

- Ao meu orientador Dr. José Carlos Caldas, pela dedicação, delicadeza, paciência, permanente disponibilidade.

- A Dra. Márcia, Directora da CESPUP Formação Angola em Benguela que com sabedoria divina tem conduzido a referida instituição.

- Aos nossos professores que conosco estiveram no curso de pós graduação, pela simpatia e trabalho conjunto durante todo o processo.

As direcções das seguintes instituições que amavelmente criaram condições para que a investigação fosse concretizada: Escola Primária Nuno Álvares, Escola Primária nº 30, Escola Primária do 70, Escola Primária nº31, Escola Primária Said Mingas, Escola Primária nº 348, Escola Primária do Cotel, Escola do 1º Ciclo da Goa, Escola Primária do Cassôco e Escola Primária nº109.

-Aos amigos todos que participaram com obras gestos ou palavras que permitiram manter tenaz meu interesse pelo trabalho em curso.

“ Quando na caminhada pela vida te deparares com um gigante, pare e observe a posição do sol, pois o que vês poderá ser a sombra de um anão... “(conto angolano).



## Resumo

O primeiro relato sobre transtornos patológicos do humor aparece na Bíblia no livro de Job (1500 a. C.). Contudo as primeiras referências clínicas e doutrinárias encontram-se nos escritos de Hipócrates (460-370 a.C.). O maior mérito de reformulação de Hipócrates deve-se ao facto de atribuir uma origem natural à melancolia (acção da bÍlis negra) ideia que perdurou por longo tempo. (Cunha, Buzaid, Watanab, Romano, 2005).

Sabe-se que a depressão é um transtorno patológico do humor. Temos que considerar que a população infante – juvenil angolana tem crescido rapidamente e em termos proporcionais a faixa etária das crianças e adolescentes é a que mais cresce. A depressão é uma doença de alta incidência na população geral e é o distúrbio mais comum do afecto ou humor nas crianças e adolescentes, (Rocha, Alan, Almeida, 2009).

Embora internacionalmente a sua prevalência seja estimada 10-15% entre crianças e adolescentes, este tipo de dados não estão disponíveis para Angola, país em que alguns factores culturais próprios poderão influenciar o seu aparecimento ou curso. No sentido de averiguar esta realidade decidimos estudar uma amostra de crianças e adolescentes angolanos através da aplicação da Escala de Autoavaliação de Depressão de Birlson que nos permitissem identificar os casos de depressão.

Participaram nesta pesquisa um total de 500 crianças e adolescentes em idades compreendidas entre os 8 e 13 anos, a frequentarem da 1ª a 5ª classe.

Os resultados da presente investigação não revelaram diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género.

No final são discutidos os resultados tendo em consideração os contributos teóricos, as consequências práticas e as limitações da investigação.

## **Abstract**

The first report about disorders of humour appears in the Bible at Job's book (1.500 a.C.). However, the preliminary clinic and erudition references are in Hippocrates writing (460-370 a. C.). The best gain of Hippocrates is due His agreement that, melancholy is something natural (action of blak anger). That agreement had long duration (Cunha, Buzaid, Watanabe, Buzaid, Romano, 2005).

We know that depression is a humour pathological disorder. We must consider that Angolan young population is growing quikly and it's the stage Which grows in due proportion. Depression is na illness that places in general population and is the contention more frequent of children and adolescents' affection (Rocha, Alan, Almeida, 2009).

Although, depression is being estimated in 10-15% among children and adolescents, worldly, this statistics vlues are not appropriated for Angola, because there are lots of own cultural factors, which can influence its appearing. In order to inquire this reality, we decide study a sample of children and adolescents applying Birleson Depression Self Evaluation scale that can help us identifying cases of depression.

It participates in this investigation an amount of 500 children and adolescents who attend from 1<sup>st</sup> to 5<sup>th</sup> grade.

The results of present investigation do not revealed differences statistically significant this concerning to gender.

At last, it wil be discussed the results of theory assessments, practices conclusions and the limitation of this research, discreetly.



## **Lista de Abreviaturas**

**DI** - Depressão Infantil

**GAP**- Group for the Advancement of Psychiatry

**CESPU** - Cooperativa Para o Ensino Superior Politécnico e Universitário

**DSM** – Diagnostic and Statistical Manual

**CID** – Classificação Internacional de Doenças



# Índice Geral

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	19
CAPÍTULO I - CONSTRUCTOS TEÓRICOS RELEVANTES.....	19
1. Depressão .....	19
1.1. Resumo Histórico da Depressão.....	21
1.2. Tipos de Depressão.....	23
1.2.1. Classificação na Prática.....	23
1.2.2. Classificação com Base na etiologia .....	24
1.2.3. Classificação com Base nos Sintomas.....	24
1.2.4. Depressão Unipolar .....	24
1.2.5. Depressão Anaclítica .....	25
1.2.6. Depressão Bipolar .....	25
1.2.7. Depressão Endógena .....	25
1.2.8. Depressão Exógena .....	25
1.2.9. Depressão Maníaca.....	25
1.3. As possíveis Causas da Depressão.....	25
1.4. O Diagnóstico da Depressão .....	27
1.5. Os Sintomas da Depressão .....	28
2. A Depressão em Crianças e Adolescentes .....	30
2.1. A Depressão e a sua Expressão na Criança.....	32
2.2. A Depressão na Adolescência .....	33
3. Reconhecer a Doença Depressiva.....	34
3.1. Reconhecimento da Depressão nas Crianças .....	35
3.2. Reconhecimento da Depressão em Adolescentes.....	37
3.3. Diferenças do Adolescente em Relação ao Adulto Deprimido.....	38
4. Hereditariedade .....	39
5. As Relações de Objecto na Criança Deprimida .....	39
6. Os Suicídios Antes dos 10 ou 12 Anos .....	40
PARTE II - CONTRIBUTO PARA O ESTUDO DA PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO EM CRIANÇAS ANGOLANAS DA PROVÍNCIA DE BENGUELA COM 8 A 13 ANOS DE IDADE .....	43
Objectivos Gerais .....	43
Objectivos Específicos.....	43
Questões de Investigação .....	43
CAPÍTULO II - ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	44
1. Desenho / Método.....	44

2. Participantes .....	44
Instrumentos .....	46
Procedimento.....	47
3. RESULTADOS.....	48
CAPÍTULO III - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
1. Discussão dos resultados das hipóteses de estudo .....	53
3. Discussão das limitações do estudo .....	54
4. Conclusões e considerações finais .....	54
Bibliografia .....	56
ANEXOS.....	59
ANEXO I .....	60
ANEXO 2 .....	61

## Índice de Tabelas

TABELA 1- Caracterização da amostra por idade.....	44
TABELA 2-Distribuição da amostra por idades.....	44
TABELA 3- Distribuição da amostra por Género .....	45
TABELA 4 - Distribuição da amostra por nível de escolaridade .....	46
TABELA 5 – Distribuição da amostra por zona de habitação .....	46
TABELA 6 – Distribuição dos resultados na amostra completa e por género.....	48
TABELA 7- Comparação dos resultados por género.....	48
TABELA 8- Distribuição dos resultados na amostra por idades .....	49
TABELA 9- Comparação dos resultados por idades .....	49
TABELA 10- POST-HOC DA ANOVA.....	50

# Índice de Gráficos

GRÁFICO 1- Distribuição da amostra por idades.....	45
--	----

## Introdução

O conceito “depressão” vem sendo estudado por vários autores e com o decorrer do tempo foi sendo classificado de diversas formas. Contudo, essa doença é pouco conhecida quando se trata de crianças e adolescentes. Seus sintomas não são percebidos com facilidade pelos pais e/ou familiares. Dependendo da fase de desenvolvimento da criança e do adolescente, a depressão pode se expressar de forma variada (Cunha, Buzaid, Watanabe, Romano, 2005). Os bebês podem apresentar, entre os vários sintomas, expressão facial triste e alterações do apetite e do sono; os pré escolares podem ter disforia, apatia e isolamento social: os escolares, queixas somáticas e humor depressivo; já os adolescentes podem apresentar pensamento de cunho depressivo, sentimento de inferioridade e de inutilidade e queda do desempenho escolar, entre as várias manifestações da doença (Cunha, Buzaid, Watanabe, Romano, 2005). A depressão é uma doença grave e pode levar ao isolamento, baixo rendimento escolar, uso de drogas como tentativa de se sentir melhor e baixa de auto estima ou lentificação. Por estar em desenvolvimento, a criança e/ou o adolescente não têm capacidade para compreender o que lhes acontece internamente (Cunha, Buzaid, Watanabe, Romano, 2005).

Estudos realizados pelos Serviços de Psicologia-Instituto do Coração, S. Paulo Brasil, 2005, demonstram que cerca de 22% das crianças e 15% dos adolescentes sofrem de depressão. O quadro de depressão na infância e na adolescência pode prognosticar episódio de depressão maior na idade adulta, o que reforça a necessidade de se fazer diagnóstico e de dar início ao tratamento o mais breve possível.

Assumpção (1992), afirma que desde meados do século XVIII a depressão tem sido encontrada tanto na criança como no adolescente. Até a década de 1960, a depressão infantil não era contemplada como alteração psiquiátrica.

Nos anos 70 surge o conceito de depressão mascarada e equivalentes depressivos. Enquanto que Puig-Antich, J. (1980), consideram a depressão infantil equiparável à do adulto e propõem que esta seja diagnosticada com os mesmos critérios e os mesmos instrumentos, outros autores como Sptiz (1946) e Kovacs e Beck (1977), afirmam que a depressão infantil é distinta da depressão do adulto,

outros ainda que é o caso de Poznanski e Petti (1983), afirmam que a depressão infantil pode aparecer em idades inferiores a 6 anos e que se trata de uma síndrome com características específicas próprias da infância.

Para Spitz (1946) a depressão no adulto e a depressão na criança não são comparáveis mas entidades psiquiátricas completamente diferentes. Os sintomas são similares, mas o processo subjacente é diferente. Esse conceito é aceito e bastante investigado até os dias actuais.

Em 1977, em estudo realizado por Kovacs e Beck, a depressão infantil foi considerada uma entidade sindrômica, independente da do adulto; a partir desse estudo, foram estabelecidos critérios, de diagnóstico clínico, psicológico e biológico. Do ponto de vista etiológico, os transtornos depressivos da criança não são semelhantes aos dos adultos, apesar de crianças e adolescentes deprimidos terem sido considerados clinicamente, até pouco tempo, semelhantes aos adultos. Quanto a etiopatogenia da depressão, esta é muito mais complexa na criança que no adulto, com a existência de factores endógenos implicados na depressão infantil em graus variados.

Segundo alguns autores, tais como Lafer B., Almeida O.P., Fragas Júnior R., Miguel E.C. (2000), o termo depressão, em seu contexto clínico não se refere a uma patologia caracterizada obrigatoriamente por humor deprimido, mas a um complexo sindrômico caracterizado por alterações de humor, psicomotricidade e por uma variedade de distúrbios somáticos e neurovegetativos.

Segundo Bowlby (1969) na maioria das formas de distúrbios depressivos, a principal questão que leva uma pessoa a se sentir desamparada refere-se a sua capacidade de estabelecer e de manter relações afectivas. Assim, percebe-se que o conceito depressão vem sendo estudado por vários autores e que, com o decorrer do tempo, foi sendo classificado de diversas formas. Muitos critérios diagnósticos, como RDC ("The Research Diagnostic and Statistical Manual"), DSM III – R, DSM IV e CID 10 (Classificação Internacional de Doenças), têm sido utilizados com o objectivo de maior fidedignidade.

Hoje a depressão infantil é muito frequente em crianças e adolescentes. Estudos realizados pelos Serviços de Psicologia-Instituto do Coração, S. Paulo Brasil (2005), demonstram que cerca de 22% das crianças e 15% dos adolescentes



sofrem de depressão, a qual causa danos na maioria das vezes irreparáveis ou de difícil remissão. Daí a importância de prevenir as suas consequências como por exemplo, a baixa auto estima, a agressividade, a frustração, a violência, o suicídio, a apatia, e os problemas escolares. A falta de interesse pelas actividades rotineiras pode se descrita como um dos sintomas da depressão, dependendo de sua intensidade. A queda do rendimento escolar e da atenção e a hipersensibilidade podem reflectir a diminuição da motivação. Quando a motivação fica reduzida, o engajamento em tarefas de aprendizagem que demandem maior esforço cognitivo pode ficar comprometido. Assumpção e Kuczynski (2000), afirmam que nas crianças em fase pré – puerbal, pode ser observada preponderância de sintomas caracterizadas por aspecto deprimido, agitação e queixas somáticas. Entre os adolescentes, observa-se a sensação de infelicidades, mudanças de peso, hipersonia e maior frequência de ideação suicida (Assumpção e Kuczynski, 2000). Contudo, pode-se observar a retracção do Eu na experiencia depressiva, independente do momento de vida em que ela ocorre (Assumpção e Kuczynski, 2000). Com essa retracção, ocorre a diminuição do contacto com o ambiente, manifesta por meio de desinteresse, falta de reactividade, anedonia e fadiga constantes que leva ao estreitamento e à limitação dos horizontes, pois o indivíduo depressivo acaba privando-se da comunhão com os outros (Assumpção e Kuczynski, 2000). No caso da criança essa limitação é acentuada, uma vez que seu instrumental cognitivo já lhe permite um horizonte delimitado, sem a possibilidade de projectos futuros que caracterizam a transcendência (Assumpção e Kuczynski, 2000). Assim seu mundo se restringe basicamente à família e ao ambiente escolar que perdem o sentido, caracterizando, assim, o pessimismo e a visão pessimista de um futuro que já por dificuldades instrumentais é impreciso (Assumpção e Kuczynski, 2000). Existem diferentes maneiras pelas quais os sintomas depressivos podem ter efeitos danosos a curto e a longo prazos no desenvolvimento tanto cognitivo como social de crianças (Assumpção e Kuczynski, 2000). Os prejuízos cognitivos podem ser decorrentes de sintomas específicos, impacto e duração dos episódios ou da combinação de características dos sintomas e da duração do transtorno (Assumpção e Kuczynski, 2000).

Desta forma, este trabalho pretende explorar se existem grandes diferenças à realidade das crianças e dos adolescentes angolanos da província de Benguela

quanto a depressão através de um questionário de autoavaliação de Birleson, elaborado por Fonseca, A. C.; Ferreira, A. G.; Rebelo, J. A.; Sanches; M. D. F.; Pires, C. L. e Gregório, M. H. . Para que seja melhor percebido o rumo deste trabalho dividimo-lo em duas partes e respectivos capítulos. Numa primeira parte e antes de se abordar o terreno prático da nossa investigação fez-se uma revisão teórica da literatura existente sobre a temática da depressão (Capítulo I), no qual tentamos abordar de forma geral, este grande conceito, afunilando depois a pesquisa da literatura no sentido de se perceber o enquadramento do conceito na infância e na adolescência e por fim no contexto angolano, alvo principal do estudo. A segunda grande parte deste trabalho tenta explanar o nosso contributo para um estudo epidemiológico e experimental, em crianças e adolescentes. Assim no Capítulo II descreveremos os aspectos metodológicos da investigação. Posteriormente, no Capítulo III serão apresentados a discussão dos resultados seguindo-se das conclusões e considerações finais.

# PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## CAPÍTULO I - CONSTRUCTOS TEÓRICOS RELEVANTES

### 1. Depressão

A pesquisa bibliográfica sobre o conceito depressão transporta-nos a um mundo divergente, onde não existe um significado simples e conciso. No entanto, a evolução histórica do pensar a depressão permite perceber o seu sintoma patogénico universal, o abatimento do estado geral do indivíduo. Assim, falar em depressão é falar em abaixamento, mesmo porque etimologicamente é esse o seu significado, sendo que deriva do francês *depression* e este do latim *depressionem*. Surge então como ideia consensual, para qualquer escola de estudo que a depressão é caracterizada por um abaixamento na vitalidade de um indivíduo (Patrícia Câmara, 2005).

De acordo com Stratton, Peter e Hayes, Nick (1994). Depressão é um estado reduzido do funcionamento psicológico mental frequentemente associado com sentimentos de infelicidade. Os sintomas mais comuns são: perda de interesse e incapacidade para usufruir qualquer experiência, tristeza, perda do apetite, distúrbios do sono, em especial logo no início da manhã, passividade e pensamentos ou intenções suicidas. Todavia, mesmo as depressões mais severas podem incluir apenas alguns destes sintomas. O termo é empregado para referir-se a uma ampla gama de condições que vai desde um sentimento comum de infelicidade até as desordens psicóticas. Por isso, os psicólogos devem indicar quando o termo está a ser usado para fazer referência a uma condição clínica séria, quer pelo contexto, quer por ligá-la a um rótulo: ou depressão clínica ou um termo específico para um caso particular de depressão.

Coimbra de Matos (1982, p. 183) afirma que a depressão é “a negação do sentimento de perda; está-se triste sem se saber porquê” A incapacidade de lidar com uma perda real ou imaginária provém, como já havia afirmado Freud, de um nível primitivo de vinculação aos objectos internos do sujeito. Estes vínculos não

permitem o sentimento de perda sem que isso seja uma ameaça de desestruturação no próprio self, pelo que o indivíduo se vê obrigado a retirar-se para o seu mundo interno, negando a possibilidade da falta do objecto.

Para Candeia (2010) a tristeza é uma reacção normal e saudável a qualquer infortúnio. A maioria, se não todos, os episódios mais intensos de tristeza da nossa vida são originados por condições de vida adversas, o divórcio, a perda de um ente querido, da pessoa amada, desemprego, a incapacidade de lidar com determinadas situações ou em ultrapassar obstáculos entre outros problemas que nos surgem ao longo do dia-a-dia e da nossa vida.

E isto acontece tanto nas crianças, como nos adolescentes como inevitavelmente nos adultos. Uma pessoa triste sabe quem ou o que perdeu e está triste porque gostava de voltar à situação anterior, o que nem sempre acontece ou é possível (Candeia, 2010)

De acordo com Candeia (2010) ficar triste por perda da saúde, ou de um casamento, ou da perda de alguém querido, numa fase inicial, não é depressão, é tristeza, embora os sintomas possam ser idênticos. Ainda assim, por vezes poder-se-á sentir-se triste durante algum tempo quando algum problema adverso surge na sua vida. Porém, o que se espera é que após um acontecimento que nos deixa muito triste, passado algum tempo, máximo seis meses, sejamos capazes de ultrapassar essa tristeza e retomar o nosso bem-estar emocional, ultrapassando essa tristeza. Se tal não acontece e se mesmo antes deste tempo surgem outros sintomas, pelo menos mais dois, associados, então estamos a deprimir. Desta forma podemos dizer que o que distingue a depressão da tristeza é a continuidade desta tristeza por demasiado tempo e o surgimento de outros sintomas associados tais como:

- Alteração do apetite (falta ou excesso de apetite);
- Perturbações do sono (sonolência ou insónia);
- Fadiga, cansaço e perda de energia;
- Sentimentos de inutilidade, de falta de confiança e de auto estima, sentimento de culpa e sentimento de incapacidade;
- Falta ou alterações da concentração e da memória;
- Preocupação com o sentido da vida e com a morte;

- Desinteresse, apatia e tristeza;
- Alterações do desejo sexual;
- Irritabilidade;
- Manifestação de sintomas físicos, como dos músculos, dor abdominal, vômitos, enxaquecas entre outros.

Para Santiago (2010) a depressão é muito frequente na sociedade actual tendo tendência a aumentar à medida em que ela se vai tornando menos humana.

A depressão pode caracterizar-se por um grande desinteresse pela vida, falta de vontade de viver, por vezes existem medos, seja de enfrentar algo, seja apenas medo de viver a vida ou alguma situação da vida. Da mesma forma a pessoa sente-se incapaz de lidar com as coisas básicas do seu dia-a-dia (Santiago, 2010).

### **1.1. Resumo Histórico da Depressão**

De acordo com Barbosa, Alves e Lucena (1996), a história da depressão infantil (DI) está cheia de incompreensões. Há um século Mandsley escrevia enfatizando o interesse da melancolia e depressão em idades infantis e em seguida o tema passa por um grande desinteresse científico até recentemente. As primeiras descrições sobre a depressão infantil datam de 1621. Nesse ano Robert Burton escreveu sobre a anatomia da melancolia. Em 1852, Delasianve em suas "*Leçons la manie infantile sur*", fala da depressão infantil. No período de 1836 a 1850, num estudo epidemiológico sobre o suicídio registaram-se 44.854 casos dos quais 316 em menores de 16 anos, com uma percentagem de 0,70%. Augusto Vidal (1907) faz referência concreta a sintomatologia da criança melancólica em seu tratado *Psiquiatria infantil*. Em 1933, Erich Stern enfatiza a depressão infantil em um texto de seu livro, onde descreve um parágrafo de Von Düring em que diz: "*As crianças deprimidas não podem rir. E uma criança que não ri nem pode brincar nem brigar, é uma criança enferma. As crianças deprimidas são tímidas, fogem da companhia dos demais, não jogam, não têm confiança em si mesmas o que pode levá-las inclusive ao suicídio*" (Polaino, 1988).

Segundo Barbosa, Alves e Lucena (1996) a corporação da depressão infantil ocorreu em 1966, com uma etapa sucessiva de investigações. Neste ano, RIE (1966) publica um trabalho intitulado "*Comprehensive review* ", fazendo ampla revisão e discussão sobre o tema. Rutter (1966) publica o primeiro trabalho sobre a

depressão infantil em filhos de pais depressivos. Ainda nesta década a classificação das alterações psiquiátricas da criança (*Group for the Advancement of Psychiatry*)-GAP – contempla a discussão infantil. Devemos ressaltar o pouco estudo feito até a década de 1970 sobre a depressão infantil, sendo portanto sua citação bastante reduzida na comunidade científica. Em 1977, Kovacs e Beck consideraram-na como uma entidade sindrômica, independente da do adulto, conceito este aceito e bastante investigado até ao presente momento. A depressão infantil passou um longo tempo sem ser considerada como um transtorno próprio da infância. A partir da década de 1970 iniciaram-se estudos e pesquisas que comprovam a presença da depressão na infância e na adolescência.

Tendo a sua própria existência sido negada durante muito tempo, a depressão na criança, tornou-se actualmente, objecto de inúmeras pesquisas dominadas, além do mais, pela questão da existência ou não num mesmo sujeito de uma transferência depressiva da infância à idade adulta (Marcelli, 2005)

Se a possível sobrevivência de um episódio depressivo na criança já suscita qualquer dúvida, em contrapartida, o estatuto da doença depressiva e as suas eventuais ligações a perturbações bipolares do adulto continuam por esclarecer. Da mesma forma, se a semiologia do episódio depressivo está bem definido, a da doença depressiva continua a colocar inúmeros problemas, em particular através das manifestações tidas por equivalentes da mania do adulto (Marcelli, 2005).

No entanto o contraste entre a extrema frequência da referência teórica à posição depressiva ou à elaboração da depressão, expressões muitas vezes encontradas em clínica, sobretudo no campo psicoterapêutico e o reconhecimento ou a descrição de uma depressão numa criança em particular continua a ser grande. Este contraste persiste como um vestígio de percurso histórico, em que se assistirá primeiro a uma libertação progressiva do conceito depressivo e do lugar que ocupa no desenvolvimento da criança, antes que a realidade clínica da depressão na criança tenha sequer sido reconhecida (Marcelli, 2005) Respeitemos este caminho histórico, abordando o ponto de vista teórico antes da clínica e das questões por ela levantadas.

Conforme referem Barbosa, Dias, Gaião e Lorengo (1995) a depressão infantil (DI) despertou interesse no campo da psiquiatria infantil, a partir da década de 60, tendo ao longo destes últimos anos merecido inúmeras investigações,

situando-se assim de maneira definitiva, no campo da psicopatologia infantil. Hoje já não se tem mais dúvidas que as crianças são passíveis de depressão. Domeneche (1993) faz referência de que Santa de Sanctis, no início deste século, também já se referia a crianças depressivas.

De acordo com Barbosa, Dias, Gaião e Lorengo (1995) o primeiro estudo sobre a prevalência da DI foi realizado por Rulter, na ilha de Wigt em 1960, em que encontrou uma taxa de prevalência de crianças deprimidas de 0,14%.

Ainda segundo os mesmos autores a depressão infantil tem sido um transtorno muito investigado na actualidade. Já não se tem mais dúvida de que as crianças estão sujeitas à depressão. Pelas dificuldades metodológicas existentes dentro do campo da psicopatologia infantil encontram-se taxas de prevalência muito discrepantes durante todo o processo evolutivo infanto-juvenil. Estudos epidemiológicos mais recentes têm demonstrado que a DI está presente na população infanto-juvenil com bastante frequência. Kazdin, A.E. e French, N.B. (1983) encontraram uma frequência de DI de 15% e Kashani, Cantwel e Sheikim (1983) de 13% em população escolar. Nesses estudos, como nos demais não se têm encontrado diferenças significativas aos níveis do sexo e idade. Por outro lado, alguns estudos têm comprovado que a prevalência da DI (depressão maior e distímia) aumenta paralelamente ao avanço da idade; porém, no tocante ao sexo, não se verifica significância entre eles (Domenech e Palaino, 1990).

## **1.2. Tipos de Depressão**

Para Wilkinson, Moore & Moore (1999) a gravidade da doença depressiva é variável. As perturbações ligeiras são muito mais comuns em clínica geral e são muitas vezes designadas como depressão “neurótica” ou “reactiva”, ao passo que as formas mais graves da doença são designadas como “psicose maníaco-depressiva” ou “depressão endógena”. Existem também termos para designar diferentes tipos de depressão, embora não contribuam necessariamente para aprofundar os nossos conhecimentos sob este estado. Muitos, senão mesmo a maioria destes termos são mais úteis com finalidades de investigação ou administrativas do que na prática.

### **1.2.1. Classificação na Prática**

Quanto a gravidade, a depressão pode classificar-se como ligeira, moderada ou grave. O tipo de episódio pode ser depressivo, maníaco ou misto. Podem ser

referidas características especiais, tais como os sintomas neuróticos e psicóticos, a agitação e inibição. A evolução pode ser reactiva ou endógena, habitualmente uma combinação de ambas é frequente (Wilkinson, Moore & Moore, 1999).

### **1.2.2. Classificação com Base na etiologia**

Na depressão reactiva, considera-se que os sintomas são respostas a factores externos de stress, enquanto na depressão endógena os sintomas parecem ocorrer independentemente de causas ambientais. Em muitos casos, esta distinção não parece clara. Está demonstrado que os acontecimentos precipitantes precedem ambos os tipos da doença e não foi ainda confirmada a existência de dois conjuntos distintos de sintomas. A depressão endógena define-se em termos de tristeza, isolamento social, perda da libido, anorexia /perda de peso, inibição/ agitação, acordar precoce, culpa, perda do prazer, variações diurnas do humor sem relação com alterações ou variações do meio ambiente (Wilkinson, Moore & Moore, 1999).

### **1.2.3. Classificação com Base nos Sintomas**

A distinção entre depressão neurótica e psicótica não é muito óbvia e muitos doentes têm características de ambos os tipos. Não obstante, esta é, provavelmente, a classificação mais largamente usada no trabalho clínico. A depressão neurótica caracteriza-se por uma depressão desproporcionada que habitualmente se segue a uma experiência stressante. Existe com frequência, preocupação com o trama emocional que precedeu a doença, por exemplo, perda de um ideal, de um ente querido ou de um bem precioso. A ansiedade está também frequentemente presente e nesta categoria incluem-se os estados mistos de ansiedade e depressão. A depressão neurótica exclui das suas características as ideias delirantes e as alucinações (Wilkinson, Moore & Moore, 1999).

### **1.2.4. Depressão Unipolar**

Stratton e Hayes (1994) afirmam que é uma depressão que na forma é semelhante a uma desordem bipolar, mas na qual a base maníaca não está presente. A pessoa simplesmente tem períodos depressivos sem oscilações relacionadas a mania.



### **1.2.5. Depressão Anaclítica**

Uma depressão que ocorre em bebés entre 6 e 18 meses pela separação prolongada de suas mães. O termo foi empregue pela primeira vez por René Spitz, sendo considerado um importante conceito nos primeiros estudos da depressão maternal (Peter Stratton e Nycky Hayes, 1994).

### **1.2.6. Depressão Bipolar**

Também chamada de depressão maníaca ou psicose maníaco-depressiva, trata-se de um distúrbio afectivo que envolve a flutuação entre dois extremos: mania e depressão (Stratton & Hayes, 1994).

### **1.2.7. Depressão Endógena**

Uma depressão que surge sem nenhuma causa aparente e que persiste por um longo período de tempo. O termo sugere que a depressão se origina no indivíduo em vez de ser uma resposta às circunstâncias externas (Stratton & Hayes, 1994).

### **1.2.8. Depressão Exógena**

Stratton & Hayes (1994) afirmam que é uma depressão cuja causa é atribuída a eventos externos.

### **1.2.9. Depressão Maníaca**

Stratton e Hayes (1994) afirmam ainda que é caracterizada por uma desordem emocional em que há alternância entre mania e depressão.

## **1.3. As possíveis Causas da Depressão**

Segundo Wilkinson, Moore e Moore (1999) a causa exacta da depressão é desconhecida. Existe um importante elemento genético na predisposição para a depressão e os acontecimentos de vida desagradáveis e algumas doenças físicas contribuem para precipitar e manter a depressão através de mecanismos bioquímicos e psicológicos.

Para Bibring (1953) todas as depressões são estados afectivos: assim sendo, são reactivações de um estado infantil de *helplessness* do Ego.

Uma determinada situação adversa na idade adulta pode reactivar o sentimento de *heplessness* do Ego atingindo a auto estima do indivíduo, uma vez que se sente incapaz de lidar com uma determinada situação. Nesta medida,

situações que ponham em causa a auto estima do indivíduo são propícias ao aparecimento da depressão especificamente se a diminuição da auto estima ocorrer sem que se alterem os objectivos narcísicos do indivíduo. “*É exactamente da tensão entre as elevadas aspirações narcísicas e os sentimentos de helplessness e de incapacidade para as atingir que surge a depressão.*” (Bibring, 1953).

Segundo Rapaport (1959) a teoria estrutural que trata a depressão considera-a como a reactivação de um determinado estado estrutural.

Para este autor as experiências universais de dor e tristeza que podem levar à depressão profunda indicam que este estado do Ego existe em todos os homens num determinado momento da evolução estrutural do Ego.

A depressão pode resultar de uma desorientação da pessoa face a determinados objectivos caso ela se sinta que lhe falta algo que lhe dê um motivo para viver. Esta situação (depressão) tanto pode acontecer na infância como na adolescência como na vida adulta. Em qualquer das situações a pessoa com depressão sente-se incapaz de lidar com algo ou sente que não vale a pena viver ou lutar e isso leva-a a afastar-se de tudo e de todos podendo tentar ou consumar o suicídio (Santiago, 2010).

Câmara (2005) afirma que o ponto comum a todos os estados depressivos é a perda de amor, desencadeada pelo afastamento do objecto que o depressivo sente que lhe é indispensável.

Pasche (1969) considera as relações entre quatro elementos psíquicos como essenciais no desenvolvimento depressivo o Ego, o Eu – sujeito, o Supereu e o Eu Ideal. O amor do Supereu é totalmente confinado para o Eu Ideal, pelo que qualquer falha do Eu é um alimento para este Ideal que em aliança com o Eu Sujeito oprime e despreza o Eu. A depressão surge da perda do amor do objecto, sendo que este objecto funciona como um falo narcísico e da comparação entre o que é atingido pelo indivíduo e o Ideal do Eu. Para este autor a etiopatogenia desta patologia está relacionada com uma falha ao nível do amor condicional. Isso significa dizer que os pais, objectos cuidadores, não amaram a criança independentemente das suas realizações, ao auto-estima não foi anexado o amor pelo amor. Ser amado em função de “se” é equivalente a ser obrigado a ter sucesso para ser reconhecido como ser, primeiro pelos objectos cuidadores e em última instância, por si próprio.

Pasche destaca assim o meio envolvente como condição *sine qua non* ao aparecimento da depressão.

Neste sentido, Mabel B. Cohen, Grace Baker, Robert A. Cohen, Frieda F. Reichmann e Edit V. Weigert em *An Intensive Study of Twelve Cases of Manic-Depressive Psychosis* dão fulcral importância aos elementos do meio envolvente da criança como predisposições para o aparecimento da depressão. Reconhecem a importância das relações na infância desde o nascimento, pelo que as primeiras interações com a mãe são fulcrais para o desenvolvimento do Ego na criança. Afirmam que as depressões, fundamentalmente as psicoses maníaco-depressivas, aparecem em pessoas inseridas em famílias de condições socioeconómicas baixas, mas apresentam grandes aspirações de ascensão social. Este tipo de famílias incute muitas vezes na criança a responsabilidade de elevar a família a um estado socioeconómico mais elevado, ainda que estejam cientes das implicações psicológicas que esse fardo pode acarretar (Câmara, 2005).

Os pacientes que apresentam este tipo de patologia foram, então na perspectiva de Mabel Cohen, Grace Baker, Robert Cohen, Frieda Reichmann e Edit Weigert, crianças em que os pais depositaram altos níveis de responsabilidade. Normalmente são excelentes alunos, pessoas tidas como padrão que de um momento para o outro parecem ter enlouquecido (Câmara, 2005).

Para Grunberg (1971) também a depressão surge da falta de valorização e confirmação narcísica. Segundo o autor, o deprimido apresenta um eu integrado, mas não valorizado narcisicamente, pelo que o karma destes pacientes será a busca desta confirmação, o encontro do olhar aprovador. Assim, na melancolia a “euforia de viver” é ao invés, a vida como fonte de mal-estar. A depressão surge como uma doença de um Eu para sempre condenado ao narcisismo infantil, o que leva a supor que o objecto cuidador não ofereceu suficiente confirmação narcísica no momento da formação do Eu, não expondo a criança a um terreno seguro a exploração do mundo, mas obrigando-a a projectar o seu narcisismo primário no seu Ideal do Eu.

#### **1.4. O Diagnóstico da Depressão**

Crê-se que o primeiro diagnóstico deste estado de abatimento se deve a Hipócrates e remonta ao século V a. C. Hipócrates defendia que o corpo humano continha quatro humores diferentes o sangue, a bÍlis negra, a bÍlis amarela e o

fleuma que condicionam a sua vitalidade. O equilíbrio entre estes humores conduzia ao estado saudável, pelo que a prevalência de qualquer um deles daria origem a uma determinada indisposição. Ao excesso da bÍlis negra deu o nome de melancolia, um humor caracterizado pelo abatimento e pela tristeza. Actualmente o diagnóstico de melancolia refere-se apenas a um tipo de depressão extraordinariamente profunda. Todavia, pode-se considerar que estava dado o primeiro passo no longo caminho do estudo da depressão (Câmara, 2005).

Reis e Figueira (2001) destacam que realizar o diagnóstico não é fácil na medida em que crianças e adolescentes não conseguem identificar ou nomear os sintomas que aparecem de maneira multifacetada.

De acordo com Dowric e Buchan (1995). O diagnóstico da depressão faz-se com base no tipo, duração, persistência e número dos sintomas característicos presentes. É muito provável que o humor depressivo do doente seja patogénico se a sua extensão, duração e gravidade excederem aquilo que se poderia considerar normal nas circunstâncias, ou se as suas causas parecem insuficientes para explicar o grau da perturbação. Nas suas formas mais graves, a tristeza e o sofrimento sentidos na doença depressiva são incapacitantes e desproporcionados em relação a qualquer factor de stress que a pessoa tenha suportado.

Para Sonza e Eisentein (1993) a criança depressiva envolve-se, com frequência em situações que oferecem perigo à sua integridade física. Muitas vezes tem consciência do perigo; no entanto, conflitos inconscientes predominam e levam-na a emitir determinado comportamento de risco, numa tentativa de mobilizar a atenção das pessoas para que percebam o seu sofrimento.

### **1.5. Os Sintomas da Depressão**

Os sintomas depressivos variam de acordo com a faixa etária da criança e como ela não é ainda capaz de descrever seus sentimentos verbalmente é necessário observar as formas de comunicação pré-verbal, tais como a expressão facial, produções gráficas, súbitas mudanças de comportamento e postura corporal entre outras (Baptista & Golfelo, 2002).

Para Balone (2003) a depressão infantil não se traduz, invariavelmente, por tristeza e outros sintomas típicos. A diferença entre os momentos nos quais as crianças podem estar tristes ou aborrecidas com quaisquer factores vivenciais que

as molestem e a depressão verdadeira está, principalmente, no tempo e na motivação para esse sentimento. A depressão infantil tem sido cada vez mais observada devido, em parte, à actualização conceptual e atenção médica crescente sobre esta doença. Apesar da depressão, tanto no adulto quanto na criança, ter modelo de diagnóstico a conhecida constelação de sintomas, decorrentes da tríade sofrimento moral, a inibição psíquica global e no estreitamento do campo vivencial, as diferentes características pessoais e as diferentes situações vivenciais entre o adulto e a criança, farão com que os sintomas secundários decorrentes dos sintomas básicos sejam bem diferentes. O sentimento moral, por exemplo, responsável pela baixa auto estima, no adulto pode apresentar como um sentimento de culpa e na criança como ciúme patológico do irmão mais novo.

Segundo o mesmo autor, nas crianças e adolescentes é comum a depressão ser acompanhada também de sintomas físicos, tais como fadiga, perda de apetite, diminuição da actividade, queixas inespecíficas, tais como cefaleias, lombalgia, dor nas pernas, náuseas, vômitos, cólicas intestinais, vista escura, tonturas, etc. Na esfera do comportamento a depressão na infância e adolescência pode causar deterioração nas relações com os demais, familiares e colegas, perda de interesse por pessoas e isolamento. As alterações cognitivas da depressão infantil, principalmente relacionadas à atenção, raciocínio e memória interferem sobremaneira no rendimento escolar. Os sintomas mais frequentes da depressão na infância e adolescência costumam ser os seguintes: insónia, choro, baixa concentração, fadiga, irritabilidade, rebeldia, tiques, medos, lentidão psicomotora, anorexia, problemas de memória, desesperança, ideações e tentativas de suicídio. A tristeza pode ou não estar presente. Alguns dos outros sintomas que podem acompanhar o transtorno depressivo na infância e adolescência em idade escolar, tais como, apatia, tristeza, agressividade, hiperactividade, queixas físicas, medo à morte nele próprio ou nos familiares, frustração, distração, baixa auto estima, recusa em ir à escola, problemas de aprendizagem e perder interesse por actividades que antes gostava.

Beck e Greenberg (1985) afirmam que o sinal mais óbvio e típico da depressão é o estar triste: melancólico, solitário, apático. A pessoa que está deprimida pode dar por si a chorar mesmo quando parece não haver razão para tal ou pode não conseguir chorar quando um acontecimento verdadeiramente triste

ocorre. Pode ter um sono difícil, ou acordar de manhã cedo, incapaz de voltar a adormecer. Por outro lado sentindo-se constantemente cansada, pode dormir mais do que o usual. Pode perder o apetite e emagrecer, ou comer mais do que habitualmente e ganhar peso. Geralmente a pessoa que está deprimida também se vê de modo muito negativo. Pode acreditar que se encontra desamparada e só no mudo e muitas vezes culpa-se de faltas e defeitos insignificantes. Quando crianças inteligentes têm fraco rendimento escolar durante algum tempo, também isto nos pode alertar para uma depressão. Existem mesmo provas de que crianças muito activas podem estar a compensar uma depressão subjacente.

## **2. A Depressão em Crianças e Adolescentes**

Para Barbosa e Lucena (1995) a depressão infantil passou um longo tempo sem ser considerada como um transtorno próprio da infância. A partir da década de 1970 iniciaram-se estudos e pesquisas que comprovam a presença da depressão na infância e na adolescência

A depressão infantil tem sido um transtorno muito investigado na actualidade. Já não se tem mais dúvidas de que as crianças também estão sujeitas à depressão. Pelas dificuldades metodológicas excelentes dentro do campo da psicopatologia infantil, encontram-se taxas de prevalência muito discrepantes durante todo o processo evolutivo infanto-juvenil. Inicialmente quando a criança ou adolescente apresenta sintomas depressivos e vai ao pediatra ou a outro especialista, nem sempre eles dão a importância devida a esses sintomas depressivos que passam, na maioria das vezes despercebidos contribuindo para o agravamento dos mesmos. Entre os sintomas que merecem destaque segundo Papazian, Manzano e Palácio (1992), estão a baixa auto estima, a tristeza, a frustração, os medos e o baixo rendimento escolar.

Gueniche (2002) diz que a expressão clínica da depressão infantil varia segundo a idade e o grau de maturação cognitivo-afectiva da criança. A tristeza e a dor moral, ainda que raramente expressas por ela, constituem os principais afectos; outros sintomas aparentemente secundários (a ambição e a agitação, por exemplo) podem muitas vezes, motivar a consulta.

Para Scivoletto e Tarelho, (2002) a depressão na infância vem chamando a atenção de muitos profissionais que actuam na clínica infantil. Essa patologia, no

momento, não é frequentemente reconhecida, uma vez que os sintomas diferem dos apresentados pelos adultos, dificultando o diagnóstico. O tema tornou-se alvo de investigações mais detalhadas a partir da década de 1970. Desde então passou a despertar maior interesse e preocupação dos profissionais de saúde, uma vez que essa patologia traz comprometimentos importantes nas funções sociais emocionais e cognitivas, interferindo no desenvolvimento infantil, de maneira a afectar não só a criança, mas também a sua família e o grupo com o qual se relaciona.

O transtorno depressivo infantil é um transtorno do humor capaz de comprometer o desenvolvimento da criança ou do adolescente e interferir com o seu processo de maturidade psicológica e social. São diferentes as manifestações de depressão infantil e dos adultos, possivelmente devido ao processo de desenvolvimento que existem na infância e adolescência. Tanto os quadros de distímia quanto de transtorno afectivo Bipolar, podem surgir pela primeira vez durante a adolescência e o reconhecimento precoce de um estado depressivo poderá ter profundos efeitos na futura evolução da doença. Apesar da tamanha importância da Depressão na Infância e Adolescência em relação à qualidade de vida, ao suicídio, às dificuldades na escola, no trabalho e no ajuste pessoal, esse quadro não tem sido devidamente valorizado por familiares e pediatras e nem adequadamente diagnosticado. Na criança e adolescente a depressão, em sua forma atípica, esconde verdadeiros sentimentos depressivos sob uma máscara de irritabilidade, de agressividade, hiperactividade e rebeldia. As crianças mais novas, devido a falta de habilidade, similarmente manifestam a depressão atípica, nomeadamente com hiperactividade. A depressão na criança e/ou adolescente pode ter início com a perda de interesse pelas actividades que habitualmente eram interessantes, manifestando-se como uma espécie de aborrecimento constante diante de jogos, brincadeiras, desporto, sair com os amigos, etc., além de apatia, adinamia e redução significativa da actividade. Às vezes pode haver tristeza. De forma complementar aparece diminuição da atenção e da concentração, perda de confiança em si mesmo, sentimentos de inferioridade e baixa auto estima, ideias de culpa e inutilidade, tendência ao pessimismo, transtornos do sono e da alimentação e dependendo da gravidade, ideação suicida (Balone, 2003).

## **2.1. A Depressão e a sua Expressão na Criança**

Durante muito tempo, a realidade da existência da depressão na criança não foi conhecida. Se as causas de tal negação são inúmeras, sublinhemos aqui a dificuldade dos adultos em conceber e consentir que uma criança possa conhecer um sofrimento depressivo autêntico: o polimorfismo da sintomatologia depressiva infantil e a sua diferença relativamente à do adulto dissimulam muitas vezes a dor da criança que lhe está subjacente (Karinne Gueniche, 2002).

A depressão na criança foi durante muito tempo ignorada. A ideia da infância como um período tranquilo, protegido de todas as preocupações, contribui para que durante muito tempo, não se pusesse sequer em causa que poderia existir sofrimento psicológico durante a infância (Júnior, 2002).

Contudo os especialistas têm alertado para a existência e gravidade da depressão infantil. Nem todas as crianças são felizes e despreocupadas (Júnior, 2002).

A depressão infantil ocorre em 20% das crianças, na faixa etária entre os 9 e 17 anos e normalmente é causada por dificuldades de relacionamento com elementos da própria família, da escola ou de outros locais que frequentam. Por ser classificada como um síndrome, a doença caracteriza-se por vários sintomas que se manifestam diariamente (Júnior, 2002).

A sintomatologia depressiva da criança é muito diferente da do adulto e é de difícil reconhecimento, uma vez que pode assumir diversas formas. Normalmente, a depressão infantil resulta de uma perda, podendo esta perda ser real (por exemplo, a morte de um dos pais) ou simbólica (por exemplo, quando os pais estão fisicamente presentes, mas não estão emocionalmente) (Júnior, 2002).

Para Ferreira (2002) a criança deprimida aparece no futuro como um adulto depressivo, o seu carácter é demasiado doloroso, por vezes resultando num falso crescer, uma vez que inibido ou desajeitado nas suas explorações. É uma criança em sofrimento que vive em constante conflito interno e na base incessante de confirmação e valorização narcísica. Não se sente amada pelo que é e as suas aspirações são sentidas como inúteis ou reprováveis porque não são reforçadas positivamente.



Os desejos genuínos da criança são passados para o plano da inutilidade, não são atendidos ou não são valorizados. A hemorragia narcísica instala-se nesta dinâmica. A criança vê-se forçada a renunciar às suas aspirações em prol das aspirações do objecto. Para não perder o amor do objecto ela presta-lhe total vassalagem, o objecto é para sempre rei e senhor, detentor da certeza e da moral, deve ser adorado e respeitado (Ferreira, 2002).

Ferreira (2002) considera, a este respeito que o espelho em que se vê a criança deprimida é um espelho enganador, transmissor de uma imagem distorcida e mignone das suas capacidades, condição de uma falha grave na sua auto imagem. Toda a sua evolução é definida pela insegurança, pela vivência antecipatória do falhar.

Embora na maioria das crianças a sintomatologia da depressão seja atípica, alguns podem apresentar sintomas clássicos de depressão, tais como tristeza, ansiedade, expectativa pessimista, mudanças no hábito alimentar e no sono ou, por outro lado, problemas físicos, como dores inesperadas, fraqueza, tonturas, mal estar geral que não respondem ao tratamento médico habitual (Balone, 2003).

## **2.2. A Depressão na Adolescência**

Dizer que uma pessoa está deprimida é dizer muito pouco. As condições depressivas podem variar desde estados temporários de melancolia, relativamente inofensivos embora agudos que ocorrem em resposta a alguma perda genuína (digamos da pessoa amada, ou de um relacionamento estável) até condições de séria perturbação psicótica que envolvem tanto dano mental como emocional. Estas desordens depressivas psicóticas são raras na adolescência, embora sejam comuns os sentimentos depressivos em escala menos alarmante (Conger, 1980). Aliás, como afirmou Irene Josselyn, autoridade no tratamento de adolescentes: “*se existe algum estado emocional universal neste grupo de idade é a depressão*”.

Na maioria dos adolescentes, tais sentimentos são transitórios, apenas um aspecto dos altos e baixos afectivos comuns aos adolescentes. Já para outros, a depressão ou melancolia pode se tornar o estado de humor predominante; e é a essa altura que assume as proporções de verdadeiro distúrbio clínico, exigindo ajuda profissional. Sem tratamento tal depressão pode se tornar crónica e até levar ao suicídio (Conger, 1980).

A depressão entre os adolescentes em geral se manifesta de forma diversa daquela por que é comumente manifestada entre os adultos. Os adolescentes podem mostrar pouca vontade de falar a respeito dos próprios sentimentos e também podem exibir “equivalentes depressivos” como tédio ou agitação que confundem o quadro. A incapacidade de ficar sozinho ou a procura constante de novas actividades, uso de drogas, promiscuidade sexual, delinquência, correr riscos desnecessários (inclusive, comumente, dirigir sem cuidado), tudo isso pode muito bem tratar-se de uma depressão oculta embora, claro está, também possa resultar de outros problemas (Conger, 1980).

Em geral, a depressão dos adolescentes costuma assumir uma dentre duas formas possíveis. Na primeira, o jovem pode se queixar de falta de sentimentos e de uma sensação de vazio. Este tipo de depressão assemelha-se ao luto: “Os adolescentes desse grupo estão em luto pela perda da sua identidade infantil e não conseguem achar uma identidade adulta em que possam se enquadrar”. O problema se caracteriza mesmo pelo facto de os adolescentes não terem sentimentos do que pelo facto de infelizmente serem incapazes de se haver com que têm ou de exprimi-los (Conger, 1980).

### **3. Reconhecer a Doença Depressiva**

Para Wilkinson, More e More (1999) a doença depressiva é um aumento exagerado das sensações diárias que acompanham a tristeza. Trata-se de uma perturbação do humor, de gravidade e duração variáveis que é frequentemente recorrente acompanhada por uma variedade de sintomas físicos e mentais que envolvem o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica.

Segundo Wilkinson, More e More (1999) a doença depressiva é reconhecida habitualmente pelo indivíduo afectado ou pelos familiares e amigos próximos, quando os sintomas se agravam ou persistem durante muito tempo. Na prática, a doença depressiva incipiente ou estabelecida é reconhecida quando se manifestam alguns dos seguintes sintomas:

- Humor triste persistente;
- Perturbações do sono;
- Perda do interesse ou do prazer pelas actividades habituais;
- Diminuição da energia e fadiga;

- Perda do apetite ou do peso (raramente aumento)
- Diminuição da eficiência;
- Auto recriminação e culpa;
- Incapacidade para se concentrar e tomar decisões;
- Postura e gestos característicos.

### **3.1. Reconhecimento da Depressão nas Crianças**

Como afirma Coimbra de Matos (1996) em “Depressão na Infância e Adolescentes”, a depressão na criança só terá tido o devido reconhecimento enquanto patologia existente e inibidora do saudável desenvolvimento psíquico e em última instância, somática, na segunda metade do século XX, ainda que a psicanálise, enquanto teoria e técnica, tenha, desde sempre, dado vital importância aos primeiros momentos de vida na etiopatogenia de todas as patologias. Esta dificuldade em reconhecer a depressão infantil poderá estar relacionada, segundo Luísa Vicente (1999), com a excessiva idealização que os adultos fazem da infância.

De acordo com Câmara (2005) Spitz e Bowlby foram os pioneiros no reconhecimento da depressão infantil, isto é, não só na infância como momento crucial para o desenvolvimento futuro desta patologia, mas também na infância como momento onde existe e se manifesta esta patologia.

Spitz (1946) estudou o comportamento de 1233 crianças de um infantário por um período de 12 a 18 meses e deu conta da existência de uma síndrome específica nas crianças que estiveram afastadas das suas mães entre o sexto e o oitavo mês de idade. Esta síndrome consistiria numa perda gradual do interesse pelo mundo envolvente e pelo estabelecimento de contacto e surgiria por volta da segunda metade do primeiro ano de vida. A criança inicialmente satisfeita passa a ter um comportamento essencialmente choroso que se transforma paulatinamente em retraimento. Deixa de querer contactar com o meio envolvente e apenas estímulos muito fortes podem ressuscitar reacções, ainda que sempre negativas, o choro e os gritos. A perda de peso, as insónias e outras manifestações somáticas aparecem nesta altura. Este comportamento perduraria dois ou três meses, sendo percebido por um retraimento cada vez mais significativo, sem choro e sem qualquer tipo de expressão facial. O contacto com estas crianças apareceria como muito difícil ou

impossível, pois estariam de costas voltadas para o mundo. Apareceriam nalgumas situações clínicas actividades de auto-eróticas.

Segundo Spitz (1946) esta sintomatologia, onde reinam sentimentos de apreensão, tristeza, choro, onde se verificam uma retirada do meio ambiente e onde há perda de peso e insónias é, nos adultos, denominada depressão. Spitz denominou esta síndrome infantil de depressão anaclítica. Considerava que o quadro clínico que descrevia era equiparável ao elaborado por Abrahan relativamente a paratimia primária e ao de Fenichel de “depressão simples”. Opunha-se a perspectiva Kleiniana de que a depressão seria um mecanismo essencial e integrante do psiquismo infantil, considerando-a uma patologia específica da criança face a desfavoráveis situações ambientais.

Spitz (1946) referia que, assim como acontece nos adultos, também estas crianças teriam sido privadas do seu objecto de amor e conseqüentemente do amor do objecto. No entanto será aparentemente mais fácil diagnosticar uma depressão num adulto do que numa criança e na realidade, a existência de sintomas, do ponto de vista do aparelho de pensar, mais elaborados permite uma aproximação menos duvidosa da patologia.

Para o autor, as diferenças na sintomatologia apresentada, por estas duas fases ontogénicas, estão relacionadas comas diferentes fases em que se encontram no que diz respeito aos recursos existentes para trabalhar e expor a perda e pelas diferentes fases estruturais do Eu. Assim, a criança apresenta menos recursos mentais do que o adulto e possui um Eu ainda frágil e pouco coeso.

Para Spitz (1946) as crianças poderão transmitir os mesmos sentimentos de insuficiência de amor e incapacidade de amar que transmitem os adultos, no entanto apresentam um código de comunicação anterior ao verbal. Sob os pontos de vista uma criança que se recusa a interagir é uma criança que está a demonstrar a sua perda amorosa através do equipamento psíquico que possui. Assim como o aparecimento de doenças somáticas súbitas funcionará como um equivalente suicida.

No primeiro ano de vida, o bebé apresenta apenas um Eu frágil (essencialmente um “Eu corporal” segundo Freud) e um Id., ao passo que o adulto apresenta um Eu coeso estruturado. Desta forma, face à perda do amor do objecto

regredir a um estágio de fixação precoce, enquanto a criança apresenta problemáticas de desenvolvimento até à perda e inibição de todas as funções até então adquiridas (Spitz, 1946).

Para obter um diagnóstico fidedigno desta síndrome propunha três caracteres a ter em conta: os sinais e sintomas estatísticos que seriam a expressão fisionómica dos bebés; os sinais genéticos que consistiriam numa anamnese, onde deveria ficar assente que antes do desencadear da patologia a criança apresentava comportamentos amistosos e felizes; e os sinais quantitativos que seriam testes de desenvolvimento onde a diminuição gradual desse quociente se deveria verificar. Observou ainda que nas situações em que a mãe se reaproximou do bebé o desenvolvimento retomou a sua viagem, nuns casos de uma forma mais notória do que noutros, ao passo que nas situações onde a criança não reencontrou o seu objecto de amor ou um objecto substitutivo o desenvolvimento estagnou e regrediu, nalguns casos chegando a atingir a extinção de toda a vitalidade (Spitz, 1946)

### **3.2. Reconhecimento da Depressão em Adolescentes**

Um turbilhão íntimo, profundo sofrimento e baixa auto estima ocorrem frequentemente na adolescência. Os clínicos gerais/médicos de família podem mostrar-se relutantes em diagnosticar a depressão devido à concepção de que os sentimentos depressivos são muito comuns nos adolescentes. Porém, as perturbações mentais ocorrem neste grupo etário com uma frequência praticamente igual à de qualquer outra idade (Wilkinson, Moore e Moore, 1999).

Ao abordar as depressões na adolescência não poderia deixar de falar da frequência dos suicídios e tentativas de suicídios, mas também da frequência dos comportamentos de risco, comportamentos esses que nalguns casos, se aparentam a equivalentes suicidas. Os suicídios representam a segunda causa de mortalidade, a seguir aos acidentes de viação nesta faixa etária, muito distantes, portanto das causas médicas. Todas as investigações epidemiológicas actuais mostram que a ingestão de álcool ou de produtos toxicomânicos pode suceder a um estado depressivo do adolescente e aparecer como tantas outras tentativas de auto tratamento do seu próprio mal-estar pelo sujeito. Suicídio, alcoolismo, toxicomania, uso abusivo de psicotrópicos, comportamentos de risco, todos estes comportamentos e outros mais estão relacionados com a depressão na

adolescência, motivo suplementar para se abordar este problema nas suas múltiplas facetas (Marcelli, 1990).

No entanto, enquanto os especialistas debatiam a questão da existência ou não de uma depressão na adolescência, dos seus fundamentos teóricos, da sua incidência epidemiológica, as manifestações de tristeza dos adolescentes não passam despercebidas. Todos conhecemos estes adolescentes: deitados na cama, aborrecem-se, não sabem o que fazer. Por vezes sós, por vezes com um ou dois amigos, esperam: eles próprios não sabem muito bem o quê. Quando um dos pais incita “a fazer algo”, como se diz estes recusam-se, mostram desinteresse, chegam mesmo a zombar daqueles: “ para que serve”..., “ não tenho vontade”, “ não me interessa”, etc. Encontramos também estes adolescentes em pequenos grupos sentados à volta de uma moto, desocupados, a espera de uma ideia, de um objectivo. Por vezes, de forma ainda mais caricatural, o adolescente isola-se, chora sozinho no seu quarto. Os pais conhecem esta tristeza, esta morosidade que são confirmadas pelos escritos ou poemas de alguns adolescentes (Marcelli, 1990).

### **3.3. Diferenças do Adolescente em Relação ao Adulto Deprimido**

Mesmo que o adolescente deprimido apresente os mesmos sintomas que o adulto deprimido, é preciso assinalar as diferenças habituais:

- O adolescente nunca apresenta uma máscara de depressão, a sua face não tem um aspecto depressivo, os seus traços não descaem como no ómega melancólico. (cf. O caso de Vicente);

- Ainda que diga aborrecer-se que tem cabeça vazia que está farto, o jovem raramente se diz triste e ainda menos, deprimido pelo menos de forma espontânea;

- É raro que procure espontaneamente compreensão empática e conforto junto de um adulto. O adolescente tem tendência a recusar ajuda, a dizer não precisar de nada, a ser hostil ou indiferente;

- O facto de existirem momentos transitórios no dia em que a actividade é mantida, de gestualidade retomar assim a sua vivacidade e fluidez, tal como deve levar-nos a ignorar ou refutar a existência de uma real lentificação motora no tempo restante. Estes abrandamentos transitórios da ambição motora são específicos e característicos da semiologia depressiva na adolescência (Marcelli,1990).

#### **4. Hereditariedade**

Para Marcelli (1998), a doença psíquica de um dos pais constitui factor de risco que pode chegar a 40%. A depressão materna provoca uma falta interactiva no bebé, a qual poderá posteriormente desenvolver na criança uma susceptibilidade a acontecimentos futuros que impliquem perdas.

Nessa perspectiva, segundo Solomon (2002), faz-se necessário considerar a vulnerabilidade genética da etiologia da depressão. As primeiras manifestações podem ser encontradas nos primeiros meses de vida da criança. Geralmente, filhos de pais depressivos tendem a desenvolver o mesmo mal, além de outros transtornos de ordem mental e distúrbios de conduta.

Para quê a depressão? Já se disse alguma coisa. Que os factores hereditários possam ter, especialmente nas formas mais graves de depressão, um peso frequentemente determinante, não parece haver dúvida. O difícil é estabelecer se os distúrbios provocados pela depressão estão directamente ligados aos cromossomas e aos genes ou ao ambiente familiar tornando inquieto e agitado pela susceptibilidade e pelas intemperanças daqueles que representam de qualquer maneira a urdidura, isto é, os pais e os avôs. Mas independentemente daquilo que possa ser o específico canal de transmissão, é inegável que uma boa parte dos humores dos ascendentes revive e reaparece nos descendentes, especialmente se em coincidência com determinadas circunstancias e especialmente se entre os adolescentes existe algum deprimido (Casanova, 1998).

#### **5. As Relações de Objecto na Criança Deprimida**

Para Câmara (2005), independentemente da controversa discussão acerca da natureza das relações de objecto, é evidente que são essenciais para o desenvolvimento psíquico. A qualidade destas relações marca positiva ou negativamente a evolução do indivíduo, possibilitando um caminho seguro, livre de perigos ou um caminho atormentador e descontínuo, um caminho que vai pautando a saúde ou a emergência da psicopatologia. Desta forma são as particularidades da relação predisposição depressiva.

A criança deprimida é alvo de uma relação insatisfatória do ponto de vista narcísico, uma relação que deixa muito a desejar e conseqüentemente, muitos

desejos a satisfazer. Há incontestavelmente uma falha empática entre a mãe e o seu descendente. Olhar emarvilhante e narcisante não funciona ao serviço do desenvolvimento psíquico (Câmara, 2005).

Coimbra de Matos (2001) fala em “relação depressígena”. Do seu ponto de vista, a mãe de uma criança deprimida apresenta, na maior parte dos casos, também ela uma tendência depressiva que a leva a investir a criança de uma forma narcísica e negativa, não promovendo a sua autonomia. O que significa que a mãe ama a criança como um “prolongamento de si própria” (p. 498) e não como um ser separado e diferente. A criança foi valorizada por não “responder ao objecto narcísico idealizado que ela (mãe) tinha projectado no filho”. Este tipo de relação revela-se exigente e severa, alicerce da construção precoce de um Ideal do Eu ou Eu Ideal. A criança sente que não consegue atingir os objectivos que lhe são propostos, sente-se frustrada incapaz. O sentimento de derrota torna-se constante, daí a sua incapacidade em arriscar.

## **6. Os Suicídios Antes dos 10 ou 12 Anos**

Infelizmente nenhuma idade (exceptuando, por motivo evidentes a da primeiríssima infância) se pode considerar ao abrigo da depressão e portanto do perigo dos suicídios. Os suicídios que acontecem antes dos dez ou doze anos dificilmente podem ser considerados suicídios: nessa idade falta ainda uma capacidade de conhecimento que possa dar a esse acto as características de um verdadeiro suicídio. Nessa idade e mais ainda antes dela, a morte é ainda vista como um facto reversível, porque a supressão da vida quase sempre não é mais do que uma ameaça, um modo de fugir a um castigo e frequentemente deve ser interpretada como um pedido de maior atenção e de mais amor: não é por acaso que muitos dos suicídios que acontecem nesta idade pouco mais que infantil são cometidos por crianças cujos pais lhes dedicam pouco tempo, pelas mais variadas razões (Casanova, 1998).

Outro número de suicídios quase semelhante à que há entre os velhos encontrámo-lo na adolescência e na primeira juventude. Os motivos destes suicídios podem ser os mais variados: desde o insucesso escolar ao de uma verdadeira ou simplesmente suposta falta de carinho da parte dos familiares, ao de um primeiro



amor não correspondido, ao motivo, talvez o mais frequente de todos, provocando dificuldade de se inserir na vida dos adultos (Casanova, 1998).



# PARTE II - CONTRIBUTO PARA O ESTUDO DA PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO EM CRIANÇAS ANGOLANAS DA PROVÍNCIA DE BENGUELA COM 8 A 13 ANOS DE IDADE

## **Objectivos Gerais**

Os objectivos deste estudo serão avaliar a prevalência de sintomatologia depressiva numa amostra de crianças angolanas.

## **Objectivos Específicos**

Os objectivos específicos são os seguintes:

- 1- Avaliar a prevalência da sintomatologia depressiva em crianças Angolanas da província de Benguela com 8 a 13 anos de idade;
- 2- Comparar as crianças de diferentes idades, relativamente à sintomatologia depressiva;
- 3- Saber se a sintomatologia depressiva é igual nos rapazes e nas raparigas.

## **Questões de Investigação**

**Questão 1:** Qual a prevalência de sintomatologia depressiva em crianças com idades entre os 8 e 13 anos (geral e segundo o sexo e faixa etária).

**Questão 2:** Existirão diferenças de idade quanto à sintomatologia depressiva apresentada.

**Questão 3:** Existirão diferenças de género quanto à sintomatologia depressiva apresentada.

## CAPÍTULO II - ASPECTOS METODOLÓGICOS

### 1. Desenho / Método

O desenho do estudo é observacional-descritivo de comparação entre grupos.

O estudo baseia-se em procedimentos quantitativos através da análise estatística descritiva e inferencial.

### 2. Participantes

TABELA 1- Caracterização da amostra por idade

<b>N</b>	<b>Média idade</b>	<b>DP</b>	<b>Min-Max</b>
<b>500</b>	<b>10,61</b>	<b>1,729</b>	<b>8-13</b>

Conforme se pode ver na tabela 1, participaram neste estudo um total de 500 crianças, com idades compreendidas entre os 8 e os 13 anos, com uma média de idades de 10,61 e um desvio padrão de 1,729

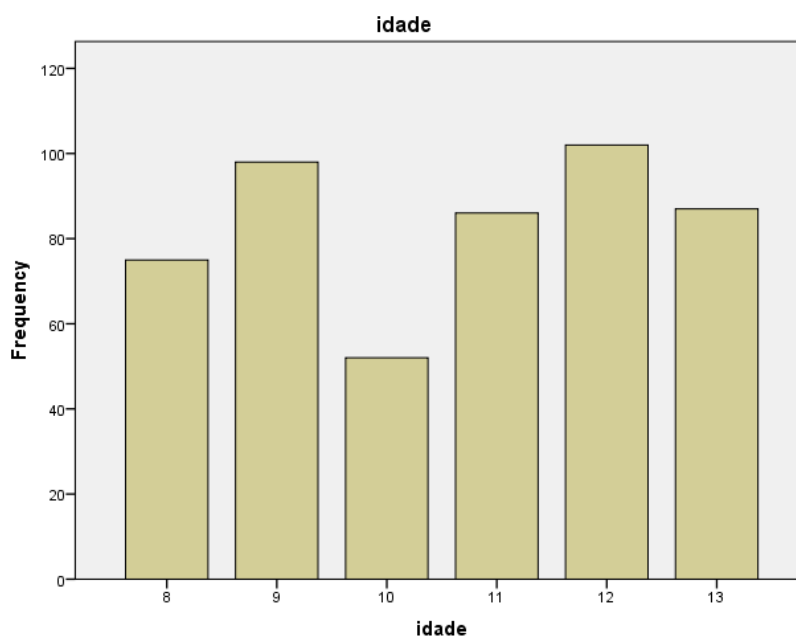
TABELA 2-Distribuição da amostra por idades

<b>Idade</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagens</b>
8	75	15,0
9	98	19,6
10	52	10,4
11	86	17,2
12	102	20,4
13	87	17,4
Total	500	100,0

Segundo a tabela 2 em relação a amostra em referência, a distribuição por idades esteve do seguinte modo: 15,0% de 8 anos, 19,6% de 9 anos, 10,4% de 10 anos,

17,2% de 11 anos, 20,4% de 12 anos e 17,4% de 13 anos. Está comprovado que existe uma elevada sintomatologia depressiva na idade dos 12 anos seguindo-se a dos 9 anos e desenvolvendo-se em igual percentagem nas idades dos 11 e 13 anos.

**GRÁFICO 1- Distribuição da amostra por idades**



**TABELA 3- Distribuição da amostra por Género**

<b>Sexo</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Masculino</b>	<b>220</b>	<b>44,0</b>
<b>Feminino</b>	<b>280</b>	<b>56,0</b>
<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>100,0</b>

De acordo com a tabela 3, 44% pertenciam ao sexo masculino e 56% ao sexo feminino, foi-se buscar às escolas públicas do município de Benguela.

De salientar que uma vez que o número de participantes que se pretendia era elevado, tornando-se impossível conseguir-se num só local, elegeram-se várias instituições escolares para a efectivação da actividade segundo o género e a faixa etária.

**TABELA 4 - Distribuição da amostra por nível de escolaridade**

<b>Escolaridade</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Classe 1</b>	<b>73</b>	<b>14,6</b>
<b>Classe 2</b>	<b>103</b>	<b>20,6</b>
<b>Classe 3</b>	<b>52</b>	<b>10,4</b>
<b>Classe 4</b>	<b>82</b>	<b>16,4</b>
<b>Classe 5</b>	<b>189</b>	<b>37,8</b>
<b>Total</b>	<b>499</b>	<b>99,8</b>
<b>Missing</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>
<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>100,0</b>

A nossa amostra apresentava a seguinte distribuição em termos de nível de escolaridade frequentada: 14,6% da 1ª classe, 20,6% da 2ª classe, 10,4% da 3ª classe, 16,4% da 4ª classe e 37,8% da 5ª classe. Concluimos que o nível de depressão é mais elevado na 5ª classe.

**TABELA 5 – Distribuição da amostra por zona de habitação**

<b>Habitação</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Urbano</b>	<b>223</b>	<b>44,6</b>
<b>Rural</b>	<b>277</b>	<b>55,4</b>
<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>100,0</b>

Como se pode constatar, nesta tabela existe uma ligeira predominância na zona rural.

## **Instrumentos**

A recolha de dados foi efectuada através da aplicação da Escala de Autoavaliação de Depressão para Crianças (D S R S) de Birlleson. Esta escala está constituída por 23 itens relativos a diferentes sintomas de depressão comuns em

crianças dos 8 aos 13 anos. Neste formato ela contém diversos aspectos como a tristeza, auto estima, o medo, ansiedade social, problemas de relacionamento e diversas outras características habitualmente associadas com a depressão. As respostas são dadas numa escala de 2 a 0 de acordo com a frequência dos sintomas. Nas instruções impressas no início da escala, pede-se à criança para indicar o que sentiu durante a última semana, relativamente a cada um dos itens “ Dava-me vontade de chorar “ ou ” Sentia-me muito sozinho (a).

A escolha deste instrumento é o resultado da pesquisa sobre o tema, parecendo ser o que mais se adequa aos objectivos e teve em conta um estudo de Raimundo e Pinto (2006) realizado no âmbito do mesmo tema, uma amostra populacional idêntica em termos de faixa etária e contexto escolar mas de carácter geral, isto é, crianças e jovens portugueses a frequentarem do 5º ao 9º ano.

## **Procedimento**

Inicialmente efectuou-se uma autorização aos directores de escolas no sentido de se conceder a respectiva autorização para a realização da recolha de dados. Uma vez autorizado por estes, a começar, o autor identificou-se como estudante do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, explicando o objectivo da pesquisa, enfatizando que não havia resposta certa ou errada e garantindo o sigilo das mesmas.

O autor explicou o instrumento, Escala de autoavaliação de repressão de Birleson em sala de aula, na presença de um professor da turma a que solicitou a sua colaboração na recolha de dados. Cada aluno respondeu o seu questionário, individualmente.

A aplicação foi feita durante o mês de Fevereiro de 2011. Foi uma selecção de conveniência. Seleccionaram-se alguns alunos do sexo masculino e outros do sexo feminino para se estabelecer um equilíbrio. Nas crianças de 8 anos foi-lhes explicado verbalmente porque à maior parte delas não sabia ler devidamente e nem interpretar de forma correcta as frases do questionário. Para tal fui chamando um aluno de cada vez, fiz a leitura dos itens e de acordo com a resposta dada assinalei no quadradinho de opção correspondente. E com as crianças de mais idade, dos nove aos 13 anos, por possuírem um nível académico mais avançado o processo foi

diferente. Facultei-lhes as instruções necessárias, partindo de desenhos de quadradinhos feitos por mim no quadro, onde foram colocadas as opções: Muitas vezes, Às vezes e Nunca, depois elas sozinhas completaram as respostas. Posteriormente ao trabalho de levantamento os dados foram introduzidos na base de dados SPSS, para análise descritiva e diferencial.

### 3. RESULTADOS

**TABELA 6 – Distribuição dos resultados na amostra completa e por género**

	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>D P</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Masculino</b>	<b>280</b>	<b>19,90</b>	<b>7,205</b>	<b>0</b>	<b>46</b>
<b>Feminino</b>	<b>220</b>	<b>20.37</b>	<b>8,521</b>	<b>2</b>	<b>48</b>
<b>Total (F+M)</b>	<b>500</b>	<b>20,11</b>	<b>7,806</b>	<b>0</b>	<b>48</b>

Conforme se pode ver (tabela 6) a média de depressão das raparigas (média=20,37, DP=8,521) é ligeiramente superior à dos rapazes (média=19,9, DP=7,205).

**TABELA 7- Comparação dos resultados por género**

	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>D P</b>	<b>t</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
<b>Masculino</b>	<b>280</b>	<b>19,90</b>	<b>7,205</b>			
<b>Feminino</b>	<b>220</b>	<b>20.37</b>	<b>8,521</b>	<b>0,650</b>	<b>428,101</b>	<b>0,516</b>

Conforme se pode ver na tabela 10, não existem diferenças de género em termos de depressão,  $t(428,101)=0,650$ ,  $p=0,516$ .



**TABELA 8- Distribuição dos resultados na amostra por idades**

<b>IDADES</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>8 ANOS</b>	<b>28</b>	<b>19,6429</b>	<b>10,71936</b>	<b>,00</b>	<b>44,00</b>
<b>9 ANOS</b>	<b>63</b>	<b>23,6349</b>	<b>7,47750</b>	<b>10,00</b>	<b>46,00</b>
<b>10 ANOS</b>	<b>30</b>	<b>22,0333</b>	<b>6,69268</b>	<b>10,00</b>	<b>34,00</b>
<b>11 ANOS</b>	<b>48</b>	<b>15,1458</b>	<b>7,48897</b>	<b>2,00</b>	<b>46,00</b>
<b>12 ANOS</b>	<b>60</b>	<b>16,2833</b>	<b>5,89194</b>	<b>, 00</b>	<b>30,00</b>
<b>13 ANOS</b>	<b>60</b>	<b>16,5667</b>	<b>5,90996</b>	<b>8,00</b>	<b>34,00</b>

A partir desta tabela podemos constatar que do total de 28 crianças com a idade de 8 anos a média é de 19,6429 e o desvio padrão de 10,71936, do total de crianças com a idade de 9 anos a média é de 23,6349 e o desvio padrão de 7,47750, de um total de 30 crianças com a idade de 10 anos a média é de 22,0333 e o desvio padrão de 6,69268, de um total de 48 crianças com a idade de 11 anos a média é de 15,1458 e o desvio padrão de 7,48897, de um total de 60 crianças com a idade de 12 anos a média é de 16,2833 e com o desvio padrão de 5,89194, de um total de 60 crianças com a idade de 13 anos a média é de 17,5667 e um desvio padrão de 5,909966.

**TABELA 9- Comparação dos resultados por idades**

<b>Idades</b>	<b>média</b>	<b>DP</b>	<b>df</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>8 ANOS</b>	19,6429	10,71936			
<b>9 ANOS</b>	23,6349	7,47750			
<b>10 ANOS</b>	22,0333	6,69268			
<b>11 ANOS</b>	15,1458	7,48897	5	12,249	0,000
<b>12 ANOS</b>	16,2833	5,89194			
<b>13 ANOS</b>	16,5667	5,90996			

Quando comparamos os resultados totais em termos das diferentes idades (ANOVA), verificamos a existência de diferenças significativas entre idades,  $F(5)=12,249$ ,  $p=0,000$ .

A tabela 9 mostra entre que idades se situam tais diferenças.

**TABELA 10- POST-HOC DA ANOVA**

Bonferroni

(i) Idade	(j) idade	Mean Diference (i-j)	Std Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
8	9	-2,371	1,135	,559	-5,72	,98
	10	-1,618	1,335	1,000	-5,56	2,32
	11	3,263	1,169	,82	-,19	6,71
	12	4,246*	1,126	,003	,93	7,57
	13	2,986	1,166	,161	-45	6,43
9	8	2,371	1,135	,559	-,98	5,72
	10	,753	1,270	1,000	-2,99	4,50
	11	5,634*	1,093	,000	2,41	8,86
	12	6,617*	1,047	,000	3,53	9,71
	13	5,357*	1,090	,000	2,14	8,57
10	8	1,618	1,335	1,000	-,232	5,56
	9	-,753	1,270	1,000	-4,50	2,99
	11	4,881*	1,300	,003	1,05	8,72
	12	5,865*	1,261	,000	2,15	9,58
	13	4,604*	1,297	,006	,78	8,43
11	8	-3,263	1,169	,82	-6,71	,19
	9	-5,634*	1,093	,000	-8,86	-2,41
11	10	-4,881*	1,300	,003	-,72	-1,05

	12	,984	1,083	1,000	-2,21	4,18
	13	-,277	1,125	1,000	-3,60	3,04
12	8	-4,246*	1,126	,003	-7,57	-,93
	9	-6,617*	1,047	,000	-9,71	-3,53
	10	-5,865*	1,261	,000	-9,58	-2,15
	11	-,984	1,083	1,000	-4,18	2,21
13	13	-1,260	1,080	1,000	-4,45	1,93
	8	-2,986	1,166	,161	-6,43	,45
	9	-5,357*	1,090	,000	-8,57	-2,14
	10	-4,604*	1,297	,006	-8,43	-,78
	11	,277	1,125	1,000	-3,04	3,60
	12	1,260	1,080	1,000	-1,93	4,45

Conforme se pode ver as diferenças situam-se entre

- os 8 (média=19,6429) e os 12 anos (média=16,2833), com médias mais elevadas daqueles
- entre os 9 (média =23,6349) e os 11 anos (média=15,1458), os 12 anos (média=16,2833) e os 13 anos (média=17,5667), com médias mais elevadas dos 9 anos
- entre os 10 anos (média =22,0333) e os 11 anos (media=15,1458), os 12 anos (média=16,2833) e os 13 anos (média=17,5667), com médias mais elevadas dos 10 anos
- entre os 11 anos (media=15,1458) e os 9 (média =23,6349) e os 10 anos (média =22,0333), com médias mais elevadas dos 9 e 10 anos
- entre os 12 anos (média=16,2833) e os 8 (média=19,6429), 9 (média =23,6349) e 10 anos (média =22,0333), com médias mais elevads dos tr~es últimos
- entre os 13 anos (média=17,5667) e os 9 (média =23,6349) e os 10 anos (média =22,0333), com médias mais elevadas dos 9 e 10 anos.

Os resultados parecem pois indicar que as crianças mais novas apresentam mais sintomatologia depressiva do que as crianças mais velhas.

# CAPÍTULO III - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

## 1. Discussão dos resultados das hipóteses de estudo

Durante a pesquisa analisaram-se variáveis tais como: as diferenças ao nível do género e das faixas etárias de crianças e adolescentes.

No que tange ao género, quanto a depressão, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos. Os resultados encontrados não confirmam os estudos efectuados no campo da depressão o que acontece é que quer o sexo feminino quer o sexo masculino, ambos quase, possuem o mesmo nível. Estudos de prevalência da DI comprovam que esta é alta, Ling et al. (1970) encontraram 40% num estudo com 25 crianças; Kashani et al. (1982), em um estudo com 100 crianças, encontraram 100% com DI e Hodges et al. (1985), em uma amostra de 164 crianças, encontraram 17% com DI.

A seguir vejamos um resumo sucinto de algumas investigações sobre a prevalência. Em estudo recente, Fleming e Offord (1990), nos Estados Unidos, encontraram uma taxa de prevalência que oscila entre 0,4% e 2,2% em crianças, enquanto que, em adolescentes, esta taxa se eleva para 4%.

Quanto a segunda hipótese do trabalho: “Será que as crianças mais velhas são mais propensas a depressão que as mais novas?” Esta hipótese não se confirmou pelos resultados. estes revelaram o contrário nanossa amostra, ou seja, que as crianças mais novas experimentam níveis mais elevados de depressão. Estes resultados contrariam os dados de numerosos estudos epidemiológicos recentes têm demonstrado que esses distúrbios ocorrem com uma frequência crescente à medida que as crianças crescem em idade. Assim no que se refere a distúrbios graves de depressão a taxa de prevalência pode ir desde 1% em idade pré-escolar, ate 2% em idade escolar e cerca de de 5% na adolescência (cfr. Essau e Peterman, 1997- para uma revisão).

### **3. Discussão das limitações do estudo**

No estudo em causa surgiram certas limitações que carecem de uma análise na generalização dos resultados obtidos. Em primeiro lugar temos a considerar a exiguidade da amostra e a sua distribuição em termos de geografia não se consegue avaliar a influência socioeconómica dentro dos resultados obtidos. E acrescentando-se o facto de que muitas variáveis não foram utilizadas como critério de selecção exemplo, o relacionamento familiar. A criança é um ser em evolução, com pautas de comportamento diversificado. Tal fenómeno dificulta estes estudos. Por outro lado, os conceitos psicopatológicos infantis ainda não são muito precisos e uníssonos, como na patologia adulta (Domenech & Polaino).

### **4. Conclusões e considerações finais**

O objectivo principal deste estudo foi de avaliar a depressão nas crianças angolanas da província de Benguela entre as idades dos 8-13 anos. Tendo em conta a bibliografia consultada revela-nos diferenças consistentes nestas variáveis com relação a incidência nos grupos etários mais novos face aos mais velhos, mas não de género.

Os resultados da pesquisa revelaram, realmente algumas diferenças entre dois grupos quanto as hipóteses de investigação levantadas. Também viu-se o desenvolvimento da depressão que o grupo dos 11-13 anos experimentou tendo em conta que é o grupo dos mais crescidos denotando-se maior desenvolvimento das capacidades psíquicas. A diferença encontrada no campo da depressão entre os dois grupos, 8-10 anos e 11-13 anos sabe-se que nesta idade inicia-se o estágio da adolescência, fase transitória para a vida adulta marcada por um aumento de sentimentos de inquietação, angústia e agressividade (Pépin, 1977). No conjunto dos estudos acerca do meio familiar, vários pontos são regularmente evidenciados (Poznanski e Zrull, Penot, Agaas, etc.): a frequência de antecedentes da depressão nos pais, em particular na mãe, um mecanismo de identificação ao pai deprimido.

A escola é também para a criança um local de distração, um centro de interesse, onde ela se encontra com os seus companheiros, mas também pode transformar-se em outros casos, em um local de competitividade onde facilmente surge o interesse. Nesta situação pode não aparecer alterações psicopatológicas que talvez desapareçam quando ela se encontrar em seu ambiente familiar que obviamente

tem menos exigência. O comportamento depressivo na infância necessariamente também ocorrerá na escola. É na escola que se cristalizam as alterações afectivas. Papazian et al. (1992) afirmam que metade dos casos observados por eles na escola encontrara a presença da inibição e que passivo ou defensivo o pensamento colectivo se rompe.

## Bibliografia

- Barbosa, G. A. & Lucena, A. (1995). Depressão infantil 3(2): N2, p.23 – 30.
- Barbosa, A., Dias, R. e tal. (1996). *Depressão infantil, um estado de prevalência com CDI*. p. 36 -39.
- Baptista, C. A. & Golfeto, J. H. (2000). *Prevalência da depressão em escolares de 7 a 14 anos, Web 1 de 4 - Web 3 de 4*.
- Beck, A. I., & Greenberg, R. (1992). Coping with Depression. *SciELO*. [http:// www. Scielo.org](http://www.Scielo.org).
- Bribing, E. (1953). The mechanism of depression, in P.Greemacre (ed.) *Affective*.
- Ballone, G. J. (2003). Depressão infantil, [htt / : www. Psiqweb, med. br / infantil / depin](http://www.Psiqweb, med. br / infantil / depin).
- Bowlby, J. (1960). Process of mourning, in W. Gaylin (ed.), *Psychodynamic Undesrstanding of Depression, New Jersy, Jason Arosen*. p p. 263 – 320.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*, Londres, Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
- Câmara, P. (2005). *Depressão na infância e relações objectais*. (1ª ed.). Lisboa. Climepsi Editores.
- Candeia, M. J. (2010). Tristeza ou depressão. Consultório de psicologia e psicoterapia “ Mais amor, menos doença”, [htm. p. Web 1 de30 – Web 5 de 30](http://htm. p. Web 1 de30 – Web 5 de 30).
- Casanova, F. (1998). *Cansaço e depressão*. Editora Edizione San Paolo (2ª ed.), Março de 1998.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *A Depressão*, Lisboa. Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos, A. (2003). *Mais Amor – Menos Doença*, Lisboa, Climepsi Editores.
- Colderaro, R.S. & Carvalho, C. V. (2005). *Psicologia em Estudo*
- Conger, J. (1980). *Adolescência Geração sob pressão*. Editora Harper & Row do Brasil Ltda – S. Paulo.
- Domenech, E. (1993). Concepto y prevalência de la depresión infantil [Cap. 16]. In: *Revueita, Pulido y Pópez – el método epidemiológico en salud mental*. Barcelona, Ed. Científica y Técnicas.



Domenech, E. & Polaino, A. (1990). *Epidemiologia de la depression infantil*, Barcelona, ed. Expaxs.

Douwrick, C. & Buchan. (1995). Twelve months outcome of depression in general practice: does detection or disclosure make any difference, *BMJ*, 311, pp 1274 -1276

Ferreira, T. (2002). *Defesa da criança: Teoria e Prática Psicanalítica da Infância*, Lisboa, Assírio e Alvim.

Fleming, L.F.L & Offord, D.R. (1990) – Epidemiology of childhood disorders: a critical review. *J. Am. Acad. Child Adol. Psychiatry*, 29, 4 , 571- 580.

Grunbergr, B. (1971). *Narcisism*. Madison: *Internacional Universitary Press*.

Guenich, K. (2002). *Psicopatologia descritiva e interpretativa da criança*. Climepsi Editores, (1<sup>a</sup> ed.). Lisboa.

Hodges, K. K, Siegel, L, J. et al. (1983). Factor analyses of the children's depression inventory. *Psychological Reports*, 53, 579 – 763.

Júnior. (2002). Depressão infantil. *File: E: \ site Júnior, Gerais – Pais e educadores. htm. p. Web 1 de 3 – Web 3 de 3.*

Kovacks, M. & Beck, A. (1977). An empirical clinical approach lowrd a definition of childhood depression.

Kazdin, A. E & French, N. B. (1983). Assessment of childhood depression: *correspondance of child and parent ratings*. *J. Am. Acad Child Psychiatry* 22:157-164.

Kashani, J., Cantwell, D.P., & Sheikim, W. O. (1983). Major depressive disorder in children admitted to an inpatient community mental health center. *Am J. of Psychiatry* 139:671-672.

Ling, W, Oftedol, G. & Weinberg, W..(1970). Depressive illness in childhood presenting as a severe headache. *Am. J. of Dl. of Children*, 120, 122-124.

Marcelli, D. (1990). *Os estados depressivos na adolescência*, Climepsi Editores, (1<sup>a</sup> ed.). Lisboa, Junho de 2002.

Marcelli, D. (1999). *Infância e Psicopatologia*, Climepsi Editores. (1<sup>a</sup> ed.), Lisboa, Setembro, 2005.

Nissen, G. (2002). La dépression marquée chez l'enfant et lo l'adolescent. Em Kielholz, P.; La dépression masquée (symposium internationale) st. Moritz, P: 133-151

Papazian, B., Manzano, J. & Palacio, F. (1992). Les Syndromes dépressifs chez l'fant fonction de la source d'information et dum ode d'investigation. *Neeuropsychiatrie de L'enfance*, 40 (1), 1-12.

- Pépin, L. (1977). *Os adolescentes*. Editorial Aster, Lisboa.
- Polaino, A. (1988). *Epidemiologia de la depresión infantil*, Barcelona, Editorial Expans.
- Rapaport, D. (1959). "Eduard Bibb ring's theory of depression" in J. Coyle (ed.). *Essencial Papers on Depression, Nova Yorque, New York University Press, pp. 64-81*
- Reis, R. L. R. & Figueira, I. L. V. (2001). Transtorno depressivo na clínica pediátrica. *Revista Pediátrica Moderna, 37, 212-222*.
- Santiago, J. C. (2010). Depressão. *File: // E: \ Depressão. Causas da depressão, tratamento da depressão. htm. p. Web 1 de 3 – Web 2 de 3*.
- Solomon, A. (2002). *O Demónio do meio-dia: uma anatomia da depressão*. (M. Campelo Trad.). Rio de Janeiro: objectiva
- Sonza, R. P. & Eisentein, E. (1993). *Situações de risco a saúde de crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Spitz, R. (1946). Anaclitic depression, in W. Gaylin (ed.) *Psychodynamic understanding of Depression, New Jersey, Jason Aronson, pp. 224 -226*.
- Scivoletto, S. & Tarelho, L. G. (2002). Depressão na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Medicina, 59 (8), 555-557*.
- Stratton, P. & Hayes, N. (1994). *Dicionário de Psicologia*. (1ª ed.). Editora Thomson, Pioneira.
- Wilkinson, G, Moore e Moore. (2005). *Guia prático do tratamento da depressão*, (1ª ed.). Lisboa. Climepsi Editores.

## ANEXOS

## ANEXO I

À

Direcção da

Escola \_\_\_\_\_

Benguela

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ 2011

Uma vez que as circunstâncias do momento assim mo exigem venho, por intermédio desta, solicitar autorização para efectuar uma recolha de dados às crianças desta instituição. O objectivo da recolha será o tratamento de dados estatísticos que farão parte do meu curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde com o tema “Prevalência da Depressão em crianças angolanas da província de Benguela com as idades compreendidas entre 8 e 13 anos”.

Na convicção de um bom acolhimento desta minha carta subscrevo-me,

Muito atentamente

\_\_\_\_\_  
(José Manuel)

## ANEXO 2

### ESCALA DE DEPRESSÃO PARA CRIANÇAS

Nome \_\_\_\_\_  
Ano \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Data de  
nascimento \_\_\_\_\_

Este questionário visa colectar dados a fim de serem analisados e integrarem numa pesquisa científica intitulada Prevalência da Depressão em Crianças Angolanas da Província de Benguela com idades compreendidas entre os 8 – 13 anos. Nas afirmações a seguir irás marcar apenas numa opção do questionário a maneira como te sentiste durante a última semana. Não há respostas certas nem erradas. O importante é que digas como te sentiste. Responde com toda a tua sinceridade. O sigilo da tua informação será mantido.

	Nunca	Muitas Vezes	Às Vezes
<i>Exemplo: Comia doces com tanto gosto como dantes .....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Dava-me vontade de chorar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tinha dores de barriga .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tinha sonhos horríveis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sentia-me muito sozinho (a) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ficava facilmente animado(a) e bem disposto (a) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sentia-me tão triste que quase não consigo aguentar mais.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Andava muito aborrecido (a).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tinha muita dificuldade em me concentrar no meu trabalho Escolar...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ficava muito cansado(a).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ficava preocupado(a) quando pensava que tinha de ir para a escola..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Andava preocupado(a) com os meus pais.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pensava que as outras crianças não gostavam de mim.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Achava que as outras crianças falavam de mim.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentia-me culpado(a) para com os meus pais.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Tinha medo de muitas coisas.....
16. Irritava-me muito com as outras pessoas.....
17. Sentia-me culpado(a) de muitas coisas.....
18. Era irritável e de mau feitio.....
19. Andava preocupado(a) com a morte e com a ideia de morrer.....
20. Tinha muito medo do escuro.....
21. Tinha dores de cabeça .....
22. Acho que me zangava com as outras pessoas mais  
frequentemente do que antes.....
23. Preferia estar sozinho(a).....