

Sintomas de Depressão Infantil e Ambiente Familiar¹

Depressive symptoms in children and family environment

Miriam Cruvinel*
Evely Boruchovitch**

Resumo

O presente trabalho investiga variáveis do ambiente familiar, como supervisão, envolvimento e suporte dos pais em crianças com e sem sintomas de depressão. Participaram do estudo 6 mães de alunos de 3ª e 4ª séries do ensino fundamental: 3 eram mães de crianças com sintomatologia depressiva, e as outras 3, de crianças sem sintomas. Os dados foram coletados por meio da versão brasileira do Inventário de Depressão Infantil – CDI e do Inventário de Recursos do ambiente familiar - RAF. Os resultados apontaram diferenças entre os dois grupos no que concerne à “Supervisão dos Pais” em relação às atividades da criança fora da escola, às tarefas escolares e às atividades com horário definido. O ambiente familiar das crianças com sintomatologia depressiva caracterizou-se por mais dificuldades relacionadas à supervisão parental. Como as relações familiares saudáveis e seguras contribuem para o ajustamento emocional da criança, acredita-se na necessidade de se desenvolverem programas preventivos direcionados especialmente aos pais.

Palavras-Chave: depressão infantil; variáveis familiares; ensino fundamental

Abstract

This paper investigates family environment variables such as parental supervision, involvement and support of children with and without depressive symptoms. The sample was composed of six mothers of 3rd and 4th grade basic education students. Of the six mothers, three were of children with depressive symptoms and three were of children without symptoms. Data were collected by means of Brazilian version of the Child Depression Inventory (CDI) and of the Family Environment Resources Inventory (RAF). Results evinced differences between the two groups in parental supervision mainly those related to children's outside school activities, school tasks as well as scheduled activities. Parental supervision problems were far more present in the families of children with depressive symptoms. Insofar as healthy and safe family relationships contribute to the emotional adjustment of the children, it is recommended that preventive programs targeted at parents be designed.

Key-words: children's depression; family variables; basic education

¹ As autoras agradecem o apoio financeiro da Capes e do CNPq

* Faculdade de Educação da Unicamp, Campinas
miriampsi@hotmail.com

** Faculdade de Educação da Unicamp, Campinas

Introdução

Investigações a respeito da depressão em crianças têm recebido destaque apenas recentemente, uma vez que, até a década de 60, não se acreditava na possibilidade de sua existência nessa faixa etária. Pensava-se que as crianças não tinham maturidade psicológica e estrutura cognitiva necessária para experimentar esse

problema (Son & Kirchner, 2000). Atualmente, apesar de ainda haver muitos pontos de controvérsia entre os estudiosos da depressão, não há mais dúvida quanto à presença de sintomatologia depressiva em crianças.

Nos últimos anos, há uma tendência em se acreditar que a depressão na criança emerge de forma semelhante à depressão no adolescente e no adulto. Nessa direção, o DSM-IV

TRTM (2003) deixa claro que os sintomas básicos de um Episódio Depressivo Maior são os mesmos para crianças e adolescentes, de forma que a depressão na população infantil pode ser diagnosticada pelos mesmos critérios utilizados para o adulto. No entanto, o manual menciona algumas ressalvas referentes à alteração do humor e do apetite e à dificuldade de concentração.

Conforme descrito no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV TRTM (2003), para o diagnóstico de um Episódio Depressivo Maior, é necessário que o indivíduo apresente, durante um período de pelo menos duas semanas, 5 ou mais dos sintomas listados a seguir: humor deprimido na maior parte do dia e em quase todos os dias; falta de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia; perda ou ganho de peso sem estar de dieta; insônia ou hipersonia quase todos os dias; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou de culpa; indecisão e dificuldade de concentração; pensamentos de morte ou tentativas de suicídio.

Adicionalmente, o DSM-IV TRTM (2003) considera que os sintomas causam sofrimento no indivíduo ou prejuízo a seu funcionamento, não devendo ser consequência de uso de substâncias como drogas ou algum tipo de medicamento, ou, ainda, ocorrendo em função de uma condição médica. O último critério para o diagnóstico de um Episódio Depressivo Maior especifica que os sintomas não ocorrem pelo luto. Considera-se depressão quando, após o indivíduo ter sofrido uma perda, os sintomas persistirem por mais de dois meses e serem acompanhados de forte prejuízo funcional, sentimentos de desvalorização, idéias suicidas, lentidão

motora e até mesmo sintomas psicóticos.

Assim como na depressão do adulto, a depressão infantil vem acompanhada de uma série de prejuízos nas diferentes áreas da vida da criança, que certamente acarretam consequências negativas para o seu desenvolvimento. Uma criança com sintomas depressivos pode apresentar alterações no funcionamento psicossocial e emocional, bem como sérios comprometimentos nas relações familiares (Baptista, 1997; Fu I, Curatolo & Friedrich, 2000; Goodman, Schwab-Stone, Lahey, Schaffer & Jensen, 2000; White, 1989).

Estudos realizados no domínio da depressão infantil mostram que são escassas as investigações que enfatizam os fatores familiares associados ao desenvolvimento e à manutenção da sintomatologia depressiva em crianças e, menos ainda, no que concerne à relação entre tipos de interação familiar e depressão infantil (Dadds, Sanders, Morrison & Rebgetz, 1992).

O que a literatura aponta é que, por um lado, um ambiente familiar caracterizado por condutas parentais inadequadas, ou a psicopatologia de um dos pais pode ajudar no aparecimento de problemas depressivos. Nesse caso, a presença de dificuldades na dinâmica familiar seria um fator de risco para a depressão e, portanto, poderia contribuir para o desenvolvimento de sintomas depressivos na criança, bem como para a sua manutenção. Por outro lado, um contexto familiar em que há relações saudáveis entre seus membros, caracterizadas pelo suporte e pelo apoio afetivo, pode ser importante na recuperação de uma criança ou de um adolescente com depressão. Nessa direção, a família assume um caráter de proteção no sentido de prevenir que seus filhos desenvolvam problemas psicológicos e, caso estes surjam, são

capazes de ajudá-los na sua recuperação.

Baptista e Assumpção (1999) ressaltam que a depressão na criança pode emergir quando os pais não conseguem satisfazer as necessidades básicas dos filhos, como amor, carinho e apoio. Em uma revisão da literatura, Birmaher e colaboradores (1996) verificaram que as relações familiares de adultos e jovens depressivos se caracterizam por diversos conflitos, sentimentos de rejeição, problemas de comunicação entre os membros da família, dificuldade na expressão de afeto e pouco suporte. Não parece ser muito diferente com as crianças. Frequentemente, crianças depressivas vivem em um ambiente familiar caracterizado por atitudes de hostilidade, excesso de críticas e rejeição, onde se presenciavam conflitos conjugais, depressão de um dos pais e agressividade entre o casal (Bahls, 2002; Baptista & Assumpção, 1999; Barbosa & Lucena, 1995; Sanders, Dadds, Johnston & Cash, 1992; Soares, 2003). Todavia, os autores concordam com a necessidade de cautela ao se falar em conflitos familiares enquanto fatores etiológicos da depressão uma vez que as investigações ainda são pouco esclarecedoras.

Os estudos sugerem que práticas parentais inadequadas podem ser prejudiciais à saúde mental da criança e do adolescente. Algumas pesquisas indicam que a falta de percepção de suporte e apoio afetivo está altamente relacionada à presença de sintomas depressivos nos jovens (Patten & colaboradores, 1997). O monitoramento e o controle excessivo dos pais também são variáveis e, quando presentes, estão relacionadas à sintomatologia depressiva (Pettit, Laird, Dodge, Bates & Criss, 2001). A investigação de Pettit e colaboradores (2001) concluiu que um adequado monitoramento paterno estava associado à ausência de problemas de

comportamento e de delinquência nos filhos, enquanto o controle psicológico dos pais se relacionava a maiores índices de alterações de comportamento, como delinquência, ansiedade e depressão.

Outros estudos apontam que a presença de psicopatologia nos pais parece contribuir para o desajustamento infantil. Hasan e Power (2002) verificaram que os filhos de mães com depressão eram crianças mais pessimistas. Ferriolli, Marturano e Puntel (2007) também observaram que as dificuldades emocionais na criança estão relacionadas ao estresse materno, especialmente ansiedade e depressão. Já Frias-Armenta e colaboradores (2004) concluíram, em sua investigação, que o uso de práticas de punição estava associado à depressão materna. Para os autores, talvez detectar e tratar a psicopatologia dos pais poderia ser uma eficiente estratégia de prevenção para os problemas infantis.

A relação entre práticas parentais e ajustamento emocional dos filhos também pode ser vista na literatura nacional. Estudos conduzidos com famílias brasileiras mostram que algumas atitudes dos pais são decisivas para o desenvolvimento psicológico saudável da criança (Bahs, 2002; Baptista, 1997; Baptista, Baptista & Dias, 2001; Oliveira & colaboradores, 2002; Oshiro, 1994; Soares, 2003; Weber, Prado & Viezzer, 2004).

A literatura nacional mostra que as crianças que vivenciam situações de violência e abandono familiar apresentam mais depressão (Oshiro, 1994). No estudo de Oliveira e colaboradores (2002), problemas de comportamento internalizante, como retração social, depressão e ansiedade, e desvios de comportamentos externalizantes, como agressividade e mentira, foram comuns entre os filhos de mães autoritárias. A maneira como crianças e adolescentes percebem seus

pais, bem como aspectos relacionados à organização familiar e à situação marital também são importantes fatores no desenvolvimento da depressão. Baptista (1997) verificou as possíveis diferenças entre o suporte familiar de adolescentes femininas com e sem depressão e suas mães. As depressivas percebiam o suporte familiar como sendo menos carinhoso e mais indiferente que o grupo de não-depressivas. Já na investigação de Weber e colaboradores (2004) foi possível observar que as crianças que veem seus pais como mais exigentes, porém mais responsivos, são as mais otimistas.

Nota-se, nos estudos mencionados, que fatores estressantes no contexto familiar podem estar associados a episódios de depressão na criança. Moreno e Moreno (1994) e Lima (2004) afirmam que, na maioria das vezes, o sintoma de depressão é uma reação da criança diante de problemas familiares, já que nessas famílias são encontradas altas incidências de agressividade dos pais, disciplinas punitivas, discórdia conjugal e rejeição. Para Soares (2003), o que agrava essa situação é o desconhecimento, por parte dos pais, da depressão do filho. Acrescenta ainda que, mesmo a criança apresentando uma alteração de conduta, os pais têm dificuldade para reconhecer os sintomas depressivos em seus filhos. Tais dados são confirmados no estudo de Nakamura (2004). A autora entrevistou 9 famílias (pai, mãe ou avós) de crianças de 6 a 12 anos de idade, com diagnóstico de depressão, acompanhadas por um serviço de psiquiatria. No discurso da família, verificou-se que os pais das crianças depressivas não tinham idéia e percepção claras sobre a depressão infantil. A falta de conhecimento dos pais acerca desse problema teria adiado a procura de auxílio profissional, a

identificação da doença, bem como a aceitação de que uma criança pudesse ficar deprimida.

Nesse sentido, conclui-se que o ambiente familiar da criança tem um papel relevante nos estudos a respeito da depressão na infância. A literatura tem apontado a existência de relação entre família e depressão. Mais precisamente, Barbosa e Barbosa (2001) afirmam que a família pode ser uma coadjuvante na etiologia da depressão, que interfere expressivamente na formação da criança e consiste no principal sistema de suporte com o qual a criança conta, diante de uma situação difícil (D'Avila-Bacarji, Marturano & Elias, 2005). Deve-se ter em mente que, assim como a família pode ser uma coadjuvante no aparecimento da sintomatologia depressiva, relações familiares saudáveis e seguras podem apresentar-se como um fator de proteção, contribuindo, muitas vezes, para que a criança consiga libertar-se dos sintomas de depressão.

Assim sendo, o presente estudo, parte de uma pesquisa mais ampla, tem como objetivo analisar a relação entre sintomas depressivos e variáveis familiares. Nesse aspecto, este artigo visa investigar fatores do ambiente familiar, mais especificamente, características como supervisão, envolvimento e suporte dos pais de crianças com e sem sintomas de depressão.

Participantes

A amostra do presente estudo foi composta por seis mães, separadas em dois pequenos grupos, a saber: grupo 1 (G1), formado por três mães, cujos filhos apresentavam sintomatologia depressiva, e grupo 2 (G2), por três mães de crianças sem sintomas de depressão. Cabe ressaltar que, inicialmente, foram convidadas para participar da pesquisa 54 mães: sendo 27 mães de crianças com sintomas de

depressão e outras 27, de crianças sem sintomatologia. O critério para a divisão dos grupos foi o escore obtido pela criança no Inventário de Depressão Infantil – CDI (Kovacs, 1992). Assim sendo, crianças do grupo 1, com sintomatologia depressiva, possuíam um escore acima de 17 pontos no CDI, enquanto as do grupo 2, sem sintomas de depressão, apresentaram escore no CDI que variou de 2 a 5 pontos. De acordo com Kovacs (1992), a criança que obtiver, no CDI, um escore igual ou superior a 17 pontos deverá merecer atenção, porquanto tal resultado pode indicar um provável depressivo.

A idade das mães entrevistadas, sendo a maioria casada, variou de 31 a 48 anos, com a média de 39 anos e desvio padrão de 6,05. As mães do G1 tinham um nível mais elevado de escolaridade: duas com curso universitário e uma, o curso médio completo. Já no G2, duas mães cursaram parte do ensino fundamental e uma outra, o ensino médio incompleto. No que se refere à ocupação, todas as mães do G1 trabalhavam fora de casa, enquanto no G2 apenas uma trabalhava fora. O número de pessoas que moravam na casa era aproximadamente de duas a seis, sendo que, em ambos os grupos, as crianças viviam com seus pais biológicos e seus irmãos.

As crianças eram alunos de 3ª e 4ª séries do ensino fundamental, de ambos os sexos, com idades entre 8 e 9 anos, não repetentes, de uma escola pública de Campinas, interior de São Paulo. Os escores obtidos pelos estudantes do G1 no Inventário de Depressão Infantil (CDI) foram 18, 23 e 24, enquanto os alunos do G2 obtiveram 2, 4 e 5 pontos.

Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados se iniciou após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/Unicamp (Processo n°

003/2005). Vale ressaltar que todos os cuidados éticos foram baseados na Resolução n° 196/96, do Ministério da Saúde.

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

Na segunda etapa, após a realização do CDI, as mães foram convidadas a participar de uma entrevista com o pesquisador. Para isso, foi enviada, por intermédio da criança, uma carta para todos os pais dos 54 participantes com e sem sintomatologia depressiva, informando a respeito da entrevista. No comunicado, enfatizaram-se a não obrigatoriedade e a ausência de prejuízos, caso os pais não desejassem participar dessa segunda etapa da pesquisa. Desses 54 pais, somente 6 mães demonstraram interesse em participar, comparecendo à entrevista, que teve a duração de 30 minutos e na qual se utilizou o Inventário de Recursos no Ambiente Familiar, desenvolvido por Marturano (1999).

Instrumentos

Empregou-se, no presente estudo, o Inventário de Depressão Infantil (CDI), desenvolvido por Kovacs, em 1992, e traduzido para o português por Baptista (1997). Utilizou-se também o Inventário de recursos no ambiente familiar (RAF), elaborado por Marturano (1999). Segue-se, abaixo, a descrição dos instrumentos.

Inventário de Depressão Infantil - CDI

O CDI (Kovacs, 1992) é uma escala de autoavaliação destinada a identificar os sintomas de depressão em pessoas de 7 a 17 anos. A criança possui três alternativas de resposta para cada item, e a correção varia de uma escala de 0 (ausência de sintoma) a 2 pontos (sintoma grave). A criança é orientada a selecionar o item que melhor descreve seus sentimentos durante as duas últimas semanas. Essa versão do CDI é constituída por 27 itens, que avaliam sintomas afetivos, cognitivos e comportamentais da depressão, e o escore varia de 0 a 54 pontos. Assim como em outros estudos e com a finalidade de se evitar que os participantes pudessem se abalar emocionalmente, (Cruvinel, 2003; Sideridis, 2005; Weisz, Thurber, Proffitt, Sweeney & Legagnoux, 1997), na presente investigação, optou-se pela retirada do item 9, que avalia a intenção de suicídio, de forma que o inventário ficou composto por 26 itens no total.

Kovacs (1992) e estudos brasileiros (Gouveia, Barbosa, Almeida & Gaião, 1995; Hallak, 2001) definiram que o ponto de corte no CDI seria 17 pontos, de forma que a criança, que obtiver uma pontuação igual ou superior a 17 pontos, deverá merecer atenção, indicando um provável estado (?) depressivo. Da mesma maneira em investigações anteriores, no presente estudo, o ponto de corte foi 17 pontos.

Verificou-se, em pesquisas prévias, que o CDI apresenta aceitáveis

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

Inventário de recursos no ambiente familiar – RAF

O RAF (Marturano, 1999) é uma entrevista semiestruturada, com o objetivo de avaliar a supervisão dos pais, o envolvimento e o suporte da família. A “Supervisão dos Pais” refere-se a “Atividades da Criança Quando Não Está na Escola”, “Arranjo Espaço-temporal para a Lição de Casa”, “Supervisão para a Escola” e “Atividades Diárias com Horário Definido”. O “Envolvimento e Suporte dos Pais” é avaliado pelos itens: “Passeios”, “Oferta de Brinquedos e Outros Materiais Promotores do Desenvolvimento”, “Atividades Compartilhadas com os Pais, no Lar”, e “Pessoas a Quem a Criança Recorre para Pedir Ajuda ou Conselho”.

O inventário é composto por 14 tópicos e cada questão é apresentada oralmente à mãe ou ao informante da criança, tendo o examinador liberdade para parafrasear o conteúdo da questão, caso haja dificuldade de compreensão por parte dos entrevistados.

No que concerne à consistência interna do instrumento, Marturano, Ferreira e Bacarji (2005) ressaltam que o RAF apresenta aceitáveis índices de consistência interna, ficando em torno de 0,84 com todos os itens, e sugerem que o instrumento possa ser empregado

por profissionais da área clínica e educacional.

Resultados

Conforme mencionado anteriormente, os itens do RAF são separados em dois conjuntos de medidas, a saber: “Supervisão dos Pais”, que consiste nas questões referentes às “Atividades da Criança Quando Não Está na Escola”, “Arranjo Espaço-temporal para a Lição de Casa”, “Supervisão para a Escola” e “Atividades Diárias com Horário Definido”. O segundo tópico está relacionado ao “Envolvimento e ao Suporte dos Pais” e é avaliado pelos itens: “Passeios”, “Oferta de Brinquedos e Outros Materiais Promotores do Desenvolvimento”, “Atividades Compartilhadas Com os Pais, no Lar”, e “Pessoas a Quem a Criança Recorre para Pedir Ajuda ou Conselho”. As respostas das mães foram analisadas considerando estes dois tópicos de medidas do RAF.

No que concerne aos resultados obtidos, observou-se que há algumas diferenças entre o G1 e o G2, especialmente em relação à “Supervisão dos Pais”, “Supervisão para a Escola”, “Arranjo Espaço-temporal para a Lição de Casa” e “Atividades Diárias com Horário Definido”. Quanto ao tópico “Envolvimento e Suporte dos Pais”, diferenças entre os grupos foram observadas nas questões referentes às “Atividades Compartilhadas com os Pais, no Lar”.

Com relação à “Supervisão dos Pais”, ou seja, atividades que a criança tem quando não está na escola, verificou-se que, no G1, apenas uma (33,3%) criança com sintomas de depressão costuma jogar videogame e três (100%) não têm o hábito de brincar na rua. No G2, todas as três (100%) crianças sem sintomas depressivos jogam videogame e duas (66,7%) brincam na rua. No item “Supervisão

para a Escola” notou-se que, normalmente, no G2, algumas tarefas como verificar o material escolar, avisar horário de ir à escola, bem como acompanhar as notas e a frequência dos filhos são divididas entre o casal. Observou-se no G2 que todas as atividades são acompanhadas ou pela mãe, ou pelo pai ou ainda pelo casal. Já no G1, algumas tarefas como ver o material escolar e supervisionar os estudos da criança não são realizadas por ninguém.

Ainda em relação ao comportamento escolar, verificou-se, no item “Arranjo Espaço-temporal para a Lição de Casa”, que duas (66,7%) crianças com sintomatologia têm o hábito de fazer suas tarefas escolares em um lugar tranquilo e sossegado, normalmente as fazem antes de ir brincar, e sozinhas, e apenas uma (33,3%) costuma fazer em qualquer lugar. Enquanto que duas (66,7%) crianças do G2, sem sintomas de depressão, parecem preferir fazer suas atividades escolares em qualquer lugar.

Constatou-se que, no item “Atividades Diárias com Horário Definido”, as crianças do G1 têm poucas tarefas executadas sempre no mesmo horário. No G1, duas crianças (66,7%) sempre têm hora certa para almoçar, levantar-se e fazer a tarefa de casa. Todas as crianças (100%) do G1 sempre têm hora certa para tomar banho e dormir, e duas crianças (66,7%) nunca têm horário definido para as brincadeiras e para assistir à TV. Todas as crianças (100%) do G2, sem sintomas depressivos, têm horário definido para quase todas as atividades diárias, entre elas: almoçar, dormir, levantar-se de manhã, e jantar.

No item “Envolvimento e Suporte dos Pais”, mais especificamente, as “Atividades Compartilhadas com os Pais” no lar, verificou-se que todas as crianças (100%) do G1 costumam se reunir com

a família mais à noite e nos finais de semana, em casa e em passeios, enquanto que todas as crianças do G2, além de se reunirem nos finais de semana, costumam estar junto também no café da manhã.

Não foram observadas diferenças entre G1 e G2 nos itens “Atividades Programadas”, “Passeios”, “Oferta de Brinquedos e Outros Materiais Promotores do Desenvolvimento” e “Pessoas a Quem Recorrem para Pedir Ajuda ou Conselho”. Dessa forma, em ambos os grupos, as crianças têm algumas atividades extraescolares, como esporte, artesanato e encontros religiosos. As crianças do G1 e do G2 também costumam passear em diversos lugares, principalmente com a família, seguida de passeios feitos com a escola. Finalmente, nos dois grupos, a mãe frequentemente é a pessoa a quem os filhos procuram para ajuda ou conselhos.

Discussão

O objetivo do presente estudo foi investigar características do ambiente familiar de crianças com e sem sintomatologia depressiva. Inicialmente, cabe destacar que é necessário ter cautela na análise e na conclusão dos resultados aqui encontrados, já que o número de mães participantes foi bastante reduzido. Nesse sentido, a pouca adesão das famílias passa a ser um fator relevante, na medida em que se trata de uma investigação a respeito das práticas dos pais. Dessa forma, a pequena participação deles conduz a algumas indagações, como: o que fez com que grande parte das mães não desejasse participar da pesquisa? A pouca colaboração dos pais revela uma falta de interesse pelo cotidiano da criança? Acredita-se que futuras pesquisas sejam necessárias, a fim de esclarecer tais interrogações.

A partir da análise dos resultados, foi interessante notar que as mães das crianças com sintomas de depressão apresentavam nível de escolaridade mais elevado que as do grupo de crianças sem sintomas depressivos. Partindo do pressuposto de que a escolaridade está associada ao nível socioeconômico, pode-se supor que as famílias do G1 apresentavam melhores condições econômicas. A presente investigação parece contrariar estudos anteriores, que revelam existir uma relação entre depressão e baixo nível socioeconômico (Miller, 2003). No entanto, cabe ressaltar que ter uma condição econômica desfavorecida não quer dizer que famílias pobres apresentem mais depressão e, sim, que vivem mais situações de maior estresse para atender às suas necessidades (Baptista & Assumpção, 1999; Miller, 2003).

Paralelamente à escolaridade materna, verificou-se que as mães do G1 tinham uma profissão e trabalhavam fora de casa, ao contrário das mães do G2, cuja maioria não o fazia, permanecendo o dia todo envolvidas nos cuidados com os filhos e nos afazeres domésticos. Tal observação permite levantar a hipótese de que, possivelmente, o fato de as mães trabalharem fora faz com que elas passem mais tempo longe de casa e da família. Pode-se supor que a ausência dessas mães contribua para o aparecimento de sintomas de depressão em seus filhos. Pode-se aventar que o ingresso da mulher no mercado de trabalho venha a ser também uma variável que justifique o aumento crescente da prevalência de sintomas depressivos nessa faixa etária. Acredita-se, contudo, que respostas para essas questões possam ser encontradas a partir de novos estudos, principalmente com amostras maiores.

Por outro lado, não se pode negar a existência do aumento de

sintomas depressivos na infância. Birmaher e colaboradores (1996) ressaltam que existe um aumento, nos últimos anos, da prevalência de depressão em crianças e adolescentes e que a depressão parece ocorrer em crianças cada vez mais jovens. A alta taxa de prevalência nos conduz também a uma reflexão acerca dos múltiplos fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva. A discussão a respeito da prevalência de sintomas depressivos na infância tem apresentado, muitas vezes, informações contraditórias, provavelmente devido à complexidade do problema e sua característica multicausal. E vale dizer que características do ambiente familiar são fatores que parecem interferir nessa taxa de prevalência.

Os resultados deste estudo indicaram também que o grupo de crianças com sintomatologia depressiva apresentava algumas diferenças em relação às crianças sem sintomas de depressão, no que se refere aos itens do RAF. As diferenças se tornam mais evidentes principalmente na “Supervisão dos Pais”, incluindo o monitoramento de atividades fora da escola, a supervisão quanto aos afazeres escolares e as atividades que caracterizam a rotina da criança. Nota-se que as crianças do G1 não costumavam brincar na rua. Há, neste grupo, indícios de uma preocupação maior por parte dos pais, em relação às tarefas escolares, pois não existe uma rotina quanto às atividades diárias e, finalmente, parece que os membros dessas famílias passam menos tempo juntos.

No que se refere aos hábitos de estudo, resultados semelhantes foram observados na investigação de Cruvinel e Boruchovitch (2006), na qual os alunos com sintomatologia depressiva apresentavam um bom repertório de estratégias de aprendizagem. Nota-se,

no presente estudo, que as crianças do G1, com sintomas de depressão, também empregavam estratégias de aprendizagem adequadas, como organização do ambiente de estudo e organização do tempo. Ao contrário dos participantes do G1, as crianças do G2, sem sintomas depressivos, costumavam fazer a lição de casa em qualquer lugar.

Foi interessante notar que poucas diferenças entre os grupos foram vistas no tópico “Envolvimento e Suporte dos Pais”, sugerindo que as crianças dos dois grupos parecem viver em um ambiente familiar em que existem oportunidades adequadas de interação entre os pais e seus filhos, já que compartilham vários momentos juntos, em casa e em passeios. Adicionalmente, há também uma grande oferta de brinquedos e outros materiais, como jornais, livros e revistas, que facilitam o desenvolvimento infantil.

Resultados diferentes foram encontrados na pesquisa de Ferreira e Marturano (2002), empregando o mesmo instrumento com crianças com e sem problemas de comportamento. Os resultados indicaram que o ambiente familiar das crianças com problemas de comportamento possuía menos recursos e maior adversidade, incluindo problemas nas relações interpessoais, falhas parentais quanto à supervisão, monitoramento e suporte, indícios de menor investimento dos pais no desenvolvimento da criança, práticas punitivas e modelos adultos agressivos.

No presente estudo, as observações podem, preliminarmente, dar alguns indícios a respeito das práticas parentais dessas famílias. Parece que o contexto familiar das crianças do G1 se caracteriza por dificuldades no comportamento dos pais, relacionadas mais à supervisão. Mas, apesar de se verificar maior fragilidade na supervisão e no monitoramento paterno, pode-se dizer

que essas crianças parecem viver em um ambiente em que há envolvimento e apoio afetivo dos pais.

Foi interessante notar a existência de eventos adversos em ambos os grupos. Nas famílias do G1, foram reveladas algumas situações como problemas de saúde, ansiedade, obesidade e depressão da criança. Nas famílias do G2, verificaram-se conflitos conjugais, agressividade, hiperatividade e depressão parental. A diferença no suporte e no envolvimento parental das famílias é um aspecto interessante a ser mais bem examinado em pesquisas futuras visto que ele foi o que mais diferenciou os dois grupos no presente estudo. Sanders e colaboradores (1992) alertam para o cuidado em se atribuir a causa da depressão aos conflitos familiares, por serem ainda escassos os estudos nessa área.

Um outro ponto que merece ser discutido está relacionado aos instrumentos utilizados para avaliar o ambiente familiar e para identificar a sintomatologia depressiva das crianças. Segundo Marturano (2006), as informações disponíveis sobre o RAF ainda são incipientes, existindo apenas um estudo a respeito das propriedades psicométricas do inventário (Marturano & colaboradores, 2005). A autora aponta a necessidade de novos estudos com o RAF, especialmente aqueles que visem acrescentar dados sobre sua validação e fidedignidade.

O Inventário de Depressão Infantil (CDI), por sua vez, é apenas um instrumento de rastreamento de sintomas de depressão na infância e não propriamente uma medida de diagnóstico de depressão. Acresce-se que, apesar do CDI ser uma medida de avaliação empregada em diversos estudos, nacionais e internacionais, bem como apresentar bons índices de consistência interna, a análise fatorial dos itens do inventário levanta algumas dúvidas quanto à natureza do construto

depressão infantil. Recentes pesquisas a respeito da análise fatorial do CDI encontraram dificuldades no agrupamento dos itens do instrumento (Cruvinel, Boruchovitch & Santos, 2008; Wathier, Dell'aglio & Bandeira, 2008). Cruvinel, Boruchovitch e Santos (2008) verificaram que a disposição dos itens do CDI não se mostrou ajustada aos fatores no que se refere aos aspectos cognitivos, afetivos, motivacionais e comportamentais envolvidos na depressão infantil. As autoras sugerem o desenvolvimento de mais estudos a respeito das propriedades psicométricas do CDI, bem como de pesquisas que procurem o refinamento dos itens e uma melhor definição desse construto para a população brasileira. Embora ambos os instrumentos utilizados no presente estudo sejam medidas de avaliação úteis, novas pesquisas, visando seu aperfeiçoamento e refinamento, são recomendadas.

Considerações Finais

O presente estudo possibilitou constatar diferenças e semelhanças entre as famílias do grupo com (G1) e sem (G2) sintomatologia depressiva. As diferenças recaem especialmente no item “Supervisão dos Pais”. Mais precisamente, observou-se que os grupos diferem mais em relação à supervisão de atividades fora da escola, à conduta dos pais frente aos afazeres escolares e à rotina da criança. Semelhanças foram encontradas no tópico “Envolvimento e Suporte dos Pais”, indicando que, em ambos os grupos, existem momentos adequados de interação familiar. As crianças possuem diversos materiais que facilitam o desenvolvimento como brinquedos, jornais, livros e revistas e que a mãe é, normalmente, a pessoa a quem a criança procura para conselhos.

Tendo em vista o pequeno número de famílias participantes do presente estudo e a escassez de

pesquisas que objetivem avaliar a relação entre contexto familiar e variáveis afetivas, especialmente sintomas de depressão na infância, sugere-se que futuras investigações sejam desenvolvidas.

Como é sabido que as práticas parentais e o ajustamento emocional dos pais estão diretamente associados à saúde mental dos filhos, mais especificamente ao surgimento da depressão infantil, acredita-se que o atendimento a essas crianças deveria ser ampliado, incluindo, além da intervenção junto à criança, modalidades de programas preventivos que insiram o sistema familiar. Murta (2007) descreve que, apesar de ter existido um avanço considerável no número de pesquisas envolvendo programas de prevenção, ainda é extremamente necessário que sejam conduzidos estudos nacionais a respeito de sua implementação e efetividade. Espera-se que a presente investigação contribua não só para motivar o desenvolvimento de novas pesquisas a respeito do tema, principalmente com amostras maiores, mas também para auxiliar os profissionais na observação e na orientação junto às famílias de crianças com sintomas de depressão.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2003). Manual de diagnóstico e estatística dos distúrbios mentais – DSM TRTM. 5 edição, Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Bahls, C. S. (2002). Aspectos Clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, 78 (5), 359-366.
- Baptista, M. N. (1997). Depressão e suporte familiar: perspectivas de adolescentes e suas mães. (Dissertação de Mestrado). Campinas: PUC Campinas, SP.
- Baptista, M. N. & Assumpção, F. B. (1999). Depressão na adolescência: Uma visão multifatorial. São Paulo: EPU.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D. & Dias, R. R. (2001). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, 21 (2), 52-61.
- Barbosa, G. A. & Barbosa, A. A. (2001). Apontamentos em Psicopatologia Infantil. João Pessoa: Idéia.
- Barbosa, G. A. & Lucena, A. (1995). Depressão infantil. *Revista de Neuropsiquiatria na Infância e Adolescência*, São Paulo, 3 (2), 23-30.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D., Brent, D. A., Kaufman, J. & Dahl, R. E. (1996). Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1427-39.
- Cruvinel, M. (2003). Depressão infantil, rendimento escolar e estratégias de aprendizagem em alunos do ensino fundamental (Dissertação de Mestrado). Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, SP.
- Cruvinel, M. & Boruchovitch, E. (2006). Sintomas Depressivos e Estratégias de Aprendizagem em Alunos do Ensino Fundamental: Uma análise qualitativa. Em: Sisto, F. F. & Martinelli, S. C. (Orgs.). Afetividade e Dificuldade de Aprendizagem – uma abordagem psicopedagógica, (pp. 181-206), São Paulo: Editora Vetor.
- Cruvinel, M., Boruchovitch, E. & Santos, A. A. A. (2008). Inventário de Depressão Infantil

- (CDI): análise dos parâmetros psicométricos. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, 20, 473-490.
- Dadds, M. R., Sanders, M. R., Morrison, M. & Rebgetz, M. (1992). Childhood Depression and Conduct Disorder: II. An Analysis of Family Interaction Patterns in the Home, *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 505–513.
- D'avila-Bacarji, K. M. G., Marturano, E. M. & Elias, L. C. S. (2005). Suporte parental: um estudo sobre crianças com queixas escolares. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 10(1), 110-115.
- Hallak, L. R. L. (2001). Estimativa da prevalência de sintomas depressivos em escolares da rede pública de Ribeirão Preto (Dissertação de Mestrado), Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.
- Hasan, N. & Power, T. G. (2002). Optimism and pessimism in children: a study of parenting correlates. *International Journal of Behavioral Development*, 26 (2), 185-191.
- Ferreira, M. C. T. & Marturano, E. M. (2002). Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicologia Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, 15(1), 35-44.
- Ferriolli, S. H. T., Marturano, E. M. & Puntel, L. P. (2007). Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 41(2), 251-259.
- Frias-Armenta, M., Sotomayor-Peterson, M., Corrar-Verdugo, V. & Castell-Ruiz, I. (2004). Parental Styles and Harsh Parenting in a Sample of Mexican Women: A Structural Model. *Revista Interamericana de Psicologia*, 38(1), 61- 72.
- Fu I. L., Curatolo, E. & Friedrich, S. (2000). Transtornos afetivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, SP, 22, 24-27.
- Golfeto, J. H., Veiga, M. H., Souza, L. & Barbeira, C. B. S. (2001). Inventário de depressão infantil (CDI) – Análise estatística em uma amostra de escolares de 7 – 14 anos de Ribeirão Preto. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. SP, Vol. 59 (Suplemento 1), pp. 183.
- Goodman, S. H., Schwab-Stone, M., Lahey, B. B., Schaffer, D. & Jensen, P. S. (2000). Major depression and dysthymia in children and adolescents: discriminant validity and differential consequences in a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(6), 761-770.
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F. & Gaião, A. A. (1995). Inventário de depressão infantil – CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, RJ, 44, 345-349.
- Kovacs, M. (1992). *Children Depression Inventory CDI: Manual*. New York: Multi-Health Systems, Inc.
- Lima, D. (2004). Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, 80 (2), 11-20.
- Marturano, E. M. (1999). Recursos no ambiente familiar e dificuldades de aprendizagem na escola. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, 15, 135-142.
- Marturano, E. M., Ferreira, M. C. T. & D'avila-Bacarji, K. M. G. (2005). An evaluation scale of family environment for the identification

- of children at risk of school failure. *Psychological Reports*, 96, 307-321.
- Marturano, E. M. (2006). O inventário de recursos do ambiente familiar. *Psicologia Reflexão e Crítica*. Porto Alegre, 19(3), 498-506.
- Moreno, R. A. & Moreno, D. H. (1994). Transtornos de Humor na Infância e na Adolescência. Em: Assumpção, F.B.J., *Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. São Paulo: Maltese.
- Miller, J. (2003). O livro de referência para a depressão infantil. (M. M. Tera, Trad.). São Paulo: M. Books.
- Murta, S. G. (2007). Programas de prevenção a problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes: lições de três décadas de pesquisa. *Psicologia Reflexão e Crítica*. Porto Alegre, 20(1), 10-13.
- Nakamura, E. (2004). Depressão na Infância: uma abordagem antropológica (Tese de Doutorado em Antropologia Social), São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas.
- Oliveira, E. A., Marin, A. H., Pires, F. B., Frizzo, G. B., Ravanello, T. & Rossato, C. (2002). Estilos parentais autoritário e democrático-recíproco intergeracionais, conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. *Psicologia Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, 15, 1-11.
- Oshiro, F. A. B. (1994). Depressão e Violência familiar: estudo de irmãos vítimas de maus tratos e abandono (Dissertação de Mestrado). Campinas: PUC Campinas, SP.
- Patten, C. A., Gillin, J. C., Farkas, A. J., Gilpin, E. A., Berry, C. C. & Pierce, J. P. (1997). Depressive Symptoms in California Adolescents: Family Structure and Parental Support. *Journal Adolescence Health*, 20, 271-278.
- Pettit, G. S., Laird, R. D., Dodge, K. A., Bates, J. E. & Criss, M. M. (2001). Antecedents and Behavior-Problem Outcomes of Parental Monitoring and Psychological Control in Early Adolescence. *Child Development*, 72 (2), 583-598.
- Sanders, M. R., Dadds, M. R., Johnston, B. M. & Cash, R. (1992). Childhood Depression and Conduct Disorder: I. Behavioral, Affective, and Cognitive Aspects of Family Problem-Solving Interactions. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 495-504.
- Soares, M. U. (2003). Estudos das Variáveis do Desenvolvimento infantil em crianças com e sem o diagnóstico de depressão (Tese de Doutorado). Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Santa Maria.
- Son, S. Y. & Kirchner, J. T. (2000). Depression in Children and Adolescents. *American Family Physician*, November.
- Sideridis, G. D. (2005). Goal orientation, academic achievement and depression: evidence in favor of a revised goal theory framework. *Journal of Educational Psychology*, 97 (3), 366-375.
- Wathier, J. L., Dell'aglio, D. D. & Bandeira, D. R. (2008). Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 17(1), 75-84.
- Weber, L. N. D., Prado, P. M. & Viezzer, A. P. (2004). Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos. *Psicologia Reflexão e*

- Crítica, Porto Alegre, 17(3), 323-331.
- Weiz, J. R., Thurber, C. A., Proffitt, V. D., Sweeney, L. & Legagnoux, G. L. (1997). Brief Treatment of Mild-to-moderate child depression using primary and secondary control enhancement training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (4), 703-707.
- White, J. (1989). Depression. In White, J. *The Troubled adolescent*. Oxford: Pergamon Press, pp.111-142.

Recebido em Abril 2009

Aceito em julho de 2009