



CURSO: DEPRESSÃO E ANSIEDADE INFANTIL - FERRAMENTAS PARA O PROFESSOR

ATENÇÃO: Se ainda não adquiriu seu Certificado de **170 horas de carga horária** pelo valor promocional de **R\$ 47,00**, adquira clicando no link abaixo, antes que a promoção acabe:

<https://pay.hotmart.com/K7647070B>

(Se o link não funcionar ao clicar, copie o link, cole-o no seu navegador e dê enter)

IMPORTANTE: Certificado válido em todo o território nacional, com todos os requisitos para ser validado nas faculdades e outras instituições.

Veja um Modelo do Certificado:



OBS: Os materiais abaixo estão disponíveis livremente na Internet e foram selecionados por nossos especialistas para compor o material do Curso gratuito

BEM-VINDO AO CURSO!

Curso: Depressão E Ansiedade Infantil - Ferramentas Para O Professor

DICAS IMPORTANTES PARA O BOM APROVEITAMENTO

- **O objetivo principal é aprender o conteúdo**, e não apenas terminar o curso.
- **Leia todo o conteúdo com atenção** redobrada, não tenha pressa.
- **Explore as ilustrações explicativas**, pois elas são fundamentais para exemplificar e melhorar o entendimento sobre o conteúdo.
- **Quanto mais aprofundar seus conhecimentos** mais se diferenciara dos demais alunos dos cursos.
- **O aproveitamento que cada aluno tem** é o que faz a diferença entre os “alunos certificados” e os “alunos capacitados”.
- **A aprendizagem não se faz apenas no momento em que está realizando o curso**, mas também durante o dia-a-dia. Ficar atento às coisas que estão à sua volta permite encontrar elementos para reforçar aquilo que foi aprendido.
- **Aplique o que está aprendendo**. O aprendizado só tem sentido quando é efetivamente colocado em prática.

SUMÁRIO

DICAS IMPORTANTES PARA O BOM APROVEITAMENTO.....	2
MÓDULO I – TRANSTORNOS MENTAIS.....	6
1. O QUE SÃO DOENÇAS MENTAIS?.....	6
1.1 CAUSAS DAS DOENÇAS MENTAIS.....	6
1.2 AS DIFERENÇAS ENTRE NEUROSES E PSICOSES	7
2. TRANSTORNOS MENTAIS MAIS COMUNS	8
2.1 ANSIEDADE.....	8
2.2 DEPRESSÃO	9
2.3 ESQUIZOFRENIA	10
2.4 TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	10
2.5 ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO.....	11
2.6 SOMATIZAÇÃO	12
2.7 TRANSTORNO BIPOLAR	12
2.8 TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	13
2.9 LISTA DOS TRANSTORNOS MENTAIS	13
MÓDULO II – COMPREENDENDO MELHOR A DEPRESSÃO E A ANSIEDADE.....	16
3 DEPRESSÃO	16
3.1 O QUE É DEPRESSÃO?.....	16
3.2 QUAIS SÃO AS CAUSAS DA DEPRESSÃO?	17
3.3 FATORES DE RISCO.....	19
3.4 OS TIPOS DE DEPRESSÃO	19

3.5 SINTOMAS DA DEPRESSÃO.....	21
3.6 COMO É FEITO O DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO?	25
3.7 DEPRESSÃO TEM CURA? QUAL É O TRATAMENTO?.....	25
3.8 REMÉDIOS MAIS UTILIZADOS.....	28
3.9 AS COMPLICAÇÕES DA DEPRESSÃO	30
3.10 COMO SUPERAR	30
3.11 COMO PREVENIR	31
4 ANSIEDADE.....	32
4.1 O QUE É ANSIEDADE?	32
4.2 QUAIS OS SINTOMAS?.....	33
4.3 TIPOS DE ANSIEDADE.....	36
4.4 COMO CONTROLAR A ANSIEDADE.....	37
MÓDULO III – ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM CRIANÇAS.....	41
5 DEPRESSÃO INFANTIL	41
5.1 SINTOMAS.....	45
5.2 TRATAMENTO	52
6 ANSIEDADE INFANTIL.....	54
6.1 SINTOMAS DE ANSIEDADE NA CRIANÇA.....	54
6.2 COMO CONTROLAR A ANSIEDADE NA CRIANÇA.....	55
MÓDULO IV – A FIGURA DO PROFESSOR FRENTE A CRIANÇA QUE SOFRE DE DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE.....	57
7 DEPRESSÃO INFANTIL E O CONTEXTO ESCOLAR	57
8 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PSICOPEDAGÓGICA EM SALA DE AULA PARA ALUNOS COM DEPRESSÃO.....	59
9 MECANISMOS DE APRENDIZAGEM NA INFÂNCIA E SUA RELAÇÃO COM A ANSIEDADE.....	61
10 ANSIEDADE VERSUS APRENDIZAGEM	63

11 PAPEL DO DOCENTE NO CONTEXTO DA ANSIEDADE.....	65
MÓDULO V – ESTUDO DE CASO APLICADO – LEITURA COMPLEMENTAR.....	67
12 DEPRESSÃO INFANTIL NO CONTEXTO ESCOLAR: UMA VISÃO COMPORTAMENTAL.....	67
13 ANSIEDADE NO MEIO ESCOLAR.....	103
REFERÊNCIAS	109

MÓDULO I – TRANSTORNOS MENTAIS

1. O QUE SÃO DOENÇAS MENTAIS?

A definição que os médicos dão para as doenças mentais, é que se trata de uma variação mórbida do normal, fazendo com que o indivíduo tenha dificuldade de interagir de forma parcial ou total com a sociedade e ainda com a família. Uma pessoa é avaliada como normal ou não, levando em conta a orientação da psiquiatria, através do critério estatístico, isto é, um indivíduo normal é o mais próximo numericamente falando da maioria.¹

Quando uma pessoa começa a fugir dos padrões de comportamentos praticados pela maioria, passa a ser observada como alguém que tem uma doença mental. Além desse fator é levado em consideração o critério chamado valorativo, isto é, se a pessoa está prejudicando a vida ou influencia de maneira negativa a vida das pessoas ao seu redor. As doenças mentais são controladas através de terapias e remédios. Segundo os médicos, quanto mais próximo o problema do indivíduo estiver da personalidade dele, mais fácil é de controlar a doença. A cura pode acontecer em casos raros, em situações de doenças que aparecem repentinamente no psiquismo.²

1.1 CAUSAS DAS DOENÇAS MENTAIS

¹ Causas das doenças mentais. Disponível em: <https://www.psicologiasdobrasil.com.br/causas-das-doencas-mentais/>

² Idem

Para um indivíduo desenvolver um tipo de doença mental ele precisa partir de dois fatores: ter disposição pessoal para o problema e sofrer alguma ação de um agente ocasional, como um trauma por exemplo. A doença mental causada por um agente ocasional está diretamente ligada a personalidade de cada um e costuma dar sinais nos momentos precoces da vida. Outros fatores também podem ser determinantes para o aparecimento da doença, como características metabólicas, endócrinas, neurológicas, entre outras. Já nos agentes ocasionais estão incluídos os fatores psicogênicos, isto é, os chamados estressores psicossociais. São problemas que acontecem em um determinado momento da vida, como um trauma ocasionado pela perda de uma pessoa querida, que pode desencadear os problemas mentais. Algumas pessoas são mais vulneráveis à superação de conflitos, por isso estes agentes ocasionais produzem reações neuróticas.³

1.2 AS DIFERENÇAS ENTRE NEUROSES E PSICOSES

As neuroses são alterações quantitativas dos fenômenos psíquicos, o resultado deste distúrbio é sofrimento, problemas na vida e, principalmente, no convívio com outras pessoas. Uma pessoa neurótica é como uma pessoa normal, sofre com a ansiedade, se deprime, porém, no caso dela, que está doente, esses sentimentos aparecem de forma mais grave e incontrolável. Já as psicoses se apresentam com alterações qualitativas dos fenômenos psíquicos. O doente neste caso não apresenta problemas que uma pessoa normal pode ter, ele sofre com paranóia, confusão mental, delírios, sentimento de perseguição, entre outros sintomas. Algumas doenças mentais são: Delírio, depressão, psicoses, transtornos de personalidade, esgotamento, psicopatia, transtornos alimentares (anorexia e bulimia), estresse, transtornos de

³ Causas das doenças mentais. Disponível em: <https://www.psicologiasdobrasil.com.br/causas-das-doencas-mentais/>

personalidade, transtorno obsessivo, compulsivo, psicossomático, ansiedade, psicose, entre outros. O tratamento das doenças mentais varia de paciente para paciente. Em alguns casos é necessário internação do paciente.⁴

2. TRANSTORNOS MENTAIS MAIS COMUNS

Transtornos mentais são disfunções no funcionamento da mente, que podem afetar qualquer pessoa e em qualquer idade e, geralmente, são provocados por complexas alterações do sistema nervoso central.

Existem diversos tipos de transtornos mentais, que são classificados em tipos, e alguns dos mais comuns incluem aqueles relacionados à ansiedade, depressão, alimentação, personalidade ou movimentos, por exemplo. A seguir, falaremos dos principais transtornos mentais na população, e ao final há uma lista completa dos tipos existentes.⁵

2.1 ANSIEDADE

Os transtornos de ansiedade são muito comuns, presentes em cerca de 1 a cada 4 pessoas que vão ao médico. Eles são caracterizados por uma sensação de desconforto, tensão, medo ou mau pressentimento, que são muito desagradáveis e costumam ser provocados pela antecipação de um perigo ou algo desconhecido.⁶

As formas mais comuns de ansiedade são a ansiedade generalizada, a síndrome do pânico e as fobias, e são muito prejudiciais tanto por afetar a vida social e emocional da pessoa, como por provocar sintomas desconfortáveis,

⁴ Causas das doenças mentais. Disponível em: <https://www.psicologiasdobrasil.com.br/causas-das-doencas-mentais/>

⁵ Transtornos mentais mais comuns: como identificar e tratar.. Dr^a. Elaine Aires; Clínico Geral. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/transtornos-mentais/>

⁶ idem

como palpitação, suor frio, tremores, falta de ar, sensação de sufocamento, formigamentos ou calafrios, por exemplo, e pelo maior risco de desenvolver depressão ou vícios pelo álcool e medicamentos.⁷

O que fazer: é recomendada a realização de psicoterapia, além de acompanhamento com o psiquiatra que, em alguns casos, poderá indicar o uso de remédios que aliviam os sintomas, como antidepressivos ou ansiolíticos. Também é orientada a realização de atividade física e, além disso, pode ser útil o investimento em métodos naturais ou atividades de lazer como meditação, dança ou yoga, por exemplo. Saiba mais sobre as formas de tratar a ansiedade.⁸

2.2 DEPRESSÃO

Cerca de 15% das pessoas apresentam depressão em algum momento da vida. A depressão é definida como o estado de humor deprimido que persiste por mais de 2 semanas, com tristeza e perda do interesse ou do prazer nas atividades, podendo ser acompanhada de sinais e sintomas como irritabilidade, insônia ou excesso de sono, apatia, emagrecimento ou ganho de peso, falta de energia ou dificuldade para se concentrar, por exemplo. Entenda como saber se é tristeza ou depressão.⁹

O que fazer: para tratar a depressão, é indicado o acompanhamento com o psiquiatra, que irá indicar o tratamento de acordo com a gravidade do quadro e os sintomas apresentados. A principal forma de tratar a depressão é a combinação de psicoterapia e uso de medicamentos antidepressivos, que incluem Sertralina, Amitriptilina ou Venlafaxina, por exemplo.¹⁰

⁷ Transtornos mentais mais comuns: como identificar e tratar.. Dr^a. Elaine Aires; Clínico Geral. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/transtornos-mentais/>

⁸ idem

⁹ idem

¹⁰ idem

2.3 ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia é o principal transtorno psicótico, caracterizado como uma síndrome que provoca distúrbios da linguagem, pensamento, percepção, atividade social, afeto e vontade. É mais comum em jovens, no final da adolescência, apesar de poder surgir ao longo de outras idades, e alguns dos sinais e sintomas mais comuns são alucinações, alterações do comportamento, delírios, pensamento desorganizado, alterações do movimento ou afeto superficial, por exemplo.¹¹

Apesar de não se saber exatamente a causa da esquizofrenia, sabe-se que está relacionada a alterações genéticas que provocam defeitos nos sistemas neurotransmissores do cérebro, e que pode ser hereditária. Saiba quais são os principais tipos de esquizofrenia e como confirmar.¹²

O que fazer: é necessário o acompanhamento psiquiátrico, que indicará o uso de medicamentos antipsicóticos, como Risperidona, Quetiapina, Clozapina e Olanzapina, por exemplo. Além disso, é fundamental a orientação à família e o seguimento com outros profissionais da área de saúde, como psicologia, terapia ocupacional e nutrição, por exemplo, para que o tratamento seja completamente eficaz.¹³

2.4 TRANSTORNOS ALIMENTARES

A Anorexia nervosa é caracterizada pela perda de peso intencional provocada pela recusa à alimentação, distorção da própria imagem e medo de engordar. Já a Bulimia consiste em comer grandes quantidades de comida e, em seguida, tentar eliminar as calorias de formas prejudiciais, como pela

¹¹ Transtornos mentais mais comuns: como identificar e tratar.. Dr^a. Elaine Aires; Clínico Geral. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/transtornos-mentais/>

¹² idem

¹³ idem

indução do vômito, uso de laxantes, exercícios físicos intensos ou jejum prolongado.¹⁴

Os distúrbios alimentares são mais comuns em jovens, e têm sido cada vez mais frequente pela cultura de valorização estética. Apesar da Anorexia e Bulimia serem os transtornos alimentares mais conhecidos, outros problemas relacionados à alimentação incluem a Ortorexia, que é a preocupação excessiva por comer alimentos saudáveis, a Vigorexia, que é a obsessão pelo corpo musculoso, ou a compulsão alimentar, por exemplo. Saiba quais são os principais transtornos alimentares.¹⁵

O que fazer: não existe um tratamento simples para curar os transtornos alimentares, sendo necessário o tratamento psiquiátrico, psicológico e nutricional, e os medicamentos costumam ser indicados somente em casos de doenças associadas, como ansiedade ou depressão. Grupos de apoio e aconselhamento podem ser boas formas de complementar o tratamento e obter bons resultados.¹⁶

2.5 ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO

O estresse pós traumático é a ansiedade que surge após ser exposto a alguma situação traumática, como um assalto, uma ameaça de morte ou perda de um ente querido, por exemplo. Geralmente, a pessoa afetada revive persistentemente o ocorrido com recordações ou sonhos, e apresenta intensa ansiedade e sofrimento psicológico. Confira como saber se é estresse pós traumático.¹⁷

¹⁴ Transtornos mentais mais comuns: como identificar e tratar.. Dr^a. Elaine Aires; Clínico Geral. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/transtornos-mentais/>

¹⁵ idem

¹⁶ idem

¹⁷ idem

O que fazer: o tratamento é feito com psicoterapia, e o psiquiatra também poderá indicar medicamentos, como antidepressivos ou ansiolíticos para aliviar os sintomas.¹⁸

2.6 SOMATIZAÇÃO

A somatização é um transtorno em que a pessoa apresenta múltiplas queixas físicas, referentes a diversos órgãos do corpo, mas que não são explicadas por nenhuma alteração clínica. Geralmente, são pessoas que constantemente vão ao médico com muitas queixas, e na avaliação médica, exame físico e realização de exames, nada é detectado.¹⁹

Na maioria dos casos, as pessoas com transtorno de somatização apresentam ansiedade e alterações do humor, além de poderem apresentar impulsividade. Quando além de sentir a pessoa chega a simular ou provocar intencionalmente sintomas, a doença passa a ser chamada de transtorno factício.²⁰

O que fazer: é necessário um acompanhamento psiquiátrico e psicológico, de forma que a pessoa consiga amenizar os sintomas. Remédios como antidepressivos ou ansiolíticos podem ser necessários em alguns casos. Saiba mais sobre a somatização e as doenças psicossomáticas.²¹

2.7 TRANSTORNO BIPOLAR

O transtorno bipolar é a doença psiquiátrica que provoca oscilações imprevisíveis no humor, variando entre depressão, que consiste em tristeza e

¹⁸ Transtornos mentais mais comuns: como identificar e tratar.. Dr^a. Elaine Aires; Clínico Geral. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/transtornos-mentais/>

¹⁹ idem

²⁰ idem

²¹ idem

desânimo, e mania, impulsividade e característica excessivamente extrovertida.²²

O que fazer: o tratamento costuma ser feito com medicamentos estabilizadores do humor, como carbonato de lítio, que deve ser recomendado pelo psiquiatra. Entenda como se identifica e trata esta doença.²³

2.8 TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

Também conhecido com o TOC, este transtorno provoca pensamentos obsessivos e compulsivos que prejudicam a atividade diária da pessoa, como exagero em limpeza, obsessão por lavar as mãos, necessidade de simetria ou impulsividade por acumular objetos, por exemplo.²⁴

O que fazer: o tratamento para transtorno obsessivo-compulsivo é orientado pelo psiquiatra, com a ingestão de remédios antidepressivos, como Clomipramina, Paroxetina, Fluoxetina ou Sertralina, sendo também recomendado fazer terapia cognitivo-comportamental. Saiba mais detalhes sobre como identificar e tratar esta doença.²⁵

2.9 LISTA DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5), a lista dos principais inclui:

²² Transtornos mentais mais comuns: como identificar e tratar.. Dr^a. Elaine Aires; Clínico Geral. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/transtornos-mentais/>

²³ idem

²⁴ idem

²⁵ idem

- Transtorno de Ansiedade, como síndrome do pânico, ansiedade generalizada, estresse ou fobia;
- Transtorno Bipolar, em que se alterna períodos de depressão e períodos de mania;
- Transtornos Depressivos, em que há vários tipos de depressão;
- Transtorno Obsessivo-compulsivo;
- Transtornos Psicóticos, como esquizofrenia ou transtorno delirante;
- Transtornos Alimentares, como anorexia ou bulimia;
- Transtorno de Estresse pós-traumático;
- Transtornos de Personalidade, como dos tipos paranóide, atissocial, borderline, estriônica ou narcizista, por exemplo;
- Transtornos relacionados ao uso de substâncias, como drogas ilícitas, álcool, medicamentos ou cigarros, por exemplo;
- Transtornos Neurocognitivos, como delirium, Alzheimer ou outras demências;
- Transtorno do Neurodesenvolvimento, como deficiências intelectuais, transtornos da comunicação, autismo, déficit de atenção e hiperatividade ou alterações dos movimentos;
- Transtornos de Somatização, em que o paciente apresenta queixas físicas sem motivo aparente;
- Transtorno Dissociativo, como Transtorno de Despersonalização/Desrealização ou amnésia dissociativa;
- Disforia de Gênero, relacionado ao desenvolvimento sexual;
- Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta, como Cleptomania, Piromania ou transtorno explosivo;

- Disfunções Sexuais, como ejaculação precoce ou retardada;
- Transtorno do Sono-vigília, como insônia, hipersonolência ou narcolepsia;
- Transtorno da Eliminação, como incontinência urinária ou fecal;
- Transtornos Parafílicos, relacionados ao desejo sexual;
- Transtornos do movimento relacionado a efeitos de medicamentos.

Existem ainda diversos outros tipos de transtornos, como os relacionados a problemas sociais, educacionais, profissionais ou econômicos, por exemplo.²⁶

²⁶ Transtornos mentais mais comuns: como identificar e tratar.. Dr^a. Elaine Aires; Clínico Geral. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/transtornos-mentais/>

MÓDULO II – COMPREENDENDO MELHOR A DEPRESSÃO E A ANSIEDADE

3 DEPRESSÃO

Muito se fala em depressão na sociedade atual, porém, muitas vezes, de forma errônea. Estima-se que cerca de 16% da população mundial já sofreu de depressão ao menos uma vez na vida. Os estudos sobre a doença se iniciaram em 1920 e, já na época, foi reportado que as mulheres possuem o dobro de chances do que os homens de se tornarem depressivas.²⁷

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), até 2020, a depressão será a segunda causa de morte mundial por doença, ficando apenas atrás das doenças cardíacas.²⁸

Os dados são assustadores e, nas atuais circunstâncias em que vivemos, precisamos falar sobre a depressão. É preciso entender que ela não é apenas uma tristeza passageira, mas sim uma doença. E, como toda doença, precisa ser diagnosticada precocemente e tratada da forma correta.²⁹

3.1 O QUE É DEPRESSÃO?

²⁷ O que é Depressão, sintomas, tratamento, causas, tipos e mais. Redação Cr. Disponível em: <https://minutosaudavel.com.br/o-que-e-depressao-sintomas-tratamento-causas-tipos-e-mais/>

²⁸ idem

²⁹ idem

Sentir-se triste em momentos específicos da vida é normal, como após a morte de um ente querido. Porém, algumas pessoas vivenciam esse sentimento de forma muito intensa e por períodos muito longos, que podem não ser apenas dias, mas sim meses e até mesmo anos. O ponto chave da questão é: essas pessoas nem sempre tem um motivo aparente para se sentirem assim.³⁰

Fisiologicamente, a depressão é um desequilíbrio no cérebro. Mas, ao contrário de outras doenças, ela não pode ser curada apenas com medicamentos, já que ela é uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Ou seja, sua qualidade de vida, seus relacionamentos e sua maneira de enfrentar o mundo, podem ser os gatilhos para a depressão aparecer.³¹

3.2 QUAIS SÃO AS CAUSAS DA DEPRESSÃO?

Não se sabe ainda exatamente quais são as causas para a depressão ser desencadeada. Porém, diversos fatores podem estar envolvidos:³²

Diferenças biológicas

As pessoas que sofrem de depressão possuem mudanças físicas em seus cérebros. Mesmo não sabendo a significância exata que essas diferenças tenham, elas podem ser uma das causas do aparecimento da doença.³³

³⁰ O que é Depressão, sintomas, tratamento, causas, tipos e mais. Redação Cr. Disponível em: <https://minutosaudavel.com.br/o-que-e-depressao-sintomas-tratamento-causas-tipos-e-mais/>

³¹ idem

³² idem

³³ idem

Químicas do cérebro

O cérebro possui uma forma de química natural, causada pelos neurotransmissores. Pesquisas apontam que as alterações na função e efeito desses neurotransmissores, bem como a forma que eles interagem com os diversos neurocircuitos que compõe o cérebro, podem ter um papel significativo na depressão e no seu tratamento, já que atuam diretamente na manutenção da estabilidade do humor do paciente.³⁴

Hormônios

Algumas mudanças no corpo podem desequilibrar certos hormônios produzidos e, isso, pode causar ou ser o gatilho para uma depressão. Essas mudanças nos hormônios acontecem, em grande parte, com a gravidez e durante as semanas que precedem o parto. Elas podem ocorrer também a partir de um problema da tireoide, menopausa, entre outros.³⁵

Genética

A depressão é mais comum de acontecer com uma pessoa que tenha parentes que também possuem a doença. Os pesquisadores estão estudando para encontrar os genes que estão envolvidos em sua causa.³⁶

³⁴ O que é Depressão, sintomas, tratamento, causas, tipos e mais. Redação Cr. Disponível em: <https://minutosaudavel.com.br/o-que-e-depressao-sintomas-tratamento-causas-tipos-e-mais/>

³⁵ idem

³⁶ idem

3.3 FATORES DE RISCO

A doença pode aparecer em qualquer pessoa, de qualquer idade e classe social. Porém, alguns fatores podem influenciar diretamente no desencadeamento da depressão.³⁷

- Alguns traços da personalidade da pessoa, como baixa autoestima, autocrítica e pessimismo;
- Traumas ou estresses, como abuso sexual, morte, relacionamentos e situações difíceis;
- Trauma de infância;
- Ter parentes que já possuem um histórico de depressão, transtorno bipolar, alcoolismo ou suicídio;
- A questão de ter uma sexualidade que não é apoiada pelos parentes ou amigos;
- Histórico de outros distúrbios da saúde mental, como transtornos de ansiedade, alimentares ou estresse pós-traumático;
- Excesso de álcool ou drogas ilícitas;
- Doenças crônicas, como câncer, AVC ou doença cardíaca;
- Determinados medicamentos, como alguns de hipertensão ou comprimidos para dormir.³⁸

3.4 OS TIPOS DE DEPRESSÃO

³⁷ O que é Depressão, sintomas, tratamento, causas, tipos e mais. Redação Cr. Disponível em: <https://minutosaudavel.com.br/o-que-e-depressao-sintomas-tratamento-causas-tipos-e-mais/>

³⁸ idem

Muitas pessoas desconhecem, mas a depressão pode ser dividida em vários tipos. Conheça quais são cada um deles abaixo:³⁹

Depressão maior (ou grave)

Esse tipo de depressão é menos comum do que a leve ou moderada e é caracterizada por sintomas intensos e implacáveis.

Quando não tratada, a depressão maior tem duração de cerca de 6 meses e, algumas pessoas, são atingidas por apenas um único episódio em toda sua vida.⁴⁰

Depressão atípica

Subtipo da depressão maior, a depressão atípica é caracterizada por um padrão de sintomas bem específico. As pessoas que sofrem desse tipo de depressão podem ter um pico de humor temporário em resposta a eventos positivos.⁴¹

Outros sintomas recorrentes são o ganho de peso, sono em excesso e sensibilidade à rejeição.⁴²

Distímia (ou depressão leve)

³⁹ idem

⁴⁰ O que é Depressão, sintomas, tratamento, causas, tipos e mais. Redação Cr. Disponível em: <https://minutosaudavel.com.br/o-que-e-depressao-sintomas-tratamento-causas-tipos-e-mais/>

⁴¹ idem

⁴² idem

Tipo de depressão de baixo grau, a distímia acontece de forma recorrente e a pessoa que possui essa depressão especificamente tem sintomas não tão fortes como a depressão maior, mas eles duram por muito mais tempo.⁴³

Algumas pessoas podem sofrer com episódios de depressão maior em cima da distímia, condição conhecida como depressão dupla.⁴⁴

Transtorno afetivo sazonal (TAS)

Conhecida também como depressão sazonal, a TAS afeta cerca de 1 a 2% da população mundial e se caracteriza pela sensação de se sentir diferente no inverno: sem esperança, triste, tenso ou estressado.⁴⁵

Esse tipo de depressão tem início no outono ou inverno, quando os dias se tornam mais curtos, e permanece até o início da primavera.

3.5 SINTOMAS DA DEPRESSÃO

São diversos os sintomas que a depressão possui, por isso, muitas vezes, eles podem ser confundidos com os de outra doença. Dividiremos esses sintomas em dois grandes grupos: os gerais – subdivididos em categorias de acordo com pensamentos, dores físicas, etc – e em como são apresentados em cada grupo de pessoas – como mulheres e homens.⁴⁶

⁴³43 idem

⁴⁴ O que é Depressão, sintomas, tratamento, causas, tipos e mais. Redação Cr. Disponível em: <https://minutosaudavel.com.br/o-que-e-depressao-sintomas-tratamento-causas-tipos-e-mais/>

⁴⁵ idem

⁴⁶ idem

Sintomas gerais

Os sintomas gerais da depressão podem ser divididos em 4 categorias: comportamentos, sentimentos, pensamentos e físicos. É importante salientar que nem sempre o paciente apresentará todos os sintomas de uma única vez. Confira quais são os principais sintomas de quem sofre de depressão.⁴⁷

Comportamentos

- Não sai mais de casa;
- Possui maior dificuldade em realizar as coisas no trabalho e/ou na escola;
- Afastamento da família e amigos;
- Contato com álcool e sedativos;
- As atividades que antes eram prazerosas deixam de ser;
- Choro sem motivo aparente;
- Dificuldade em se concentrar.⁴⁸

Sentimentos

- Sobrecarregado;
- Culpado;
- Facilmente irritável;
- Frustrado;
- Falta de confiança;
- Infeliz;

⁴⁷ O que é Depressão, sintomas, tratamento, causas, tipos e mais. Redação Cr. Disponível em: <https://minutosaudavel.com.br/o-que-e-depressao-sintomas-tratamento-causas-tipos-e-mais/>

⁴⁸ idem

- Indeciso;
- Desapontado;
- Miserável;
- Triste.
- Pensamentos
- “Eu sou um fracasso”;
- “É minha culpa”;
- “Nada de bom acontece comigo”;
- “Eu sou inútil”;
- “A vida não vale a pena para se viver”;
- “As pessoas ficarão melhor sem mim”.⁴⁹

Físicos

- Cansaço na maior parte do tempo;
- Episódios de doença e desânimo cada vez maior;
- Dores de cabeça e musculares;
- Problemas de intestino;
- Problemas de sono;
- Perda ou alteração no apetite;
- Perda ou ganho significativo de peso.
- Como os sintomas são apresentados nas pessoas
- A partir desses sintomas gerais podemos dividi-los em outras 4 categorias, com base em como eles se apresentam nos diferentes grupos de pessoas: homens, mulheres, crianças/adolescentes e idosos.

Homens

⁴⁹ O que é Depressão, sintomas, tratamento, causas, tipos e mais. Redação Cr. Disponível em: <https://minutosaudavel.com.br/o-que-e-depressao-sintomas-tratamento-causas-tipos-e-mais/>

Menor propensão em ter auto aversão e desesperança do que as mulheres;

Aumento da fadiga, irritabilidade, problemas de sono e perda de interesse no trabalho/hobbies;⁵⁰

São mais propensos a apresentar raiva, agressividade e abusar de substâncias químicas.

Mulheres

São mais propensas a apresentar sentimentos de culpa, sono excessivo e ganho de peso;

1 em cada 7 mulheres apresentam depressão pós-parto.

Crianças/adolescentes

A tristeza normalmente não aparece nesse grupo de pessoas, porém é fácil perceber que elas ficam mais facilmente irritadas e agitadas;

Dores de cabeça, estômago ou outras dores físicas podem aparecer também.⁵¹

Idosos

⁵⁰ O que é Depressão, sintomas, tratamento, causas, tipos e mais. Redação Cr. Disponível em: <https://minutosaudavel.com.br/o-que-e-depressao-sintomas-tratamento-causas-tipos-e-mais/>

⁵¹ idem

As pessoas mais velhas reclamam mais sobre os sintomas físicos do que os emocionais, como a fadiga, dores e problemas de memória;⁵²

Elas também podem não gostar de sua aparência física e parar de tomar medicamentos que são essenciais para a sua saúde.⁵³

3.6 COMO É FEITO O DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO?

O ideal é procurar um médico o quanto antes, que pode ser um clínico geral ou um psiquiatra. Ao contrário do que muitas pessoas pensam, o tratamento médico ajuda – e muito – nos casos de depressão.

O diagnóstico para a doença é realizado, basicamente, a partir de uma série de perguntas que o especialista irá fazer, tais como:

- Se os sintomas apresentados não estão tendo melhora;
- Se o seu humor está afetando o seu trabalho e seus relacionamentos;
- Se você tem pensamentos suicidas ou de automutilação.

Não há exames físicos para a depressão, mas o médico pode solicitar eventuais exames de sangue e urina para ter a certeza de que você não possui outra doença que apresenta os mesmos sintomas.⁵⁴

3.7 DEPRESSÃO TEM CURA? QUAL É O TRATAMENTO?

⁵² idem

⁵³ O que é Depressão, sintomas, tratamento, causas, tipos e mais. Redação Cr. Disponível em: <https://minutosaudavel.com.br/o-que-e-depressao-sintomas-tratamento-causas-tipos-e-mais/>

⁵⁴ idem

A depressão pode ter cura sim. Entretanto, como suas causas ainda não estão totalmente esclarecidas, não existe apenas um, mas vários tipos de tratamentos para a depressão.⁵⁵

O mais indicado pelos especialistas é o uso de medicamentos em conjunto com a psicoterapia. Além desse, há ainda o tratamento realizado em hospitais, a terapia eletroconvulsiva, a estimulação magnética transcraniana e os tratamentos alternativos.⁵⁶

Psicoterapia

A psicoterapia é um tratamento baseado na conversa sobre a condição do paciente com um profissional da área da saúde mental. Dentre as inúmeras ajudas que a psicoterapia pode te dar estão:

- Ajudar em uma crise ou outra dificuldade atual;
- Identificar os comportamentos negativos da pessoa e substituí-los por outros saudáveis e positivos;
- Explorar relacionamentos e experiências para que interações positivas com os outros sejam desenvolvidas;
- Encontrar maneiras melhores de lidar com os problemas;
- Identificar as questões que contribuem para sua depressão e comportamentos que piorem o estado;
- Recuperar a satisfação e o controle da própria vida;
- Ajudar a definir metas realistas para a sua vida;
- Desenvolver a capacidade de tolerar e aceitar o sofrimento utilizando-se de comportamentos mais saudáveis.

⁵⁵ idem

⁵⁶ O que é Depressão, sintomas, tratamento, causas, tipos e mais. Redação Cr. Disponível em: <https://minutosaudavel.com.br/o-que-e-depressao-sintomas-tratamento-causas-tipos-e-mais/>

- Tratamento em hospitais e clínicas especializadas⁵⁷

Em algumas pessoas a depressão é tão forte que o tratamento precisa ser realizado em hospitais, isso porque, muitas vezes, elas não conseguem cuidar de si mesmas por conta própria. Por acharem que a vida é muito difícil, podem recorrer a saídas como o suicídio ou a automutilação.

Terapia eletroconvulsiva

Realizada sob efeito de anestesia, a terapia eletroconvulsiva é feita através de correntes elétricas que passam pelo cérebro do paciente e tem a função de oferecer alívios imediatos dos sintomas da depressão. Esse tipo de tratamento é utilizado em pessoas que não possuem melhora com os medicamentos.⁵⁸

Estimulação magnética transcraniana

Tipo de tratamento também realizado em pessoas que não obtiveram melhora com os medicamentos, a estimulação magnética transcraniana é realizada através de uma bobina de tratamento que é colocada contra o couro cabeludo do paciente. Essa bobina envia breves pulsos magnéticos para estimular as células nervosas do cérebro que trabalham na regulação do humor e depressão. Normalmente, esse tratamento tem duração de 6 semanas com até 5 tratamentos por semana.⁵⁹

Tratamentos alternativos

⁵⁷ idem

⁵⁸ O que é Depressão, sintomas, tratamento, causas, tipos e mais. Redação Cr. Disponível em: <https://minutosaudavel.com.br/o-que-e-depressao-sintomas-tratamento-causas-tipos-e-mais/>

⁵⁹ idem

Os tratamentos alternativos não substituem os realizados pelos especialistas, porém podem ser de extrema ajuda caso feitos em conjunto. Alguns exemplos desses tratamentos são os seguintes:

- Erva de São João;
- Ômega 3;
- Acupuntura;
- Técnicas de relaxamento, como ioga ou tai chi;
- Meditação;
- Imaginação guiada;
- Massagem terapêutica;
- Terapia de música ou arte;
- Espiritualidade;
- Exercício aeróbico;
- Homeopatia.⁶⁰

3.8 REMÉDIOS MAIS UTILIZADOS

Em primeiro lugar, é preciso saber que nem sempre um medicamento terá o mesmo efeito em diferentes pessoas. Portanto, a ida ao médico é imprescindível, pois apenas ele poderá indicar qual é o melhor para o seu tipo de depressão.⁶¹

Os medicamentos utilizados no tratamento da depressão podem ser divididos nas seguintes categorias:⁶²

⁶⁰ O que é Depressão, sintomas, tratamento, causas, tipos e mais. Redação Cr. Disponível em: <https://minutosaudavel.com.br/o-que-e-depressao-sintomas-tratamento-causas-tipos-e-mais/>

⁶¹ idem

⁶² idem

- Inibidores da recaptção da serotonina;
- Inibidores seletivos da recaptção da serotonina-noradrenalina;
- Inibidores da recaptção da norepinefrina-dopamina;
- Antidepressivos atípicos;
- Antidepressivos tricíclicos;
- Inibidores da monoamina oxidase;
- Outros medicamentos.
-

Dentre esses medicamentos, estão os seguintes:

- Amitriptilina
- Amytril
- Alenthus Xr
- Anafranil
- Ansitec
- Assert
- Cinarizina
- Citalopram
- Clomipramina
- Clonazepam
- Clopam
- Cymbalta
- Daforin
- Donaren
- Escitalopram
- Exodus
- Efexor Xr
- Fluoxetina
- Lexapro
- Lorax

- Lorazepam
- Mirtazapina
- Pamelor
- Paroxetina
- Sertralina
- Risperidona
- Rivotril

3.9 AS COMPLICAÇÕES DA DEPRESSÃO

Se não tratada o quanto antes e de maneira correta, a depressão pode ocasionar sérias complicações:⁶³

- Peso em excesso, o que pode levar a doenças cardíacas e diabetes;
- Dores e doenças físicas;
- Abuso de álcool ou drogas;
- Ansiedade, transtorno do pânico ou fobia social;
- Conflitos familiares, dificuldades em relacionamentos, problemas no trabalho ou na escola;
- Isolamento social;
- Pensamentos suicidas, tentativas de suicídios ou suicídio;
- Automutilação;
- Morte prematura por outras condições médicas.

3.10 COMO SUPERAR

⁶³ O que é Depressão, sintomas, tratamento, causas, tipos e mais. Redação Cr. Disponível em: <https://minutosaudavel.com.br/o-que-e-depressao-sintomas-tratamento-causas-tipos-e-mais/>

Além do tratamento médico, é preciso que o paciente se ajude. Para isso, algumas dicas são bastante válidas para que a superação da doença possa acontecer:⁶⁴

- Simplifique sua vida;
- Não se isole;
- Aprenda maneiras de relaxar e controlar o seu estresse;
- Estructure seu tempo;
- Não tome decisões importantes quando você estiver mal;
- Mantenha-se ativo;
- Tenha uma boa alimentação;
- Encontre maneiras para se envolver novamente com o mundo.

3.11 COMO PREVENIR

Por mais que não haja maneiras certas de se prevenir a depressão, algumas estratégias podem ser aplicadas:⁶⁵

- Tome medidas para controlar o estresse;
- Peça ajuda de seus familiares e amigos quando estiver enfrentando um período difícil;
- Procure ajuda profissional ao primeiro sinal de depressão;
- Considere começar um tratamento de longo prazo para ajudar na prevenção de recaídas futuras.

⁶⁴ idem

⁶⁵ O que é Depressão, sintomas, tratamento, causas, tipos e mais. Redação Cr. Disponível em: <https://minutosaudavel.com.br/o-que-e-depressao-sintomas-tratamento-causas-tipos-e-mais/>

Muitas pessoas não sabem que sofrem de depressão por não conseguirem enxergar em si mesmos os sintomas característicos da doença. Portanto, se você conhece alguma pessoa que está tendo comportamentos típicos de alguém depressivo, converse com ele e sugira a procura médica. Quanto antes a doença for diagnosticada, melhor!⁶⁶

4 ANSIEDADE

Considerado por muitos como o mal do século, a Ansiedade pode ser definida por muitos outros termos no dicionário, mas na prática, só quem sente de verdade esse mal pode traduzir o quão ruim é.⁶⁷

Suar, tremer, gaguejar... enfim, todos os sentimentos mais ruins do ser humano ficam a flor da pele quando ele está sofrendo com a ansiedade. Entretanto, muitas pessoas acabam confundindo os sintomas da Depressão, uma coisa totalmente distinta.⁶⁸

Por isso, resolvi criar um guia completo para mostrar todos os tópicos relacionados a Ansiedade, desde os seus sintomas, até os tratamentos mais eficazes para dar um fim nesse mal que afeta cada vez mais pessoas.⁶⁹

4.1 O QUE É ANSIEDADE?

⁶⁶ Idem

⁶⁷ Ansiedade – O que é? Quais são os sintomas? Tem cura? Ricardo Spinoza. Disponível em: <http://www.saudementalrs.com.br/ansiedade/>

⁶⁸ idem

⁶⁹ idem

A ansiedade é vista num contexto popular quando estamos em um momento (ou passando por algum período) sob pressão, ou muito apreensivo para com alguma coisa... mas saiba que o significado puro dele é muito maior.⁷⁰

Ela é muito mais abrangente. Pode-se considerar como sintomas de ansiedade à partir do ponto em que você tem uma preocupação, tensão, medo ou pavor e qualquer outro sentimento ruim em excesso.⁷¹

4.2 QUAIS OS SINTOMAS?

Todos sabemos que, uma vez ou outra é completamente normal tem algum sintomas de Ansiedade, afinal, quem nunca ficou apreensivo para encontrar alguém que já não vê faz tempo, ou que nunca ficou nervoso por ter algum compromisso importante no dia seguinte e nem conseguiu dormir.⁷²

Isso é bem comum. Entretanto, existem cada vez mais casos, não só no Brasil, como no mundo, que esses sintomas estão tomando conta da vida de uma pessoa. E na maioria dos casos, ela está tão acostumada em sentir essas emoções exageradas que nem percebe que isso se transformou num transtorno.⁷³

Para que você possa tem uma visão mais abrangente de tudo o que acontece quando esse problema passou dos limites, irei listar alguns dos sintomas mais comuns sofridos por quem já está sofrendo de transtornos de ansiedade e ainda nem se deu conta.⁷⁴

Sintomas Psicológicos

⁷⁰ idem

⁷¹ idem

⁷² Ansiedade – O que é? Quais são os sintomas? Tem cura? Ricardo Spinoza. Disponível em: <http://www.saudentalrs.com.br/ansiedade/>

⁷³ idem

⁷⁴ idem

A ansiedade está ligada diretamente com o nosso sistema mental, por isso, a maioria dos sintomas não são nítidos; não são sentidos na pele, mas sim, psicologicamente.⁷⁵

- **Medos Irracionais:** um dos fatores que poucos conseguem observar ligação com a ansiedade é o medo que alguma pessoa tem de animais, de voar ou de até mesmo estar em meio a uma multidão. Pode parecer apenas uma simples fobia, mas quando ela se torna exagerada, já cai na categoria de transtornos; você se torna incapaz de fazer mais do que sua mente te delimita;⁷⁶
- **Pensamento apurado:** não são todas as pessoas que tem a desenvoltura de chegar em alguma festa e conversar com todos, beber, comer sem ao menos sentir que está sendo inconveniente. A autoconsciência começa a se tornar um mal assim que a pessoa se sente tão inconveniente de realizar uma tarefa, que desiste dela, tremem, se avermelham, suam;⁷⁷
- **Lembranças ruins que devemos esquecer:** se você já passou por alguma situação/evento que marcou a sua vida de maneira negativa, algo realmente traumático e que costuma lembrar em certas ocasiões, completamente normal. Mas isso se torna parte de um transtorno de

⁷⁵ idem

⁷⁶ Ansiedade – O que é? Quais são os sintomas? Tem cura? Ricardo Spinoza. Disponível em: <http://www.saudentalrs.com.br/ansiedade/>

⁷⁷ idem

ansiedade à partir do momento que esse “Flashback” começa a aparecer constantemente em sua mente;⁷⁸

- **Preocupação/perfeccionismo:** esse sintoma aparece geralmente em pessoas que vivem em constante pressão na vida, pessoal ou profissional, e querem que tudo saia conforme (ou melhor do que) tinha planejado. O perfeccionismo é tanto que tais pessoas nem se dão conta de que toda essa preocupação para algo dar certo é na verdade uma ansiedade para ouvir opiniões positivas de quem as julgam.⁷⁹

Esses são apenas alguns dos mais comuns em dias atuais. Entretanto, podia citar dezenas de outros sintomas, como: pânico, vergonha de sair (ou falar) em público, compulsividade e muitos outros.⁸⁰

Sintomas físicos

Embora a maioria dos sintomas da ansiedade sejam psicológicos, existem alguns fatores físicos mínimos, que muitas vezes passam por despercebidos, mas que entregam na mesma hora que uma pessoa sofre de transtornos.⁸¹

- **Insônia:** embora pareça bem claro que a insônia está diretamente ligado a preocupações com a família, com dinheiro ou com outro problema na vida pessoal, e que em poucos dias, muitas pessoas

⁷⁸ idem

⁷⁹ Ansiedade – O que é? Quais são os sintomas? Tem cura? Ricardo Spinoza. Disponível em: <http://www.saudentalrs.com.br/ansiedade/>

⁸⁰ idem

⁸¹ idem

não conseguem se livrar desse mal. A insônia se torna tão comum que acaba sendo algo corriqueiro. Entretanto, isso é um sintoma claro de que essa pessoa está com transtornos;⁸²

- Roer unhas: esse é o sintoma que mais escancara que uma pessoa é muito ansiosa e acontece com mais de 63% da população brasileira. Geralmente, isso é nítido para quem está ao lado de alguém com transtornos de ansiedade: quem sofre se cala, começa a pensar em problemas e imediatamente leva as mãos a boca para roer as unhas;⁸³
- Tensão muscular: observa-se nitidamente isso em pessoas que passam o dia sentado e/ou que exercem atividades que não exigem muito do corpo. Tais pessoas não conseguem controlar seus próprios pensamentos e constantemente apertam a mandíbula, flexionam o punho (ou o corpo todo), tensionando-o com vigor;⁸⁴
- Dores: essas dores na barriga que você tem, que causam enjoos acontecem muito por conta da agitação com que você balança suas pernas e braços, pois está nervoso. No peito ou na cabeça, as dores de quem sofre com ansiedade são acarretadas pelo nervosismo ou preocupação que estão tendo com algo (um medo constante).⁸⁵

4.3 TIPOS DE ANSIEDADE

- **Ansiedade Generalizada** – Pessoas que se preocupam com tudo em sua volta, mesmo que essas coisas sequer mudem algo em

⁸² idem

⁸³ Ansiedade – O que é? Quais são os sintomas? Tem cura? Ricardo Spinoza. Disponível em: <http://www.saudeentalrs.com.br/ansiedade/>

⁸⁴ idem

⁸⁵ idem

sua vida. É considerado ansiedade generalizada à partir do 4 mês agindo de tal modo;⁸⁶

- **Ansiedade Social** – Pessoas que temem a interação social, que não se sentem bem quando está com pessoas (estranhas ou familiares). Pode parecer loucura para alguns, mas para outros isso é bem sério e afeta muito;⁸⁷
- **Controle sua ansiedade naturalmente/Transtorno de Ansiedade** – Está diretamente relacionado com síndromes, fobias, estresse excessivo, transtorno de obsessão, distúrbios, TOC, enfim tudo que não permitem que uma pessoa possa viver em paz com outras (ou consigo mesmo);⁸⁸
- **Crise de Ansiedade** – Os sintomas da crise de ansiedade são mais físicos. Então, pode ser considerado como sintomas dessa crise: suor frio, atropelamento de falas, boca seca. Ou seja, tudo o que é relacionado com sentimentos físicos, considera-se como crise;⁸⁹
- **Controle emocional apurado/Ataques de Ansiedade** – Conhecido popularmente como “Crise de Existência”, os ataques de ansiedade acontecem quando começamos a nos perguntar o porquê de tudo: “Por quê estou vivo”, “E se eu me matar?”, “Será que vou enlouquecer?”, “E se eu passar vergonha?”.⁹⁰

4.4 COMO CONTROLAR A ANSIEDADE

Tratamentos

⁸⁶ idem

⁸⁷ idem

⁸⁸ Ansiedade – O que é? Quais são os sintomas? Tem cura? Ricardo Spinoza. Disponível em: <http://www.saudentalrs.com.br/ansiedade/>

⁸⁹ idem

⁹⁰ idem

Os tratamentos mais comuns e mais conhecidos para amenizar a Ansiedade: sessões com psicólogos, psicológicos ou outros especialistas na área.⁹¹

Medicamentos

Existem diversos medicamentos farmacêuticos para controlar a ansiedade. Entretanto, é preciso ter em mente que todos eles oferecem grandes riscos para a sua saúde quando não são ingeridos de uma forma correta.⁹²

Ansiolíticos

Conhecido popularmente como tranquilizantes, os ansiolíticos são as melhores soluções para quem quer acalmar os ânimos. Tais remédios tem o poder de anestesiar de forma parcial sua sensibilidade neurológica. Assim, você perde a capacidade de ter excitações em suas emoções.⁹³

Mas os efeitos colaterais por trás de todos estes remédios que se enquadram como ansiolíticos variam muito: desde a sonolência, até fraqueza emocional e física quando usados à longo prazo. E claro, causa muita dependência por conta desse efeito relaxante.

94

Medicamento para saúde mental – Antidepressivos

Há também os remédios de origens antidepressivas que podem serem usados por quem sofre de ansiedade em nível extremo. Não é recomendado de

⁹¹ idem

⁹² idem

⁹³ Ansiedade – O que é? Quais são os sintomas? Tem cura? Ricardo Spinoza. Disponível em: <http://www.saudementalrs.com.br/ansiedade/>

⁹⁴ idem

modo algum para quem está com apenas alguns sintomas leves, pois podem causar uma séria dependência, além de problemas inimagináveis.⁹⁵

Ele age de dois modos na mente do ser humano: quando atua sobre os neurotransmissores, ele dá uma sensação de fortificação do ânimo, diminuindo assim as fobias e os medos, fazendo com que a pessoa fique muito mais corajosa e segura consigo e com todos a sua volta.⁹⁶

Já o outro ponto é a melhora na ansiedade. Ele faz com que as preocupações sejam minimizadas e os pensamentos ruins desconsiderados pelo cérebro. Entretanto, a dependência emocional que se constrói para com os Antidepressivos é muito alta.⁹⁷

Anti Psicóticos

Usados somente quando o nível de ansiedade está ao extremo e a pessoa já está começando a ter associações com problemas bem graves mentalmente, que já não conseguem distinguir o que é real ou pensamento.⁹⁸

Métodos naturais para controlar Ansiedade

Existe também algumas maneiras naturais de se tratar a ansiedade. Os próprios chás, alguns sucos naturais e até mesmo algumas verduras são muito bons para acalmar uma pessoa no começo de (ou durante) um surto.⁹⁹

Remédios naturais para ansiedade: Suco de maracujá, alface, chá de camomila, raiz de valeriana e chá de kava-kava;¹⁰⁰

⁹⁵ idem

⁹⁶ idem

⁹⁷ Ansiedade – O que é? Quais são os sintomas? Tem cura? Ricardo Spinoza. Disponível em: <http://www.saudementalrs.com.br/ansiedade/>

⁹⁸ idem

⁹⁹ idem

Exercícios para controlar a ansiedade: Pilates, natação, Yoga, corridas e outras técnicas de relaxamento;¹⁰¹

Coisas cotidianas que ajudam na ansiedade: Banho morno, mensagens de afeto, interação social e apoio moral.¹⁰²

¹⁰⁰ idem

¹⁰¹ idem

¹⁰² idem

MÓDULO III – ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM CRIANÇAS

5 DEPRESSÃO INFANTIL

Lippi (1990) destaca a existência de três dimensões através das quais o ser humano exterioriza a sua conduta. Ele as classifica como:¹⁰³

Depressão Biogenética – Estado depressivo orgânico na criança. Estes pacientes manifestam, principalmente pôr ocasião da idade escolar, uma sintomatologia francamente depressiva, independentemente de pertencerem elas à ambientes aparentemente saudáveis e harmônicos.¹⁰⁴

A história pregressa desses pacientes revela, muitas vezes, terem sido bebês com distúrbios do sono, choros em demasia, agitados e insatisfeitos. O temperamento das crianças portadoras de depressão biogenética carrega uma base de humor depressivo como um patrimônio constitucional.¹⁰⁵

Normalmente vão mal na escola, ou seja suas notas são baixas, suas escritas são apagadas e tímidas, seus desenhos são tristes. Não convivem bem com seu grupo de iguais, isolam-se e por várias vezes são encontradas chorando. Na maioria das vezes encontrarmos na família de tais pacientes um ambiente favorecedor de depressão, normalmente com um dos genitores, portanto um temperamento distímico (depressivo pôr natureza).¹⁰⁶

Os pacientes, entretanto, se recusam a dormir em casas de amigos, coisa comum na meninice, têm um comportamento adesivo junto aos pais

¹⁰³ Depressão infantil. Gisele Aparecida Aleixo. Disponível em: <https://pedagogiaaopedaletra.com/tcc-depressao-infantil-2/>

¹⁰⁴ idem

¹⁰⁵ idem

¹⁰⁶ idem

como uma “sombra” pela casa, apresentam um discurso de adulto cheio de preocupações acerca de infortúnios imaginários, têm dificuldades para dormir pedindo sempre para que alguém fique com elas até a conciliação do sono. Estes pacientes sofrem antecipadamente ante a possibilidade de ausência de um dos pais.¹⁰⁷

Depressão Relacional – Aqui se situam as manifestações depressivas relacionadas, predominantemente, com o meio ambiente; trata-se de uma Reação Depressiva em resposta às solicitações do ambiente.¹⁰⁸

Os estressores psicossociais determinam na criança sentimentos depressivos que se revertem com a subtração do estressor. Podemos apontar como uma das primeiras manifestações desta depressão relacional na criança a angústia do 8o mês. Neste período do desenvolvimento infantil a criança passa a distinguir o mundo objeto como sendo composto de elementos díspares: bons e maus, feios e bonitos, prazerosos ou sofríveis.¹⁰⁹

Não sorri mais para qualquer estímulo, pode recusar, baixar o olhar, chorar, manifestar timidez e mesmo gritar. Portanto, dependendo predominantemente do ambiente, a criança nesta fase poder manifestar maior ou menor angústia.¹¹⁰

Depressão Psicogenética – Nestes casos, a depressão se desenvolve diante de um processo psicológico consequente à estados de conflitos, valendo-se da convocação de mecanismos de defesa psicológicos e elaboração psíquica de perdas e frustrações.¹¹¹

Nos estados de conflitos pode se estruturar uma patologia de nível neurótico com uma fenomenologia emocional com relações de compreensão causal. Depressões ontogenéticas, psicogenéticas ou psicológicas são sinônimas e, contrariamente à depressão endógena, sugerem uma participação

¹⁰⁷ Depressão infantil. Gisele Aparecida Aleixo. Disponível em: <https://pedagogiaaopedaletra.com/tcc-depressao-infantil-2/>

¹⁰⁸ idem

¹⁰⁹ idem

¹¹⁰ idem

¹¹¹ idem

predominantemente ambiental, sem que, no entanto, seja dispensável uma determinada inclinação da personalidade.¹¹²

Ajuriaguerra (1991) diz que a depressão infantil está associada a uma inibição motora, ocasionando para a criança uma dificuldade de brincar, executar tarefas ou ocupações. Os sintomas depressivos também estão presentes nas situações de jogo, no qual a criança usa expressões como “não sei”, “eu não alcanço”, “não consigo”.¹¹³

De acordo com Grunspun (1992) a Depressão Infantil somente foi reconhecida à partir de 1952, em trabalhos publicados concomitante por Harms, Schachter e Campbell; Harms descrevendo as modalidades diferenciais da psicose maníaco-depressiva em crianças; Schachter descrevendo o caso de um menino com alterações clínicas de humor dos 4 aos 9 anos de idade, sem quaisquer influências emocionais que justificasse estas alterações, esse paciente apresentava hipoatividade motora, aparentando déficit motor, falta de interesse e grande indiferença nas fases hipomaníacas, torna-se hiperativo, espontâneo com verbalização exagerada.¹¹⁴

Para Jersild (1902) é importante tentar compreender os sentimentos da criança, pois é através deles que ela tem a experiência mais íntima do sabor e do ressaibo de sua existência como pessoa. Essa dimensão da experiência da criança, seus sentimentos torna-se menos perceptivos para os outros quando ela fica mais velha.¹¹⁵

Uma criança mais velha é mais capaz que a outra mais nova de “dizer o que pensa”, mas também é mais capaz de se refugiar no silêncio. É mais capaz de adequar suas ações aos seus impulsos, mas também é mais capaz de adotar uma fachada. (JERSILD, 1902, p. 255).¹¹⁶

¹¹² idem

¹¹³ Depressão infantil. Gisele Aparecida Aleixo. Disponível em: <https://pedagogiaopedaleta.com/tcc-depressao-infantil-2/>

¹¹⁴ Idem

¹¹⁵ idem

¹¹⁶ idem

Segundo Ballone (on line) o diagnóstico da Depressão na Infância tem sido feito em bases predominantemente clínicas, muitas vezes usando-se os mesmos critérios usados para a Depressão do adulto, apesar do quadro ser algo diferente nas crianças, tanto quanto mais jovem for o paciente.

Segundo Miller (2003) a depressão Infantil se tornou alvo de investigações mais detalhadas a partir da década de 1970. Passando desde então a despertar maior interesse e preocupação de profissionais da área da saúde, porque essa patologia traz alguns comprometimentos importantes nas funções sociais, emocionais e cognitivas, interferindo no desenvolvimento infantil, de maneira a afetar não só a criança, mas também a sua família e seu grupo de relacionamento.¹¹⁷

Segundo Ballone, (on line) o Transtorno Depressivo Infantil é um transtorno do humor capaz de comprometer o desenvolvimento da criança ou do adolescente e interferir com seu processo de maturidade psicológica e social. São diferentes as manifestações da depressão infantil e dos adultos, possivelmente devido ao processo de desenvolvimento que existem na infância e adolescência.¹¹⁸

Para Duarte (on line) a depressão ocorre devido a um desequilíbrio bioquímico entre os neurotransmissores (substâncias que fazem a comunicação entre os neurônios) serotonina e noradrenalina. Porém, a doença não pode ser somente vista do ponto de vista biológico, pois existem alguns fatores que contribuem para o seu surgimento.¹¹⁹

No caso dos adultos podem ser desde o stress no trabalho ou do desemprego, perda de uma pessoa querida, problemas conjugais, entre outros. Nas crianças são outros fatores que eliciam o surgimento da depressão: separação dos pais falta de atenção, troca de escola ou pressão para ter boas notas, perda de um ente querido, etc.¹²⁰

¹¹⁷ Depressão infantil. Gisele Aparecida Aleixo. Disponível em: <https://pedagogiaaopedaletra.com/tcc-depressao-infantil-2/>

¹¹⁸ idem

¹¹⁹ idem

¹²⁰ idem

Segundo Miller (2003) esse 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 afetar não só a criança, mas também sua família e o grupo com o qual se relaciona.¹²¹

Segundo Jersild (1902) a ansiedade materna prova ansiedade no filho, e isso interfere nas funções normais da criança. Mesmo sendo a “melhor” das mães está sujeita a sentir ansiedade e a duvidar de sua eficiência como mulher e mãe e acaba passando essa ansiedade para o filho.¹²²

Para Rodrigues (1976) as atitudes afetivas da mãe determinam, durante toda infância, não só a qualidade e o ritmo de desenvolvimento físico, intelectual e afetivo da criança, como também, em casos extremos, a sua morte, portanto é fácil compreender que qualquer atitude afetiva da mãe em termos de indiferença e rejeição desencadeia perturbações afetivas na criança, estas perturbações não ocorrem apenas no plano das emoções, mas também em termos físicos e intelectuais.¹²³

5.1 SINTOMAS

Cavalcanti (1996) chama a atenção para o fato de que muitos sintomas nem sempre são indicativos de uma “depressão mascarada”. É preciso ser cuidadoso ao fazer o diagnóstico, considerando os aspectos pertinentes ao processo de desenvolvimento infantil.¹²⁴

¹²¹ Depressão infantil. Gisele Aparecida Aleixo. Disponível em: <https://pedagogiaaopedaletra.com/tcc-depressao-infantil-2/>

¹²² idem

¹²³ idem

¹²⁴ idem

Preston (1989) nos mostra também: Os sintomas psicológicos de depressão, sintomas físicos de depressão e sintomas adicionais que podem aparecer nas depressões simultaneamente psicológicas e biológicas.¹²⁵

Os sintomas psicológicos de depressão

- Tristeza e desespero
- Autoestima baixa
- Apatia. Falta de motivação
- Problemas de relacionamento
- Sentimentos de culpa pensamentos negativos (distorções cognitivas)
- Ideias de suicídio

Sintomas Físicos de Depressão

- Distúrbio do sono;
- Distúrbio do apetite;
- Perda do interesse sexual;
- Cansaço e perda de energia;
- Incapacidade de experimentar prazer;
- História de antecedentes familiares de depressão, suicídio, distúrbios de alimentação ou alcoolismo;
- Crises de pânico.

¹²⁵ idem

Sintomas Adicionais que Podem Aparecer nas Depressões Simultaneamente Psicológicas e Biológicas.

- Dificuldade de concentração e dificuldade com a memória recente
- Hipocondria: excessiva preocupação com a saúde pessoal
- Abuso de álcool/ drogas.
- Exagerada sensibilidade emocional (inclusive raiva e irritabilidade)
- Acentuadas oscilações do estado de animo
- Qualquer um ou todos os sintomas listados entre os sintomas de depressão psicológica e/ou de depressão biológica.

Na criança e adolescente a Depressão, em sua forma atípica, esconde verdadeiros sentimentos depressivos sob uma máscara de irritabilidade, de agressividade, hiperatividade e rebeldia. As crianças mais novas, devido à falta de habilidade para uma comunicação que demonstre seu verdadeiro estado emocional, também manifestam a Depressão atípica, notadamente com hiperatividade. (BALLONE, on line).¹²⁶

Batista e Golfeto (2000) acreditam que 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.¹²⁷

¹²⁶ Depressão infantil. Gisele Aparecida Aleixo. Disponível em: <https://pedagogiaaopedaletra.com/tcc-depressao-infantil-2/>

¹²⁷ idem

	SINTOMAS
Geral	A criança apresenta traços de isolamento, melancolia, tristeza, chora muito, tem problemas para dormir ou dorme em excesso, é obesa ou simplesmente sem nenhum apetite;
Geral	Nos bebês os sintomas mais comuns são perda de peso, rosto sem expressão, falta de apetite, dificuldade para adquirir peso, insônia, rejeição ao contato humano, choro insistente, diminuição de movimentos e atraso no desenvolvimento da linguagem;
0 a 6	A criança depressiva pode apresentar mudanças súbitas de humor, sentir insistentes dores - principalmente de cabeça - alterações de apetite e sono, tristeza, falta de amigos e coordenação motora retardada.
7 a 13	Nesta idade as crianças já começam a reclamar, perdem o interesse por determinadas atividades que antes gostavam, se dizem tristes e infelizes, podem somatizar problemas. Muitas vezes, isso chega a provocar doenças sérias como úlceras. São quietas e, em geral, choram com facilidade, têm dificuldades para dormir ou dormem muito, se denominam feias e afirmam fazer tudo da maneira errada. Irritabilidade, baixa-estima, culpa, cansaço e baixo rendimento escolar também são sintomas característicos.
14 a 17	Alteração do humor, ansiedade, agressividade, baixa-estima, uso de drogas ou álcool, forte sentimento de culpa, relacionamento social distante, falta de apetite e concentração, medo, insegurança, sentimento de fracasso, acham que a vida não tem sentido, rebeldia e acentuada tendência ao suicídio.

Grunspun (1992) diz que a Depressão é um problema importante na infância e adolescência e que infelizmente temos na criança vários distúrbios psicossomáticos dos diferentes aparelhos, a criança apresenta também, distúrbios de sono e de alimentação, cólicas, choros imotivados. A criança se sente inferiorizada, se acha feia, e se queixa de fadiga frequentemente e também tem falta de concentração na escola.¹²⁹

Para Ballone (on line) os sintomas mais frequentes da Depressão na Infância e Adolescência costumam ser os seguintes: insônia, 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. Os sintomas físicos e somatizados também podem ocorrer na criança depressiva. Alguns pacientes deprimidos apresentam diminuição de apetite e alguns apresentam aumento. Insônia inicial (dificuldade para começar a dormir) também esta frequentemente presente e, um pouco menos frequente, a clássica insônia terminal, que é caracterizada pelo despertar muito cedo.¹³⁰

Segundo esse mesmo autor na fase pré-verbal a criança deprimida pode manifestar o humor rebaixado através de expressões mímicas e do comportamento. A inquietação, o retraimento social, choro frequente, recusa alimentar, apatia e alterações do sono podem ser indícios de Depressão nesta fase.¹³¹

Na fase pré-escolar as crianças podem somatizar o transtorno afetivo, se manifestando através de dor abdominal, falta ou ganho de peso, retardo no

¹²⁸ Fonte: Diário do Povo, 25/05/1998.

¹²⁹ idem

¹³⁰ Depressão infantil. Gisele Aparecida Aleixo. Disponível em: <https://pedagogiaopedaleta.com/tcc-depressao-infantil-2/>

¹³¹ idem

desenvolvimento físico esperado para a idade, além da fisionomia triste, irritabilidade, alteração do apetite, hiperatividade e medo inespecíficos.¹³²

Dos 2-3 anos até a idade escolar a Depressão Infantil pode se manifestar ainda com quadro de Ansiedade de Separação, geralmente separação da mãe, ou até sinais sugestivos de regressão psicoemocional, como trejeitos mais atrasados da linguagem, encoprese e enurese.¹³³

Na fase escolar, o cansaço, a dificuldade de concentração, as alterações da memória, a astenia e adinamia são as complicações da Depressão Infantil que comprometem muito o rendimento escolar e aprendizagem. Esse confronto unindo-se com o fracasso acabam fazendo com que o nível de auto-estima também se comprometa, podendo levar a criança a apresentar desde isolamento social até Transtornos de Conduta (pseudo Transtorno de Conduta, na realidade).¹³⁴

Spitz (1980) descreve a angústia do sexto mês como normal na criança. Porém, aquelas de sofrem de carência afetiva, podem apresentar “depressão analítica”, caracterizada pôr um desinteresse progressivo pelo ambiente e perda de apetite, com problemas no desenvolvimento ponderal e geral. Após três meses, a motricidade diminui, a atividade auto erótica desaparece progressivamente e a insônia aparece.¹³⁵

Segundo este autor, a sintomatologia desta síndrome é similar aos sintomas da depressão em adultos, sendo a etiologia, a perda do objeto de amor. Entretanto quanto a estrutura e dinâmica, a depressão no adulto e na criança não são comparáveis. “Na dinâmica da depressão no adulto é atribuída à presença de um superego sadicamente cruel, sob cuja perseguição implacável o ego se fragmenta. Não existe nada comparável a isso na criança, mesmo porque, nesta idade, os precursores do superego não podem ser

¹³² idem

¹³³ idem

¹³⁴ idem

¹³⁵ Depressão infantil. Gisele Aparecida Aleixo. Disponível em: <https://pedagogiaaopedaletra.com/tcc-depressao-infantil-2/>

reconhecidos. Os sintomas são similares, mas o processo subjacente é basicamente diferente.”¹³⁶

Segundo Souza e Eisenstein (1993) a criança depressiva se envolve com muita frequência, em situação que ofereçam perigo à sua integridade física. Muitas vezes tem consciência do perigo que esta correndo; no entanto, conflitos inconscientes predominam e a levam a emitir determinados comportamentos de risco, numa tentativa de mobilizar a atenção das pessoas para que percebam o seu sofrimento.¹³⁷

Para Marcelli (1998) os sinais da presença da depressão infantil são variados e, nenhum deles deve ser considerado isoladamente, sendo necessário analisar sua conjunção e a durabilidade dos episódios.¹³⁸

Segundo o mesmo autor a depressão materna provoca uma “falta” interativa no bebê, a qual poderá posteriormente desenvolver na criança uma suscetibilidade a acontecimentos futuros que impliquem perdas.¹³⁹

Para Andrade (2000) a depressão pode decorrer de vários fatores, como um evento estressante, dificuldades na interação com outros, no aparecimento de alguma enfermidade, somatização de fatos desagradáveis ao longo da vida do indivíduo. Esses sintomas apresentam-se nos fatores ambientais do indivíduo.¹⁴⁰

Angerami-Camon (2002) assinala que a tentativa de suicídio em crianças não deve ser confundida com acidente doméstico, ou seja, a criança também se desespera diante das dificuldades da vida e manifesta o desejo de morrer, no entanto, os meios não são tão eficazes como os utilizados por adolescentes e adultos e esse gesto é visto como coisa de criança. Ainda segundo o autor, é preciso que os profissionais estejam atentos para o fato de

¹³⁶ idem

¹³⁷ idem

¹³⁸ idem

¹³⁹ Depressão infantil. Gisele Aparecida Aleixo. Disponível em: <https://pedagogiaopedaleta.com/tcc-depressao-infantil-2/>

¹⁴⁰ idem

que as crianças também apresentam sofrimento existencial e se sensibilizam com o problema de suicídio infantil.¹⁴¹

Segundo Oliveira (apud Ballone, on line) o luto causa grande impacto na criança a perda por morte de uma figura de forte apego afetivo como mãe, pai, irmãos. Oliveira descreve três fases do luto e as caracteriza assim: Busca ou protesto – é um desejo intenso de recuperação da pessoa amada e perdida, que leva a comportamentos de busca inofensiva, produzindo uma forte reação de protesto pela impossibilidade de se alcançar o objetivo desejado.¹⁴²

Desespero e desorganização – é o conflito permanente entre o desejo e sua frustração, leva ao desespero, pois não se abdica do vínculo estabelecido com facilidade e sem sofrimento. O pensamento, constantemente concentrado nessa tarefa, deixa pouca possibilidade para dedicar-se a outras atividades, revelando o quanto é importante o trabalho de busca de uma resolução para o conflito; o mundo parece estar fora de contexto para o enlutado, tanto quanto este parece estar fora de contexto para o mundo.¹⁴³

Recuperação e restituição – é um conflito que pode ser solucionado a partir de uma nova construção do vínculo com o falecido, o que preserva a relação em outro patamar; o sofrimento diminui gradualmente, permitindo um retorno da atenção para o mundo e trazendo a possibilidade do estabelecimento de novas relações.”¹⁴⁴

5.2 TRATAMENTO

Medina (1984) afirma que toda a farmacologia deve ser acompanhada de psicoterapia de apoio. Os antidepressivos devem ser escolhidos conforme os três sintomas alvo presentes na depressão: tristeza, inibição e angústia.

¹⁴¹ idem

¹⁴² idem

¹⁴³ idem

¹⁴⁴ Depressão infantil. Gisele Aparecida Aleixo. Disponível em: <https://pedagogiaaopedaletra.com/tcc-depressao-infantil-2/>

Alguns antidepressivos são tricíclicos (doxepina, amitriptilina), mas sedantes, outros mais desinibidores, alguns são polivalentes. Escolhidos por teste clínico, conforme o maior ou menor componente de angústia ou de inibição.¹⁴⁵

Esse mesmo autor diz que a associação com neurolépticos sedantes, em casos resistentes, pode-se mostrar eficaz, mas não deve ser a primeira opção, já a associação com benzodiazepinas parece diminuir a eficácia antidepressiva do fármaco, mas não há conclusão e nas formas ansiosas, o tranquilizante parece-nos imprescindível.¹⁴⁶

Se houver resistência à farmacoterapia (após a alternância de 2 antidepressivos, em doses adequadas), podendo recorrer à eletroconvulsoterapia (ECT), indicada de início quando se necessita de opção antidepressiva rápida, ou seja, em risco de suicídio.¹⁴⁷

Felizmente, em geral as depressões somem com o tempo, mesmo que os indivíduos afetados não recebam nenhum tratamento. (DAVIDOFF, 1983, pág. 606).¹⁴⁸

Preston (1989) diz que há quatro tipos tratamento para depressão, tratamento medicamentoso psiquiátrico, quando a depressão resulta em determinados sintomas biológicos, ou seja, é sinal de que o problema, em parte, envolve uma disfunção bioquímica. Psicoterapia, em muitos casos, pode trazer grandes benefícios no tratamento da depressão, o sentimento de apoio, a vinculação e atenção no relacionamento bi pessoal podem ajudar a pessoa depressiva a atravessar épocas difíceis.¹⁴⁹

Terapia comportamental inclui uma série de procedimentos que podem ajudar a combater a depressão, especialmente quando a depressão pode ser atribuída a circunstâncias especiais da vida. Terapia cognitiva pode ser

¹⁴⁵ idem

¹⁴⁶ Idem

¹⁴⁷ idem

¹⁴⁸ Depressão infantil. Gisele Aparecida Aleixo. Disponível em: <https://pedagogiaopedaleta.com/tcc-depressao-infantil-2/>

¹⁴⁹ idem

recomendada por um psicoterapeuta, individualmente, ou pode ser feita sob a forma de terapia de grupo, ou pode ser utilizada como uma técnica de autoajuda.¹⁵⁰

6 ANSIEDADE INFANTIL

A ansiedade infantil pode manifestar-se desde os primeiros anos de vida, se ela for uma criança insegura ou se estiver diante de uma situação nova e não souber como lidar com isso.¹⁵¹

É comum a criança apresentar sintomas de ansiedade quando os pais se separam, quando mudam de casa, mudam de escola ou quando algum ente querido morre, e por isso diante destas situações os pais devem ficar atentos ao comportamento da criança, verificando se ela está feliz e confortável com a situação.¹⁵²

Normalmente quando a criança se sente segura, protegida e amparada, ela fica mais calma e mais tranquila. Conversar com a criança, olhando nos seus olhos, tentando perceber o ponto de vista dela ajuda a entender os seus próprios sentimentos, contribuindo para o seu desenvolvimento.¹⁵³

6.1 SINTOMAS DE ANSIEDADE NA CRIANÇA

Os sintomas de ansiedade na criança podem se manifestar através de:

- Estar sempre dizendo que está com fome;

¹⁵⁰ idem

¹⁵¹ Ansiedade na criança - Sinais e como controlar. Dr^a. Beatriz BeltramePediatra. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/ansiedade-na-crianca/>

¹⁵² Ansiedade na criança - Sinais e como controlar. Dr^a. Beatriz BeltramePediatra. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/ansiedade-na-crianca/>

¹⁵³ idem

- Mudança no comportamento ou no estado de espírito perante alguma situação ou notícia;
- Chorar muito;
- Não conseguir dormir;
- Ficar inquieta;
- Mostrar-se agressiva ou incomodada com algo;
- Voltar a chupar o dedo ou fazer xixi nas calças;
- Desenvolver problemas na fala.

Quando estes sintomas são ligeiros e passageiros não há motivo para preocupação. No entanto, quando demoram mais de 3 dias para passar, os pais ou cuidadores devem ficar atentos e tentar ajudar a criança a ultrapassar esta fase.¹⁵⁴

6.2 COMO CONTROLAR A ANSIEDADE NA CRIANÇA

Para controlar a ansiedade infantil deve-se fazer com que ela se sinta segura e amparada.¹⁵⁵

O tratamento para a ansiedade na criança envolve os pais e os professores que devem esclarecer as dúvidas a criança e fazê-la sentir-se amada e integrada. A colaboração e ajuda de um psicólogo podem ser necessárias.¹⁵⁶

¹⁵⁴ idem

¹⁵⁵ Ansiedade na criança - Sinais e como controlar. Dr^a. Beatriz Beltrame Pediatra. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/ansiedade-na-crianca/>

¹⁵⁶ idem

Os remédios para ansiedade não são indicados para crianças, mas algumas soluções naturais são oferecer uma alimentação rica em alimentos calmantes e em triptofano, que promove o bem-estar.¹⁵⁷

¹⁵⁷ idem

MÓDULO IV – A FIGURA DO PROFESSOR FRENTE A CRIANÇA QUE SOFRE DE DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

7 DEPRESSÃO INFANTIL E O CONTEXTO ESCOLAR

A maioria das crianças passa ampla parte da sua vida na escola, e é nesta que também se pode notar e identificar casos de depressão infantil, visto que, uma das principais consequências da depressão na criança em fase estudantil é a queda de seu rendimento escolar, devido aos inúmeros fatores decorrentes da depressão.¹⁵⁸

A complexa interação entre os sintomas psicossomáticos e os sentimentos depressivos muitas vezes leva a dificuldades educativas resultando num desempenho escolar empobrecido. Os sintomas interligados de pouca concentração, letargia, fadiga, falta de energia, falta de motivação, certamente serão detectados na avaliação escolar e podem ser indicadores de sentimentos depressivos subjacentes que afetam o desempenho escolar de uma criança (GAY e VOLGELS, 1999, p.69).

¹⁵⁸ Depressão infantil e seus reflexos no contexto escolar. Karine Pereira Borges; Karina dos Reis Bittar; Anais do Congresso de Iniciação Científica, Estágio e Docência do Campus Formosa A relação teoria e prática no cotidiano escolar Universidade Estadual de Goiás.

Portanto, o decaimento no desempenho escolar surge como um dos principais problemas da depressão na infância, e a partir dele, pais e professores podem estar identificando a criança depressiva.¹⁵⁹

Nestes casos, a atuação do professor é importantíssima, pois, apesar de sua formação acadêmica muitas das vezes não o permitir está em contato com esta realidade, “um dos aspectos que apontam a importância do papel do docente para o diagnóstico de algum transtorno de humor nas crianças é o fato de, ao contrário dos pais, o professor tem um conhecimento maior sobre o desenvolvimento infantil” (CARMO; SILVA; TRONCOSO, 2009, p.336), ou seja, ele está apto a identificar quando algo não está consideravelmente normal no desenvolvimento da criança, desse modo, ao ingressar na sala de aula, o professor deve estar atento a estes sinais para que junto com os familiares da criança, possam identificar tal transtorno e assim poder ajudar a criança a sair deste estado emocional depressivo.¹⁶⁰

Contudo, não é dever do educador diagnosticar tal doença, principalmente porque o mesmo não é qualificado para isso, porém este pode colaborar no reconhecimento dos sintomas, e assim, junto aos pais da criança, encaminhá-la para uma avaliação médica especializada, e posteriormente um tratamento. A criança, ao ser diagnosticada com a depressão, necessita de total apoio de todos os que convivem com ela, tanto da família quanto do professor dado que, “um bom professor que demonstre afeição e preocupação com uma criança enquanto a encoraja a ser independente pode estar fazendo muito para ajudar uma criança deprimida” (MILLER, 2003, p. 184), e assim, a partir de ações conjuntas, o tratamento e a recuperação da criança sejam alcançados de forma positiva.¹⁶¹

Assim sendo, é nítido que, a depressão infantil não tratada tem um efeito, muitas das vezes, devastador na vida da criança, porém, se identificada precocemente, com o auxílio dos pais e professores, pode - se ser

¹⁵⁹ idem

¹⁶⁰ Depressão infantil e seus reflexos no contexto escolar. Karine Pereira Borges; Karina dos Reis Bittar; Anais do Congresso de Iniciação Científica, Estágio e Docência do Campus Formosa A relação teoria e prática no cotidiano escolar Universidade Estadual de Goiás.

¹⁶¹ idem

encaminhada para um especialista, e a partir daí, ser tratada, lembrando que, se a criança que estiver depressiva, não for identificada e seguidamente tratada, este estado pode se estender até a adolescência e em seguida a vida adulta, e infelizmente poderá levar o indivíduo ao suicídio, como consequência fatal desta doença (GAY e VOGELS, 1999; MILLER, 2003).¹⁶²

8 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PSICOPEDAGÓGICA EM SALA DE AULA PARA ALUNOS COM DEPRESSÃO

Em crianças há uma tendência de ocorrerem vários problemas emocionais ao mesmo tempo. De modo geral, de 40% a 70% das crianças e adolescentes com depressão sofrem de outros problemas emocionais diagnosticáveis. Entre 20% e 50% experimentam dois ou mais distúrbios além da depressão (Jeffrey, 2003).¹⁶³

A identificação e o diagnóstico visam detectar as características do potencial de aprendizagem da criança. Não em uma dimensão convencional, tautológica ou estática, pelo contrário, a finalidade da identificação e do diagnóstico é refletir o inventário das aquisições e capacidades adaptáveis, a flexibilidade e a plasticidade das competências de cada criança (Fonseca, 1995).¹⁶⁴

No passado, quando uma criança passava por momentos difíceis, depressão, a pessoa que costumava auxiliá-la não era um profissional treinado na orientação infantil. Hoje em dia, muitos profissionais poderão ajudá-la. No caso de depressão infantil, a identificação e o diagnóstico, facilitarão a adoção de programas reabilitativos e educacionais, objetivando a alteração do

¹⁶²

¹⁶³ Depressão infantil: estratégias de intervenção psicopedagógicas em sala de aula com crianças depressivas. Disponível em: <https://meuartigo.brasilecola.uol.com.br/educacao/depressao-infantil-estrategias-intervencao-psicopedagogica-.htm>

¹⁶⁴ idem

comportamento da criança, auxiliando-a no retorno a sua vida normal. Também auxiliarão nas constantes interações entre o observador e o observado, no caso professor aluno.¹⁶⁵

A situação de observação deve ser considerada um verdadeiro processo dinâmico de aprendizagem e de interação, fornecendo ao observado o máximo de motivação e suporte e adequando a situação às suas necessidades específicas, evitando situações de insucesso ou de frustrações, o que poderia prejudicar ainda mais o seu estado depressivo.¹⁶⁶

A orientação individual com crianças deve ser um processo contínuo, de interações planejadas entre o psicopedagogo, professor e a criança que precisa de ajuda para resolver um problema em particular ou um conjunto de problemas. Assim, dessa forma o professor começa desenvolvendo uma relação forte com a criança e os pais (Jeffrey, 2003).¹⁶⁷

O Psicopedagogo em conjunto com o professor deverá formular objetivo, visando satisfazer as necessidades da criança depressiva, de uma forma planejada e não acidental. Na planificação das tarefas, o professor deverá considerar o perfil interindividual da criança, de forma a proporcionar um esforço do seu eu.¹⁶⁸

Lembrando que, a criança depressiva precisa de uma ajuda especial para encontrar prazer na sala de aula é fundamental atenção as emoções envolvidas no processo de ensino-aprendizagem. Todavia, considera-se relevante, uma atuação psicopedagógica eficiente, articulada com outras áreas do saber, tendo em vista a reciprocidade de seus efeitos de forma a possibilitar uma recuperação da criança depressiva.¹⁶⁹

É necessário conhecer e estar sempre atento às pessoas ou atividades a que a criança se prende mais. Estas crianças têm necessidades de se sentirem

¹⁶⁵ idem

¹⁶⁶ Depressão infantil: estratégias de intervenção psicopedagógicas em sala de aula com crianças depressivas. Disponível em: <https://meuartigo.brasilecola.uol.com.br/educacao/depressao-infantil-estrategias-intervencao-psicopedagogica-.htm>

¹⁶⁷ idem

¹⁶⁸ idem

¹⁶⁹ idem

envolvidas a qualquer coisa. Quanto mais tempo se mantiverem envolvidas com alguém ou alguma coisa, mais motivadas estarão e, não será tão fácil sintonizarem pensamentos característicos ao quadro depressivo.¹⁷⁰

Uma das características mais determinantes da criança depressiva conforme Fonseca (1995), é a baixa-estima. Sendo assim, como desenvolver sua autoestima? Quando a criança tem êxito no que faz, começa a confiar em suas capacidades. E quanto mais acredita que pode fazer, mais consegue. Em sala de aula o professor deve estimular, acariciar, aprovar, encorajar, alimentar, fazer com que a criança se sinta necessária, presente e ativa.¹⁷¹

Sem autoestima, dificilmente a criança enfrentará seus aspectos mais desfavoráveis e as eventuais manifestações externas, já a criança com autoestima, mantém uma estreita relação com a motivação. A opinião que a criança tem de si mesma, diz Coll (1995), está intimamente relacionado com sua capacidade de aprendizagem, seu rendimento e seu comportamento.¹⁷²

O autoconceito se desenvolve desde muito cedo na relação da criança com os outros. Para ajudá-la a criar bons sentimentos é importante elogiá-la e incentivá-la quando procura fazer alguma coisa, fazendo-a perceber que ela é importante, e que todos lhe querem bem e a respeitam.¹⁷³

9 MECANISMOS DE APRENDIZAGEM NA INFÂNCIA E SUA RELAÇÃO COM A ANSIEDADE

A aprendizagem é um processo contínuo, que opera sobre todos os dados que alcançam um umbral de significação, dependendo, essencialmente da memória e da atenção. De acordo com Skinner (2005), pode-se dizer que aprendizagem é uma mudança na probabilidade da resposta, devendo

¹⁷⁰ idem

¹⁷¹ Depressão infantil: estratégias de intervenção psicopedagógicas em sala de aula com crianças depressivas. Disponível em: <https://meuartigo.brasilecola.uol.com.br/educacao/depressao-infantil-estrategias-intervencao-psicopedagogica-.htm>

¹⁷² idem

¹⁷³ idem

especificar as condições sob as quais ela acontece. A aprendizagem infantil, no que tange ao processo escolar em geral, está intimamente relacionada ao desenvolvimento da criança, as figuras representativas como escola e educador, ambiente de aprendizagem, condições emocionais e estrutura familiar. Qualquer intercorrência em um ou mais destes fatores pode influenciar, direta ou indiretamente, o processo de aquisição da aprendizagem. Vygotsky (2001) afirma ainda que uma organização coerente da aprendizagem é imprescindível para a criança, pois conduz ao desenvolvimento mental.¹⁷⁴

Considera-se como infância a fase que se inicia com o nascimento e termina com o início da puberdade. Trata-se de um período importante na vida de cada pessoa, por formar bases de desenvolvimento em todos os sentidos, físicos, emocional, psicológico e social. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), criança é considerada a pessoa até os doze anos incompletos, enquanto entre os doze e dezoito anos, idade da maioridade civil, encontra-se a adolescência. Durante o desenvolvimento as crianças sofrem influências de forças externas, que podem ser classificadas em três grupos, família, escola e cultura. Uma parte das influências advindas do ambiente é proporcionada pelos pais e até por pessoas de seu convívio.¹⁷⁵

As crianças interagem com o ambiente em que vivem e a partir de suas experiências pessoais adquirem conhecimento e fazem relações de fatos e objetos, ideias e conceitos e assim assimilando o mundo em que estão inseridos. Desta forma desenvolvem-se intelectualmente, emocionalmente e fisicamente. Vygotsky (2007) afirma que é na relação social do “eu” com o “outro” que ocorre o desenvolvimento, e é na interação com o meio social que se dá a aprendizagem. Já Chagas (2011), afirma que uma das maneiras de desenvolvimento do aprendizado infantil, dar-se por meio do comportamento

¹⁷⁴ A percepção dos professores frente á ansiedade infantil: uma visão psicopedagógica. Jacqueline Oliveira dos Santos. Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Psicopedagogia, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); 2016.

¹⁷⁵ idem

e da conduta dos modelos em que seus pais, bem como professores e demais pessoas significativas, participam para reprodução de comportamentos.¹⁷⁶

De acordo com Vygotsky (2007) a aprendizagem é produzida através da mediação. Ou seja, a aprendizagem se dar por meio da interação com outros indivíduos. “Não é possível aprender e apreender sobre o mundo, sobre as coisas, se não tiver o outro, ou seja, é necessário que alguém atribua significado sobre as coisas, para que possamos pensar o mundo à nossa volta.” (SILVA, 2007, p.12).¹⁷⁷

Faz-se necessário que o educador e principalmente os pais estejam atentos, que quando o transtorno não é facilitado ou diagnosticado com seriedade, poderá acarretar maiores problemas de comportamento como fobias, timidez e até isolamento devido ao medo de situações reais e imaginárias e gerando sérios prejuízos escolares. Outro aspecto que necessita da atenção dos profissionais ligado à educação como psicólogo e psicopedagogos é o reconhecimento correto e o adequado cuidado na atenção e no tratamento da ansiedade na infância.¹⁷⁸

O professor como elemento central do saber, deve estimular de forma positiva as crianças que estão começando sua caminhada na vida escolar, pois o bom aprendizado deve começar da base, que é a educação infantil, dando sustentação ao desenvolvimento da criança.¹⁷⁹

10 ANSIEDADE VERSUS APRENDIZAGEM

¹⁷⁶ idem

¹⁷⁷ A percepção dos professores frente á ansiedade infantil: uma visão psicopedagógica. Jacqueline Oliveira dos Santos. Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Psicopedagogia, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); 2016.

¹⁷⁸ idem

¹⁷⁹ idem

A aprendizagem é um processo que se inicia cedo. A criança aprende a falar, andar, pensar, enfim, tem aquisições que lhe permite estar em contato e se relacionar com o outro.¹⁸⁰

É um processo de construção que vai ocorrendo a partir da interação permanente dela com tudo que a cerca. O transtorno de ansiedade afeta tanto crianças com alto como baixo rendimento escolar, podendo tornando-se ansiosos devido às cobranças. Por mais que as crianças se esforcem, o medo excessivo acaba interferindo em seu processo de aprendizagem. Situações mal conduzidas na escola podem gerar ou até exacerbar a condição de ansiedade das crianças, uma vez que a aprendizagem é acompanhada de certo nível de ansiedade. De acordo com Oliveira (2008), os pais e educadores confundem a ansiedade infantil com birra ou manha.¹⁸¹

Faz-se pertinente que os pais observem como estão cobrando os rendimentos escolares das crianças, pois a ansiedade interfere no desempenho, dificultando assim a capacidade de fixar conteúdo. Isso acontece porque são obrigados a realizar atividades pensando nas exigências que são impostas. A ansiedade interfere no desempenho do aluno, principalmente em época de provas dificultando a capacidade de recordar ou recuperar um conteúdo aprendido. Isso ocorre porque dividem sua atenção entre as exigências da tarefa e sentimentos de cobrança, diminuindo o nível de concentração e o desempenho em situações estressantes de avaliação. Diante disso é necessário incentivar, elogiar e cobrar, mas de maneira com que a criança sinta todo o apoio e não amedrontados e o deixando desesperados e cada vez mais ansiosos.¹⁸²

Nesse momento que profissionais como educador, psicólogo e psicopedagogo precisam ter um olhar mais detalhado para essa criança, para compreender o que está acontecendo e perceber que não é um simples mal comportamento e sim uma ansiedade muito grande que está gerando um

¹⁸⁰ idem

¹⁸¹ A percepção dos professores frente á ansiedade infantil: uma visão psicopedagógica. Jacqueline Oliveira dos Santos. Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Psicopedagogia, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); 2016.

¹⁸² idem

sofrimento enorme. Utilizando de instrumentos lúdicos para possibilitar que a criança, no quadro de ansiedade, vivencie a frustração de interromper ou ser derrotado no jogo, internalizando dessa forma os efeitos das frustrações como naturais e podendo postergar seus desejos sem grande sofrimento.¹⁸³

11 PAPEL DO DOCENTE NO CONTEXTO DA ANSIEDADE

Muitas vezes pais e educadores confundem a ansiedade infantil com birras ou mal comportamento. No início do ano escolar, na volta das férias, muitas crianças choram sem ter motivo específico, onde relatam dores de cabeça, dores de estômago e náuseas. Depois de descoberto que a causa desses sintomas é a ansiedade, nesse momento que o educador tem um papel importante, apesar de toda correria do dia, com a grande quantidade dos conteúdos para passar, é necessário um olhar mais detalhado para essa criança, compreender o que está acontecendo e perceber que não é uma simples birra e sim uma ansiedade muito grande que está gerando um sofrimento enorme.¹⁸⁴

Na escola é comum encontrarmos crianças ansiosas. Há, da parte delas, uma necessidade muito forte de encontrar alguém que possam confiar e tentar compreender o que estão sentindo. Na fase escolar existem situações causadoras de ansiedade para as crianças, principalmente as situações novas, inexistentes na vida familiar. Ao chegar à escola, a criança vai encontrar uma realidade diferente da sua, um mundo desconhecido e estranho. Segundo OOM (2008), o professor pode ajudar muito o aluno da seguinte forma: relaxar é a palavra chave; acalmar é a obrigação; mostrar que aquilo que ela

¹⁸³ idem

¹⁸⁴ A percepção dos professores frente á ansiedade infantil: uma visão psicopedagógica. Jacqueline Oliveira dos Santos. Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Psicopedagogia, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); 2016.

sente até é normal, apenas exagerado; conversar com a criança pode ajudar; estimular a auto estima é fundamental; respeitando a individualidade e o tempo de cada um.¹⁸⁵

Quando o educador se aproxima e tenta ajudar a entender o que está acontecendo, faz com que a criança se sinta segura e protegida. O papel dos pais também é de grande importância, podendo ajudá-los demonstrando confiança pela escola, cumprindo a promessa de buscar ou de esperar a criança no local combinado, dando espaço para a criança contar tudo sobre seu dia na escola. Prestar atenção como estão cobrando os rendimentos escolares, pois a ansiedade interfere no desempenho da criança.¹⁸⁶

Educadores devem agir com disciplina constante e com muita coerência em suas ações, atualmente estão transformando as crianças em pequenos estressados. Cada vez mais cedo, elas assumem responsabilidades, disputam a melhor posição em qualquer atividade e correm atrás de múltiplas competências. Esquecendo que elas deveriam brincar mais, dormir mais e se preocupar menos. A sociedade está cada vez mais exigente, onde as crianças estão sendo cobradas pela perfeição, não podendo errar e ter que ser o melhor em tudo. Com isso fazendo com que "pulem" etapas preciosas da vida, as quais são de grande importância para seu desenvolvimento emocional como: brincar, passear, divertir, para quando se transformarem em adultos, esteja preparado para enfrentarem essa sociedade que exige tantas responsabilidades.¹⁸⁷

¹⁸⁵ idem

¹⁸⁶ A percepção dos professores frente á ansiedade infantil: uma visão psicopedagógica. Jacqueline Oliveira dos Santos. Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Psicopedagogia, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); 2016.

¹⁸⁷ idem

MÓDULO V – ESTUDO DE CASO APLICADO – LEITURA COMPLEMENTAR

12 DEPRESSÃO INFANTIL NO CONTEXTO ESCOLAR: UMA VISÃO COMPORTAMENTAL

Autora: Maira Van Dervis de Mattos Cortez¹⁸⁸

O que é a depressão infantil?

De acordo com Barbosa e Lucena (1995), a depressão na infância é um transtorno que se caracteriza basicamente por tristeza e anedonia, associados a transtornos de sono, de alimentação e somáticos como cefaléia, tontura, taquicardia e sudorese. Na criança, mais frequente que a tristeza é a irritabilidade, o mau humor e a anedonia, que é a falta de prazer com as atividades habituais, como brincar, sair com os amigos, jogar, assistir televisão, estudar, entre outros. No que se refere à depressão infantil Polaino e Domenech (1998), dizem que:

“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

¹⁸⁸ MAIRA VAN DERVIS DE MATTOS CORTEZ; DEPRESSÃO INFANTIL NO CONTEXTO ESCOLAR: UMA VISÃO COMPORTAMENTAL Monografia apresentada para a conclusão do curso de psicologia do UniCEUB – Centro Universitário de Brasília, sob a orientação da prof(a) Yvanna Gadelha Sarmet., Brasília, 2005. Reprodução Parcial do documento original.

da companhia dos demais, não jogam, não têm confiança em si mesmas, o que pode levá-las, inclusive ao suicídio (p. 31)”.

Barbosa e Gaião (1999) ressalta que os conceitos psicopatológicos infantis ainda não são muito precisos e uníssonos, como são os dos adultos e cita como exemplo a ampla terminologia usada: transtorno, desordem, alteração, comportamento anormal, conduta desajustada, hiperatividade e outros. Esse autor considera que tais termos são encontrados, usualmente na literatura científica, como sinônimos.

Na perspectiva comportamental há, basicamente, três explicações diferentes para a depressão infantil, quais sejam: condicionamento clássico por Ivan Pavlov, condicionamento operante por B. F. Skinner e aprendizagem social por Albert Bandura. Do ponto de vista do condicionamento clássico, Miller (2003) diz que uma criança pode demonstrar depressão como resultado de ambiguidade e inconsistência na forma como recompensas e punições são oferecidas, que a aflição psicológica, incluindo a depressão, era resultado da incapacidade de prever e lidar com as contingências que o mundo real oferece. A esse respeito, Pavlov (1928, como citado em Millenson, 1967), partindo de seus experimentos com animais, verificou que o comportamento emocional seria produzido por um estímulo originalmente não aversivo, que emparelhado a um estímulo aversivo, adquire propriedades aversivas. Watson (1930, como citado em Millenson, 1967), partindo dos pressupostos do condicionamento clássico propostos por Pavlov, descreveu a emoção como padrões especiais de resposta, eliciados inicialmente por estímulos incondicionados, que poderiam estar ligados a estímulos previamente neutros, através de procedimentos de condicionamento pavloviano. Watson concluiu que havia somente três padrões emocionais, protótipos do que comumente se chama de raiva, medo e alegria. De acordo com Watson, todas as outras emoções, tais como tristeza, ansiedade, terror, aborrecimento, prazer, entre outros, são baseadas nessas

três, como misturas ou combinações que surgem através de procedimentos complexos de condicionamento pavloviano.

Do ponto de vista do condicionamento operante, Miller (2003) afirma que, a depressão ocorre quando se é incapaz de criar ou descobrir situações que provoquem prazer e reconhecimento; com o fracasso não se obtém a recompensa, e tende-se a desistir da busca pelo prazer, ocasionando uma depressão. Skinner (1953, como citado em Miller, 2003) reconheceu que as pessoas não são organismos passivos, que elas operam em seus ambientes e, ao fazê-lo, aprendem quais são os resultados disponíveis para elas. Skinner afirmou que as pessoas têm a tendência de fazer coisas que provocam sensações boas e evitar o que causa dor. Para ele, as pessoas, inclusive as crianças, assumem a tarefa de explorar o mundo, descobrindo o que provoca sensações boas e fazendo isso quando puderem. Por outro lado, quando se deparam com situações que causam dor, costumam evitá-las no futuro.

Uma terceira forma de compreender a depressão de uma perspectiva comportamental é a teoria do aprendizado social. Para Bandura (1997, como citado em Miller, 2003), o comportamento, incluindo a depressão, pode ser compreendido ao observar-se as interações entre as pessoas e o ambiente, ou pode ser o resultado da observação de formas ineficientes de se comportar utilizadas por outros, inclusive pais e amigos, para lidar com as dificuldades da vida. Assim a divergência entre a experiência vivida e a forma incorreta de se comportar adotada por alguns, pode levar o jovem à depressão. Contribuindo com essa visão, Lewinsohn (1974, como citado em Miyazaki, 2000) aponta que podem existir deficiências nas habilidades sociais entre as pessoas deprimidas levando a um repertório social inadequado. Lewinsohn verificou que os deprimidos interagem com um número restrito de pessoas e evidenciam uma maior latência de respostas aos demais do que as pessoas não deprimidas. Para esse autor, os deprimidos são mais sensíveis à qualidade de reforçamento social que os não deprimidos, entretanto, são geralmente vistos como aversivos e evitados por outros. Para Cavalcante (1997), o comportamento depressivo de um indivíduo pode ser mantido e reforçado pelo

interesse e pela preocupação da família. Entretanto, esse comportamento depressivo pode ser considerado aversivo por outras pessoas ocasionando uma redução ainda maior da taxa de reforçamento positivo o que intensificaria o estado depressivo do indivíduo. De acordo com Skinner (1953, como citado em Miller, 2003), a depressão ocorre quando a pessoa não consegue descobrir uma forma de ter aceitação e atenção daqueles com quem deseja interagir e, após algumas tentativas, desiste sendo uma grande candidata a tornar-se deprimida.

Para Miller (2003), os sinais comportamentais da depressão devem ser analisados através da observação do comportamento evidente, dos elementos do ambiente que provocam os sintomas depressivos, do conjunto de sintomas que definem a depressão de acordo com o DSM-IV, dos antecedentes e consequentes do comportamento e pelo grau com que a criança procura satisfazer suas necessidades ou desiste. Através desses elementos é possível modificar o ambiente de modo a reduzir os sintomas.

O tratamento do ponto de vista da abordagem comportamental, segundo Miller, engloba diversas técnicas, e os terapeutas comportamentais acreditam que os comportamentos tendem a se manifestar em função de seus antecedentes e suas consequências. Afirmam que a depressão infantil pode ser o resultado da sensação da criança de que ela não tem controle sobre como obter recompensas, como boas notas, aceitação dos colegas ou aprovação dos pais. Essa sensação de desamparo resulta em desânimo, que resulta em menos tentativas e esforços para obter recompensas e uma vez que desista, a criança recebe cada vez menos recompensas. O objetivo da terapia comportamental é ajudar a criança a encontrar formas de conseguir os objetivos desejados e recuperar uma sensação de controle e competência. As abordagens comportamentais incluem a dessensibilização sistemática de situações desagradáveis, a modelagem de comportamentos, a instrução direta de habilidades sociais e o auto monitoramento de comportamentos específicos.

Diferenças entre depressão infantil e depressão em adultos

O Transtorno Depressivo Infantil é um transtorno do humor capaz de comprometer o desenvolvimento da criança e interferir em seu processo de maturidade psicológica e social e, segundo Ballone (2003), são diferentes as manifestações da depressão em crianças e adultos, possivelmente devido ao processo de desenvolvimento que existe na infância e adolescência. Apesar da tamanha importância da depressão da infância, em relação à qualidade de vida, ao suicídio, às dificuldades na escola, no trabalho e no ajuste pessoal, Ballone chama a atenção para o fato de que esse quadro não tem sido devidamente valorizado por familiares, escolas e pediatras e nem adequadamente diagnosticado. Para esse autor, o diagnóstico da depressão na infância tem sido feito em bases predominantemente clínicas, muitas vezes usando-se os mesmos critérios para o diagnóstico da depressão em adultos, apesar do quadro ser algo diferente nas crianças. Essas diferenças estariam nas características pessoais e nas diferentes situações vivenciadas pelo adulto e pela criança, fazendo com que os sintomas se apresentem de forma diferenciada em ambos.

A respeito dessa diferença, Miyazaki (2000) diz que a compreensão da depressão na infância deriva do trabalho com adultos, assim como as intervenções em relação ao problema, e que durante muitos anos a existência da depressão na infância foi questionada devido a muitos autores acreditarem que o problema só apareceria no final da adolescência e início da idade adulta. Miller (2003) também considera que o estudo da depressão infantil é recente, principalmente se comparado a estudos e pesquisas relacionados à depressão em adultos, e atribui esse fato à crença fundamentada na teoria freudiana de que crianças não se deprimem. Freud acreditava que a depressão incluía a diminuição de autoestima e expectativas ilusórias de punição e que crianças não tinham capacidade de autoestima ou habilidades de vislumbrar o futuro para ter sentimentos de desesperança, assim não podiam ficar deprimidas (Freud, 1969).

Somente em 1970 é que a depressão infantil foi descrita pela primeira vez com critérios e diagnósticos precisos, havendo um consenso de que crianças e adultos exibiam sintomas depressivos semelhantes, embora os episódios depressivos não ocorressem da mesma forma para ambos (Miller, 2003). Segundo o autor, as diferenças entre os episódios de depressão infantil e adulta estariam na ocorrência inicial do episódio depressivo, ou seja, quando a depressão é diagnosticada em crianças, geralmente observa-se o primeiro episódio, enquanto que no adulto, o diagnóstico frequentemente ocorre após vários episódios depressivos. Isso, para Miller, é de relevante importância, pois um diagnóstico precoce aliado a um tratamento imediato levaria a uma melhor adaptação mais tarde, enquanto que episódios múltiplos, especialmente se não tratados, surtiriam um efeito cumulativo em que o indivíduo ficaria deprimido mais facilmente e com maior gravidade no futuro. Uma outra diferença estaria na probabilidade de recorrência dos episódios. Em adultos a recorrência é de 90% dos casos, enquanto que em crianças essa porcentagem cai para 70% dos casos. Isso se explica porque a maioria dos adultos já sofreu episódios múltiplos de depressão, tendo o primeiro episódio depressivo ocorrido na infância, aumentando a chance de recorrência.

Os sintomas e como se manifestam no comportamento da criança

Para Barbosa e Gaião (1999), a depressão infantil é caracterizada pela presença dos seguintes sinais e sintomas, aos quais podem se apresentar de forma mascarada: baixo desempenho escolar, pouca capacidade para se divertir (anedonia), sonolência ou insônia, mudança no padrão alimentar, fadiga excessiva, queixas físicas, irritabilidade, sentimentos de desvalia, sentimentos depressivos, ideação e atos suicidas, choro, afeto deprimido, face depressiva, hiperatividade ou hipoatividade.

Ballone (2003) ressalta que nas crianças e adolescentes é comum a depressão ser acompanhada também de sintomas físicos, tais como fadiga,

perda de apetite, diminuição da atividade, queixas inespecíficas, como cefaléias, lombalgia, dor nas pernas, náuseas, vômitos, cólicas intestinais, vista escura e tonturas. Na esfera do comportamento, a depressão na infância 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. Conforme o autor, atualmente a ampliação da constelação sintomática atribuída à depressão infantil tem contribuído para a elaboração do diagnóstico e, por causa disso, cada vez mais os distúrbios do comportamento da criança estão sendo relacionados a uma maneira depressiva de viver.

Miyazaki (2000) mostra alguns sintomas descritos no DSM-IV para o diagnóstico da depressão em crianças, bem como traz exemplos de comportamentos equivalentes, apresentados por crianças e adolescentes deprimidos, quais sejam: a) humor deprimido ou irritável: a criança relata sentimentos de tristeza ou tem aparência triste; é muito sensível e chora com facilidade; é negativista, difícil de contentar e briga frequentemente; b) perda de interesse e prazer: a criança mostra desinteresse por atividades pelas quais se interessava anteriormente e tem dificuldades para identificar reforçadores ambientais; c) perda ou ganho significativo de peso: a criança apresenta redução ou um aumento significativo da quantidade de alimentos ingeridos; d) insônia ou hipersonia: a criança mostra dificuldade para adormecer, sono agitado e tem dificuldade para se levantar pela manhã; e) agitação/retardo psicomotor: a criança é, frequentemente, inquieta, hostil, beligerante, desrespeitosa a autoridades e tem dificuldades para concluir tarefas escolares; f) fadiga ou perda de energia: a criança recusa a ir a escola e esquece-se frequentemente de suas tarefas, reduz a qualidade do rendimento escolar e aparenta apatia; g) sentimento de inutilidade/culpa excessiva: a criança demonstra ter sentimentos de desvalia; h) redução na capacidade de pensar/concentrar-se: a criança parece estar sempre no mundo da lua, sonhando acordado e tem dificuldades para realizar atividades acadêmicas; i) pensamentos sobre morte ou preocupação com temas mórbidos: relata vontade

de morrer, demonstra preocupação com temas mórbidos e relata planos para cometer suicídio; j) queixas somáticas: a criança queixa-se de cefaléia, dor abdominal e outras queixas somáticas na ausência de causas orgânicas.

Realizar um diagnóstico adequado do problema é de extrema importância, uma vez que os dados obtidos permitirão o delineamento de um programa de intervenção compatível com as necessidades do cliente, afirma Miyazaki (2000). Entretanto, salienta que, apesar da importância de um diagnóstico formal baseado em critérios como o do DSM-IV, ele é geralmente insuficiente para a compreensão do problema e para o delineamento de um programa de intervenção adequado para o cliente (Miyazaki, 2000).

Sobre o diagnóstico, Ballone (2003) considera que não é obrigatório que a criança depressiva complete todos os critérios e comportamentos descritos, ela deve satisfazer um número suficientemente importante de itens para despertar a necessidade de atenção especializada. Dependendo da intensidade da depressão, pode haver substancial desinteresse pelas atividades rotineiras, queda no rendimento escolar, diminuição da atenção e hipersensibilidade emocional. Surgem ainda preocupações típicas de adultos, tais como, a respeito da saúde e estabilidade dos pais, medo da separação e da morte, e grande ansiedade.

Além disso, tendo em vista a característica atípica da maioria das depressões na infância, alguns autores começam a pensar nesse diagnóstico para outras patologias bem definidas, como é o caso do Déficit de Atenção por Hiperatividade, para certos casos de Distúrbios de Conduta (notadamente a rebeldia, oposição e agressividade) e para os Transtorno Fóbico-Ansioso.

A importância de um olhar crítico e atencioso sobre a depressão infantil

A depressão foi considerada a principal doença psiquiátrica do século, afetando aproximadamente oito milhões de pessoas só na América do Norte.

A morbidade da depressão se reflete no fato de que pessoas deprimidas são 20 vezes mais propensas a morrer de acidentes ou suicídio do que pessoas sem transtornos psiquiátricos (Ballone, 2003).

Estudos epidemiológicos em alguns países revelaram que na Austrália, de 402 crianças pesquisadas com idade entre 9 e 12 anos, 16 demonstraram sinais de depressão clínica e 112 demonstraram risco de sofrer de depressão no futuro. Outra pesquisa realizada no Japão revela que, devido às altas exigências acadêmicas, as crianças japonesas são lançadas numa maratona de estudos que começa aos seis anos, quando começam a ser preparadas para o vestibular, e vai até a universidade. Nesse período, não têm tempo livre para brincar, e segundo Ballone (2003), não é de se estranhar a alarmante taxa de suicídio infantil no Japão.

No Brasil, poucos são os trabalhos que relatam a prevalência de quadros depressivos na população de crianças e adolescentes. Salle (1999, como citado por Assumpção Jr. & Kuczynski, 2003) em estudo de sintomatologia depressiva em escolares de Porto Alegre (RS), encontrou índice de 32% da amostra total tendo como sintomatologia principal ideias de morte, desinteresse e alteração do peso. Na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, o número de casos de depressão aumentou em 10% de 1995 à 2003. Segundo Ballone (2003), 76% das crianças e adolescentes chegaram ao hospital sem que os pais soubessem do estado depressivo dos filhos, o que vem ao encontro de pesquisas que demonstram que um dos problemas em que o tratamento da depressão esbarra é o preconceito dos pais em aceitar um diagnóstico de depressão em seus filhos. Esse preconceito, de acordo com o autor é perigoso pois impede que seja possível uma intervenção preventiva a fim de se evitar quadros piores no futuro.

Outro aspecto importante a ser considerado é o de que na criança e adolescente a depressão, em sua forma atípica, esconde verdadeiros sentimentos depressivos sob uma máscara de irritabilidade, de agressividade, hiperatividade e rebeldia. Ou por outro lado, segundo Ajuriaguerra (1986), a depressão pode estar oculta por uma obediência excessiva que pode chegar a

uma relativa indiferença. Esses comportamentos entendidos como normal ou típicos da fase de desenvolvimento ou da personalidade do indivíduo podem retardar o tratamento fazendo com que a depressão passe pela infância, chegue a adolescência e se instale na vida adulta do indivíduo. Nos últimos 30 anos, o índice de suicídio entre os adolescentes triplicou. Boa parte deles decorrentes de depressão infantil não tratada e aliada aos conflitos próprios da idade (Ballone, 2003).

Essas questões, aliadas à falta de percepção de que a depressão acomete crianças e adolescentes, à necessidade de esquemas terapêuticos apropriados para os transtornos do humor na infância, entre eles a depressão, visto que a mera utilização de esquemas tidos como eficazes para adultos não surtem o efeito esperado em crianças, remetem para a importância de se dedicar maior atenção e empenho ao estudo da depressão e, de acordo com Assumpção Jr. e Kuczynski (2003), de garantir aos pacientes um desenvolvimento satisfatório, vistas as consequências que a depressão mal conduzida na infância pode acarretar.

Depressão infantil no contexto escolar

Uma das situações mais críticas na vida de uma criança é a entrada para a escola, daí a importância desse ingresso se dar de forma positiva e prazerosa de modo a evitar situações de forte tensão e estresse que podem abalar sua autoconfiança, seu rendimento escolar e sua socialização (Fonseca, 1995). Para esse autor a entrada na escola e a aquisição da leitura insere a criança no mundo da transmissão formal dos conhecimentos e pensamentos. A criança sai da proteção familiar para as realizações sociais fora desse meio e para cobranças objetivas de realização impostas pelo sistema educacional que propõe cumprir tarefas, horários, integrar um grupo social, desenvolver habilidades sociais, enfim, cobram-lhe realizações cada vez mais altas. Dessa forma, a escola pode passar a ser um local de grandes realizações ou de

múltiplas cobranças. Se o desenvolvimento físico, psicomotor, intelectual e afetivo for normal, a criança estará apta para responder às exigências. Se atrasada ou perturbada, o mundo escolar poderá tornar-se impenetrável e fonte de frustrações. A criança estará frágil para os embates sociais e, freqüentemente, só lhe restará o retorno a um infantilismo emocional, ou o desencadear de um processo depressivo agravado pelas cobranças que não poderá atender (Fonseca, 1995). De acordo com Ballone (2004), a depressão pode variar de criança para criança, conforme o meio em que estiver inserida. A sensação de inadequado, de inútil, de fraco, pode ser inevitável em momentos críticos, entretanto, pode ser minimizada por um envolvimento afetivo e sócio educacional coerente e realista.

Miller (2003) diz que o desempenho escolar e o funcionamento social de crianças com depressão, podem ficar comprometidos a ponto de resultar em padrões de comportamento agressivo em alguns casos, ou apático em outros, e que a escola pode representar um auxílio para essas crianças e suas famílias. Segundo o autor, há pessoas na escola que, estando bem preparadas, podem fornecer apoio e orientação, como professores, orientadores, pedagogos e em alguns casos psicopedagogos, essas pessoas, ao demonstrarem afeto e preocupação com a criança enquanto a encoraja a ser independente, podem estar fazendo muito para ajuda-la a sair da depressão.

Fonseca (1995) sugere que à escola e aos educadores cabe fazer uma análise do conteúdo programático e da metodologia de ensino utilizada, no sentido de verificar em que medida estão adaptados ou são adequados às possibilidades das crianças. E diz que a motivação para o desenvolvimento das capacidades intelectuais das crianças é tão grande, que se houver desinteresse ou falhas no desempenho escolar, algo poderá estar errado com a escola.

Skinner (1991) em suas considerações sobre a escola e o sistema educacional diz que: “Há algo de errado com a situação em que o ensino ocorre” (p.118). Diz que com o aumento de alunos em sala de aula, não é possível ao professor desenvolver um bom trabalho e nem aos alunos aprender

de forma satisfatória. O que é necessário, segundo Skinner, é a criação de escolas em que os professores disponíveis possam ensinar os alunos a desenvolver, com sucesso, uma ampla variedade de habilidades.

Ao tratar da questão escolar, Miller (2003) diz que esta pode afetar e comprometer o desempenho acadêmico e social da criança e, em casos graves, esse comprometimento pode resultar em padrões preocupantes de comportamentos. Outro ponto levantado por Miller é o de que crianças depressivas, em geral, são calmas e obedientes e, embora não demonstrem um alto rendimento escolar, raramente são encaminhadas para auxílio, pois não atrapalham o ambiente de aula. Para Ajuriaguerra (1986), a obediência excessiva que chega ao ponto de uma relativa indiferença, pode atestar um estado depressivo e pode estar ligada a um desinteresse escolar decorrente de um sentimento de fracasso e desvalorização de si, que exprime-se sob a forma de repetidas constatações, como não sei, eu não alcanço, eu não consigo.

Como os episódios depressivos podem durar vários meses, a criança em fase escolar pode não se beneficiar tanto da educação acadêmica quanto deveria, isso porque diversos sintomas da depressão não permitem uma boa concentração ou atenção na sala de aula. Há também, segundo Miller (2003), a questão do desenvolvimento social, em parte aprendido na escola e que, em crianças depressivas, fica extremamente prejudicado uma vez que, deprimidas e solitárias, essas crianças exacerbam seu isolamento e sentem-se fracassadas, aumentando a reclusão e a depressão. A falta de amizades e a manutenção destas é outro aspecto do desenvolvimento social, que durante a idade escolar, está repleto de desafios, Miller diz que é muito frustrante para uma criança ser ignorada, ser rejeitada ou ser alvo de gozação, tanto por colegas, quanto por professores (Miller, 2003).

Segundo ele, as crianças e os adolescentes, reagem diferentemente diante das adversidades e necessidades adaptativas. E é exatamente nessas fases de provação afetiva e emocional que veem à tona as características da personalidade de cada um, as fragilidades e dificuldades adaptativas. Conforme o autor, os professores erram ao considerar que todas as crianças

devessem sentir e reagir da mesma maneira aos estímulos e às situações ou, erram ao acreditar que, submetendo indistintamente todos os alunos às mais diversas situações, quaisquer dificuldades adaptativas, sensibilidades afetivas, traços de retraimento e introversão, os alunos se corrigiriam diante dos desafios ou diante da possibilidade do ridículo (Miller, 2003).

Para Ballone (2004), situações de ridículo podem piorar muito o sentimento de inferioridade, a ponto da criança não mais querer frequentar aquela classe ou, em casos mais graves, não querer mais ir à escola. Ballone exemplifica dizendo que, para as crianças menores, as ameaças ou a ridicularização pelas mais velhas, é tão mais contundente quanto mais retraída e introvertida for a criança e ressalta que, sendo a escola um universo de circunstâncias pessoais e existenciais, requer do educador (professor e equipe escolar), ao menos uma boa dose de bom senso e uma abordagem direta com alunos que acabam demandando uma atuação muito além do posicionamento pedagógico e metodológico da prática escolar. Alerta, que o rótulo de "aluno-problema", pode ser reflexo de algum transtorno emocional, muitas vezes advindo de relações familiares conturbadas, de situações trágicas ou transtornos do desenvolvimento, e esse tipo de estigmatização docente passa a ser um fardo para o aluno, um dilema e aflição emocional agravante do quadro depressivo (Ballone, 2004).

Os sintomas da depressão e suas manifestações na escola

Ao referir-se à depressão na criança em fase pré-escolar, Fichtner (1997), afirma que esse estado emocional, exerce uma importante alteração nas atividades próprias dessa faixa etária e que os sintomas, ou características clínicas evidentes são, tristeza, humor disfórico, retardo psicomotor, dificuldade de ganhar peso, transtornos do sono, pesadelos, terror noturno, ansiedade de separação, diminuição da capacidade cognitiva e perda de interesse pelas atividades prazerosas desta etapa da vida. Segundo o autor, a

separação dos pais, a perda de pessoas queridas entre outras situações de perda podem desencadear tristeza e sintomatologia próprias das depressões reativas. Em crianças em fase escolar, Fichtner (1997), apresenta um modelo operativo de diagnóstico em que classifica a depressão em: depressão situacional, síndrome orgânica depressiva, depressão infantil primária, distímia e depressão mascarada.

Por depressão situacional, Fichtner entende que sejam as reações depressivas que ocorrem no decorrer do desenvolvimento normal de uma criança quando surgem situações traumáticas desencadeadas por intensificação do estresse ou por perdas significativas, em geral, nesse tipo de depressão as crianças não apresentam antecedentes de depressão familiar. Quanto à síndrome orgânica depressiva, Fichtner (1997), diz que pode ser uma reação a uma determinada enfermidade orgânica, ou a várias enfermidades sistêmicas, tendo como sintomas característicos distúrbios como déficit de atenção e hiperatividade. O autor descreve que crianças com esse tipo de depressão são, em geral, pouco agressivas, com fraquíssimo desempenho escolar, passivas, com alto nível de desatenção, baixa autoestima, apáticas, que fogem dos desafios e que apresentam sentimentos de culpa. Também apresentam desabilidades motoras e são inábeis para o esporte. Outras vezes, como reação ao distúrbio psiconeurológico e ao sentimento de inferioridade, tornam-se agressivas, hiperativas, negativistas e apresentam sérios problemas de conduta.

A esse respeito, Ajuriaguerra (1986), enfatiza os seguintes sintomas ligados ao sofrimento depressivo em crianças em idade escolar, obediência excessiva, submissão, distração, desleixo corporal, necessidade de punição e sentimento de culpa, e diz que a sintomatologia em crianças nessa idade costuma agrupar-se em dois polos. Por um lado, através de manifestações diretamente ligadas ao sofrimento depressivo e, por vezes, acompanhadas de condutas autodepreciativas, autodesvalorativas ou sofrimento moral, expresso em verbalizações como, eu não consigo, eu não sei, eu estou cansado e, por outro lado, através da observação de condutas ligadas ao protesto e à luta

contra esses afetos depressivos. O autor diz que o fracasso escolar se encontra presente em ambos os casos, acentuando a desadaptação da criança a seu ambiente e acentuando a sua crença pessoal de que é incapaz e incompetente e com isso, reforçando o sentimento de culpabilidade. Fichtner (1997), concorda com as colocações de Ajuriaguerra (1986) e acrescenta que, na idade escolar, as manifestações sintomáticas apresentam características mais próximas às evidenciadas no quadro clínico dos adultos. Face a uma maior maturidade da criança, em suas observações clínicas, o autor encontrou crianças com baixa autoestima, autoconceito depressivo e depreciativo e com sentimentos de culpa, de exclusão, de desvalorização e de diferenciação. Diz que tais crianças apresentam fracasso escolar em todas as matérias, são negativistas e evidenciam alto nível de distração. No ambiente escolar, apresentam problemas de conduta (não têm amigos, perambulam pelo pátio, isolam-se no recreio, não cumprem os deveres escolares e apresentam uma total falta de motivação para o estudo e para as atividades recreativas e esportivas). De acordo com o referido autor, a recusa escolar e a repetência são sintomas comuns em crianças depressivas.

Madders (1987, como citado em Ballone, 2004), diz que a sintomatologia da depressão pode estar ligada a fatores extrínsecos capazes de causar transtornos emocionais. Para verificar tais fatores, Madders desenvolveu um trabalho com crianças do curso primário e seus colegas. Dessa experiência conjunta resultou uma lista de fatos e acontecimentos importantes capazes de produzir transtornos emocionais em crianças em fase escolar. A partir de tais eventos, Madders (1987, como citado em Ballone, 2004) elaborou uma lista de gravidade relativamente decrescente, pois, o grau de importância desses eventos pode variar de acordo com a faixa etária, quais sejam: perda de um dos pais (morte ou divórcio); urinar na sala de aula; perder-se; ser deixado sozinho; ser ameaçado por crianças mais velhas; ser o último do time; ser ridicularizado na classe; brigas dos pais; mudar de classe ou de escola; ir ao dentista ou ao hospital; fazer testes e exames; levar um boletim ruim para casa; quebrar ou perder coisas; ser diferente (sotaque ou roupas); ter um novo bebê na família; apresentar-se em público; chegar

atrasado na escola. O autor constatou, a partir dessa lista, alguns fatores aflitivos do dia-a-dia dos alunos. Por exemplo, urinar na sala de aula é a segunda maior preocupação e, por comparação, um novo bebê na família aparece em 14º lugar. Isso sugere, conforme o autor que, para uma criança ou adolescente em idade escolar, as coisas que a depreciam diante de seus colegas podem provocar níveis mais elevados de frustração, estresse, ansiedade ou depressão.

Madders (1987, como citado em Ballone, 2004) considera que as variáveis ambientais, particularmente aquelas que dizem respeito ao funcionamento familiar, também podem influenciar muito a resposta das crianças e adolescentes aos estressores escolares e, conseqüentemente, ao surgimento de algum transtorno emocional. Uma das experiências ambientais mais comuns e capazes de determinar alterações emocionais nos alunos, é a separação conjugal dos pais que, na escala de Madders, vem em primeiro lugar. O autor observa que, durante os momentos difíceis da separação conjugal, tanto os pais, quanto a própria criança esperam que os professores assumam uma atitude mais compreensiva e afetuosa ao lidar com o aluno emocionalmente abalado. O autor salienta ainda que as crianças em idade escolar, são perfeitamente capazes de observar e vivenciar qualquer clima de hostilidade e animosidade entre seus pais, que durante a separação dos pais e depois dela, é frequente que haja uma perda de autoestima da criança o que pode levar ao isolamento social, revolta, agressividade, desatenção, enfim, alterações comportamentais próprias de um estado depressivo (típico ou atípico). Essas alterações no comportamento do aluno podem ser consideradas um aviso sobre a necessidade de ajuda e apoio. O que pode melhorar a afetividade das crianças na separação conjugal dos pais são informações claras e honestas sobre o futuro. Mas, nem sempre os próprios pais sabem muito a esse respeito, tornando a iniciativa dos professores nesse sentido muito mais difícil.

Algumas crianças consideram a escola como um refúgio dos problemas familiares pois, tanto o ambiente escolar quanto os professores, continuam constantes em sua vida durante esse período de grande reviravolta existencial. Mesmo assim, nem sempre esses alunos aceitarão conversar a respeito das dificuldades que enfrentam em casa, neste caso, a separação, e serão as alterações em seu desempenho e comportamento que denunciarão a existência de problemas emocionais (Madders, 1987, como citado em Ballone, 2004). Madders considera que a sensação de solidão, tristeza e a dificuldade de concentração na escola, tudo isso contribui para uma depressão infantil ou na adolescência, complicando muito o inter-relacionamento pessoal e o rendimento escolar. Pode haver dificuldade de concentração, motivação insuficiente para completar tarefas, comportamentos agressivos com os colegas e faltas em excesso. Não se afasta, nesses casos, a necessidade dos professores orientarem algum ou ambos os pais para a procura de ajuda especializada para o aluno.

Quanto aos fatores envolvidos na sintomatologia da depressão, Ballone (2004) apresenta dois tipos, os fatores intrínsecos e os fatores extrínsecos, segundo o autor, os alunos podem trazer, intrinsecamente, para escola alguns problemas de sua própria constituição emocional (ou personalidade) e, extrinsecamente, podem apresentar as consequências emocionais de suas vivências sociais e familiares. Como exemplo de condição emocional intrínseca, o autor diz que estão os problemas psíquicos inerentes à própria pessoa, próprias do desenvolvimento da personalidade, dos traços herdados e das características pessoais de cada um. Incluem-se aqui os quadros associados aos traços ansiosos da personalidade, como por exemplo a ansiedade de separação na infância, a deficiência mental e o déficit de atenção. Incluem-se, também, os quadros associados aos traços depressivos da personalidade, como é o caso da depressão na adolescência, depressão infantil e outros mais sérios, associados à propensão aos quadros psicóticos, como a psicose infantil, psicose na adolescência e associados aos transtornos de personalidade, entre outros.

Entre os fatores externos envolvidos com a sintomatologia da depressão, Ballone (2004), cita as dificuldades adaptativas da infância, adolescência e puberdade, o abuso sexual infantil, os problemas relativos à criança adotada, à gravidez na adolescência, à violência doméstica, aos problemas das separações conjugais dos pais, mortes na família e doenças graves, todos esses fatores relacionam-se a sintomas como, queda no rendimento escolar, baixo nível de eficiência, condutas fóbicas, em particular a fobia escolar, que pode estar encobrindo um temor de afastamento do convívio familiar ou de abandono (Ballone 2004).

A importância de um olhar crítico e atencioso sobre o contexto escolar e o tema da depressão infantil

Ao longo de sua história, a escola foi impondo exigências ao mesmo tempo em que foi se abrindo para um maior número de crianças, aumentando as taxas de escolarização, o que como consequência, implicou em inúmeros processos de inadaptação (Fonseca, 1995). Esse autor faz referência ao uso abusivo pela escola, de métodos e correntes pedagógicas que vigoram como sendo um modismo de uma determinada época. Em decorrência disso, as escolas acabam por desconsiderar a espontaneidade, curiosidade e criatividade das crianças. Fonseca (1995) salienta que quando os métodos se tornam ineficazes para a maioria, rapidamente são substituídos por outros métodos e com isso criam-se processos de seleção e segregação para outras crianças. Dessa forma, Fonseca (1995) diz que as crianças não podem continuar a ser vítimas de métodos, por mais populares que sejam. É necessário ajustar as condições de aprendizagem da criança, através de estudos aprofundados de seu desenvolvimento biopsicossocial, às exigências de ensino inerentes ao professor e ao sistema educacional, bem como esse sistema valorizar a forma com que essas crianças aprendem no intuito de prevenir o aparecimento de problemas emocionais, como a depressão. Se os problemas emocionais se

manifestarem, a escola deve ter meios de intervenção eficazes e coerentes que priorizem a minimização ou a extinção desses problemas.

De acordo com Hübner e Marinotti (2000), muitos dos problemas emocionais, dentre eles a depressão, são verificados em crianças em idade escolar. Esses problemas podem ser decorrentes, em parte, de contingências em sua história de vida e, em parte, de transtornos de aprendizagem. O agravamento dessa condição pode estar num ambiente escolar que não reconhece ou valoriza a legitimidade de outros recursos de raciocínio que não os previstos no planejamento ou no material didático. Essa situação aponta para o fato de que, a escola não dispõe de procedimentos para avaliação do repertório individual de solução de problemas e não aproveita os eventuais recursos ou habilidades que a criança apresenta. As autoras alertam que essa situação, para crianças com transtornos de aprendizagem como TDAH (Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade), síndromes neurológicas variadas, depressão, fobia escolar, ansiedade de separação, se torna ainda mais grave, pois, além de serem sistematicamente punidas por não chegarem ao resultado esperado, deixam de ser reforçadas por habilidades produtivas que possam exibir. Hübner e Marinotti (2000) dizem que as consequências prejudiciais desse processo ocorrem em duas esferas: do ponto de vista motivacional, a criança vai se tornando progressivamente desinteressada e descrente de sua capacidade de aprender; e cognitivamente, habilidades que poderiam ser utilizadas de forma produtiva vão sendo extintas. É de grande importância, segundo as autoras, reconhecer que quadros infantis correlatos à problemas emocionais, fazem com que as crianças fiquem tão envolvidas por seu sofrimento emocional que não conseguem se ater às atividades pedagógicas, isso, quando não deixam de frequentar a escola (Hübner & Marinotti, 2000).

A problemática envolvendo depressão infantil e contexto escolar é tão grave e importante que alguns estudiosos vêm se debruçando sobre o tema com especial cuidado e atenção. Pesquisas têm sido implementadas no intuito de se verificar a abrangência desse problema e, com isso, buscar formas

interventivas e preventivas. Andriola e Cavalcante (1999), em uma pesquisa que objetivou avaliar a depressão em alunos da pré-escola, verificaram que 3,9% das crianças em idade escolar têm sintomas indicativos de prevalência à depressão, o que está na mesma faixa percentual encontrada pelos estudos da American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1996, como citado em Andriola & Cavalcante, 1999), que giram em torno dos 5,0% e de Barbosa e Gaião, (1996), cujos valores encontram-se entre 3,0% e 6,0%. Outra pesquisa como a efetivada por Dias (1996, como citado em Andriola & Cavalcante, 1999) relacionada a sintomatologia da depressão em ambiente escolar, conclui que é significativo o número de sujeitos que apresentam sintomas ligados à depressão infantil e aponta para a necessidade de se traçar um perfil epidemiológico da depressão, dada a alta frequência de ocorrência desse fenômeno na população infantil pesquisada. Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995), utilizaram, em seus estudos, como instrumento de avaliação da depressão em escolares o Children Depression Inventory (CDI) e chegaram a conclusão de que variáveis como tipo de escola e escolaridade, bem como, sexo e idade, não influenciaram, significativamente, os escores dos respondentes, entretanto, ressaltam que a escola é um local bastante favorável à realização de estudos epidemiológicos em crianças, visto que o comportamento depressivo na infância ocorrerá, provavelmente, no contexto educacional e concordam com Barbosa e Lucena (1995), que apontam o baixo rendimento escolar como um dos primeiros sinais do surgimento de um possível quadro depressivo.

De acordo com os estudos mencionados que revelam ser a depressão um fenômeno frequente entre a população infantil, torna-se importante um olhar, senão crítico, atencioso, sobre o contexto escolar que se torna palco para muitas das manifestações de problemas emocionais, sobretudo o da depressão na infância.

Tratamento da depressão infantil

Alguns autores (Ajuriaguerra, 1986; Friedberg & McClure, 2004; Miller, 2003; Miyazaki, 2000) salientam a importância de se combinar avaliação e tratamento em casos de depressão.

Quanto ao tratamento da depressão, Miller (2003), afirma que um programa de orientação aliado à medicação é a abordagem mais eficaz, e explica que essa associação torna mais rápida a obtenção dos resultados favoráveis. O tratamento em longo prazo é eficaz para os aspectos cognitivos e de desenvolvimento. Entretanto, ganhos relativamente mais imediatos são obtidos com o tratamento concomitante de antidepressivos e terapia, uma vez que, somente os remédios, não ensinam as crianças formas novas e mais eficazes se comportar para evitar novos quadros depressivos.

Friedberg e McClure (2004) ressaltam que algumas crianças deprimidas, sobretudo aquelas com depressão aguda ou com sintomas depressivos que não apresentam melhora somente com a psicoterapia, devem ser encaminhadas para uma avaliação com um psiquiatra infantil ou médico da família no sentido de verificar a necessidade de aliar um tratamento medicamentoso à terapia. Esses autores dizem que é importante orientar os pais da criança quanto ao uso de medicamentos antidepressivos a fim de minimizar a ansiedade, evitar equívocos e aumentar a probabilidade de adesão ao tratamento.

De acordo com Miller (2003) o tratamento medicamentoso prescrito por profissionais da área médica deve basear-se na gravidade e duração dos sintomas e na impossibilidade de aliviá-los somente com orientação terapêutica. Assim, inclui medicamentos antidepressivos classificados em três grandes grupos, quais sejam: a) antidepressivos tricíclicos (TCAs); b) inibidores de monoamina oxidase (IMAOs) e c) inibidores de reabsorção serotonina-específico (IRSEs).

Os TCAs são bastante comuns no tratamento da depressão infantil e incluem a amitriptilina (Elavil), doxepin (Sinequan), trazodona (Desyrel), imipramina (Tofranil), desipramina (Norpramin), nortriptilina (Pamelor) e clomipramina (Anafranil). Os antidepressivos tricíclicos não produzem baixa

imediate dos sintomas, são caracterizados por uma demora na resposta clínica evidenciada pela latência entre o começo do tratamento e o alívio inicial dos sintomas. Conforme Miller (2003), essa demora se deve ao fato de a dosagem ser ministrada gradualmente, de doses pequenas para doses maiores dependendo da idade da criança e da gravidade dos sintomas, com a finalidade de evitar os efeitos colaterais. Segundo o autor, há vários problemas com os TCAs além do tempo que a droga leva para agir o que, muitas vezes, leva o paciente a desistir de utilizar o medicamento. Outra falha apresentada pelo autor, em relação aos TCAs, diz respeito aos diversos efeitos colaterais como tonturas e risco de problemas cardíacos. Dessa maneira o uso desses medicamentos impõe uma rotina que prevê controle da concentração plasmática da droga, através de amostra de sangue, eletrocardiograma para o controle cardíaco e atenção à pulsação e pressão sanguínea. Essas situações podem resultar em abandono do medicamento, principalmente pelas crianças (Miller, 2003).

Os inibidores de monoamina oxidase (IMAOs) são utilizados no tratamento da depressão desde 1950, entretanto, por terem efeitos colaterais múltiplos não são prescritos com frequência e sua administração somente é indicada se os antidepressivos dos dois outros grupos, TCAs ou IRSEs, demonstrarem ineficácia. Por esse motivo, são considerados a terceira linha de defesa contra a depressão (cf. Miller, 2003). O IMAO frequentemente utilizado para a depressão é a fenelizina (Nardil), e tem como efeitos colaterais hipotensão, taquicardia, sudorese, tremor, náusea e insônia. Miller (2003), diz que o paciente que fizer uso de IMAOs deverá seguir uma dieta alimentar rígida que elimine a ingestão de tiramina, um aminoácido presente em alguns alimentos, a fim de evitar um ataque de hipertensão.

Os inibidores de reabsorção serotonina-específico (IRSEs) incluem a fluoxetina (Prozac), paroxetina (Paxil), sertalina (Zoloft), nefazodona (Serzone), bupropion (Wellbutrin), venlafaxina (Effexor) e fluvoxamina (Luvox). Os IRSEs compõem uma classe relativamente nova de antidepressivos e demonstram grandes vantagens sobre os TCAs e IMAOs tais

como, uma eficácia maior com uma redução significativa dos efeitos colaterais ou riscos provocados pelos TCAs e IMAOs, uma margem abrangente de segurança caso haja ingestão acidental ou overdose, baixa cardiotoxicidade e não causam sedação, uma vez que são estimulantes. Por esse motivo, recomenda-se a ingestão pela manhã a fim de que não interfiram no sono (cf. Miller, 2003). Apesar de serem mais apreciados por suas características menos tóxicas, podem apresentar alguns efeitos colaterais como dor de cabeça, náusea, zumbidos no ouvido, insônia e nervosismo (Miller, 2003).

Miller (2003) lista outros medicamentos bastante utilizados no tratamento da depressão. Há o tratamento homeopático com a milfurada, um medicamento natural de origem vegetal encontrado no Chile, nos Estados Unidos e na Europa. Estudos sobre a eficácia da milfurada no tratamento da depressão em adultos têm demonstrado que é uma droga segura. Entretanto, Miller (2003) adverte que, apesar de ser segura, o uso da milfurada deve ser criterioso, pois não foram realizados estudos sobre a eficácia e segurança da droga em crianças. Outro ponto importante, segundo o autor, diz respeito aos efeitos colaterais como fotossensibilidade (sensibilidade excessiva à luz), porém ainda não se estabeleceu a intensidade com que se apresentam. Por fim, Miller (2003) diz que medicamentos, mesmo os naturais, devem ser prescritos por um médico que irá diagnosticar o tipo de depressão, sua gravidade e o tratamento medicamentoso mais adequado para o caso em questão.

Outro medicamento bastante utilizado é o carbonato de lítio, preferido para o tratamento do distúrbio bipolar. Miller (2003) diz que o lítio é frequentemente utilizado para tratar crianças que apresentam comportamento agressivo, instabilidade emocional ou depressão. O autor alerta para o monitoramento contínuo através de exames de sangue. Como o lítio é um sal, é contra indicado para pacientes com doenças renais, da tireóide ou que correm risco de desidratação ou desequilíbrio eletrolítico.

Ajuriaguerra (1986), sobre o tratamento da depressão, salienta que a intervenção medicamentosa é útil, sobretudo, quando a psicoterapia se mostra

temporariamente impedida. Entretanto, segundo o autor, o efeito do medicamento isoladamente, se mostra ineficaz e transitório. Para ele, a instalação de uma psicoterapia é fundamental, pois instrumentaliza a família e a criança a lidar melhor com os episódios depressivos. De acordo com o autor, diante da criança depressiva, a abordagem terapêutica pode recair sobre a criança e seu ambiente, incluindo, além do ambiente familiar, o ambiente social, o ambiente hospitalar em caso de internação e o ambiente escolar.

Friedberg e McClure (2004) consideram que a escolha da intervenção deve levar em consideração a idade da criança, o seu nível de desenvolvimento cognitivo, a gravidade da depressão e as habilidades que a criança demonstra. Chamam a atenção para a importância de uma avaliação abrangente que contemple informações da criança, dos pais, de professores e de outras pessoas que convivam com ela.

Miyazaki (2000) concorda com essas considerações e diz que a avaliação inicial auxilia de diversas maneiras, pois permite uma melhor compreensão do problema, um melhor delineamento da intervenção e uma estimativa do impacto que essa terá sobre o tratamento. Além disso, o autor ressalta a importância de uma avaliação contínua para identificar a necessidade de modificação do tratamento original. Considera que são importantes os dados acerca das dificuldades e características positivas e negativas da criança, obtidos através de entrevistas com a própria criança, seus pais e pessoas significativas para ela, como avós e professores e através da observação do comportamento em diversos ambientes, revelando um conjunto de situações que podem ter um impacto negativo sobre o tratamento.

Silvares e Gongora (1998) dizem que é fundamental a entrevista com pais e professores e outras pessoas significativas do meio da criança, além da própria criança encaminhada para o atendimento clínico, pois é através dessa entrevista que será possível direcionar o trabalho e obter informações importantes sobre o problema. As autoras enumeram seis pontos principais que justificam a necessidade da utilização da entrevista quais sejam: a) em geral, são os pais e professores que encaminham a criança para o tratamento

psicológico, uma vez que elas não procuram o tratamento por si só; b) outros fatores, além do comportamento da criança, podem estar envolvidos como problemas conjugais dos pais, depressão de um dos familiares, nível sócio econômico da família e percepção inadequada dos pais sobre a criança; c) faltam à criança recursos suficientes, sejam cognitivos ou de linguagem, para compreender o problema que apresenta, a dimensão que esse toma em sua vida, o que o mantém e como alterá-lo, a fim de alcançar a solução; d) as crianças frequentemente apresentam uma inconsistência comportamental em diferentes lugares, essa informação pode ser obtida com as pessoas que convivem com elas em diferentes ambientes; e) há, geralmente, uma dissonância entre os pais e a criança acerca do problema em questão o que prejudica o desenvolvimento do trabalho conjunto entre psicólogo, família, escola e a criança. A entrevista pode esclarecer os fatos e contribuir para a diminuição da dissonância; f) como o trabalho psicológico prevê mudanças ambientais na casa da criança, na escola e em outros ambientes de sua convivência, a ajuda de pais, professores e outros agentes sociais é de extrema importância. É, justamente esse envolvimento do psicólogo com os diversos agentes sociais da criança que será o ponto principal que torna o processo diagnóstico e terapêutico diferente do mesmo processo no adulto (Silvares & Gongora, 1998).

O tratamento da depressão infantil no contexto clínico: a psicoterapia comportamental infantil (PCI)

Miller (2003) enfatiza que há diversos tipos de psicoterapia utilizadas para o tratamento de crianças depressivas em contexto clínico. Destaca que cada tipo possui suas peculiaridades como o corpo teórico em que se fundamentam e um conjunto de técnicas que visam à melhora dos sintomas depressivos. Além disso, visam, também, a capacitação da criança para enfrentar as adversidades, evitando a reincidência dos episódios depressivos. O autor cita como eficazes para o tratamento da depressão a psicoterapia

psicodinâmica, que tem como objetivo propiciar a compreensão dos motivos e necessidades inconscientes que influenciam o comportamento; a psicoterapia cognitiva que visa a identificação das interpretações equivocadas e reações exageradas por parte da criança que podem levar a interpretações depressivas; e a psicoterapia comportamental que engloba diversas técnicas e considera que os comportamentos tendem a se manifestar em função de seus antecedentes e conseqüentes.

Além dessas psicoterapias, Miller (2003), diz ser importante a terapia com brincadeiras (ludoterapia), uma vez que brincar para a criança, equivale a falar para um adulto. Por meio da ludoterapia, a criança expressa seus sentimentos e suas dificuldades e permite ao terapeuta construir uma relação que se torna a base para a identificação de objetivos, planejamento de intervenções e de soluções para os problemas. A terapia com brincadeiras não pertence a uma linha teórica exclusiva e é utilizada em diversas clínicas (Miller, 2003).

A Psicoterapia Comportamental Infantil (PCI), segundo Gadelha e Menezes (2004), tem se mostrado uma área de atividade clínica que beneficia tanto a criança, quanto sua família e favorece as interações sociais. As autoras salientam que, a partir do momento em que a PCI se firmou como modelo psicoterápico, a criança passou a ter seus comportamentos analisados funcionalmente. Seus eventos privados passaram a ser considerados a partir de seus próprios relatos e não somente levados em consideração a partir das impressões de outras pessoas de seu convívio.

Ao referir-se às teorias comportamentais da depressão, Miller (2003) diz que “estas se concentram no papel do aprendizado, na compreensão da diligência humana e no comportamento manifesto, bem como na modificação do comportamento” (p. 71).

A respeito da PCI e da modificação do comportamento, Silvaes (2000) considera que a PCI é uma atividade profissional clínica reconhecidamente diferente da modificação do comportamento infantil. Salienta que a modificação do comportamento caracterizava-se por tentar extrapolar o uso do

método experimental e dos princípios de aprendizagem para a solução de problemas apresentados pelas crianças com distúrbios de hábito e excessos ou déficits comportamentais. Quanto à PCI, Silvaes (2000) afirma que ainda hoje utilizam-se muitas das formas recomendadas anteriormente na modificação do comportamento, embora não do mesmo modo. A autora diz que especificar os antecedentes e os consequentes dos comportamentos ajuda a levantar hipóteses sobre as possíveis funções tanto do comportamento, como dos estímulos e a identificar se o comportamento pode ou não estar sensível às contingências. Especificar as situações em que eles ocorrem favorece também a análise do contexto e dos tipos de controle de estímulos presentes. Dessa forma, Silvaes (2000) acredita que a PCI atual trouxe benefícios adicionais aos terapeutas, que se somaram aos anteriores. A PCI está mais calcada nos conhecimentos conceituais e filosóficos do behaviorismo radical, enquanto que a modificação do comportamento pura e simples estaria mais fundamentada no behaviorismo metodológico, com seus métodos, medidas e estratégias comportamentais na prática clínica (Silvaes, 2000).

A análise de padrões comportamentais e a descrição de contingências são aspectos que terapeutas, analistas do comportamento, consideram relevante para a compreensão do caso clínico. Na PCI, o terapeuta deve direcionar a intervenção no sentido de descrever e analisar os comportamentos e a função que exercem nos diversos contextos em que a criança se inclui, seja no contexto familiar, escolar ou social (Moura & Azevedo, 2000).

De acordo com Vasconcelos (2001), a PCI dedica-se à promoção da construção de repertório comportamental na criança possibilitando, entre alguns benefícios, uma maior adaptação social e um melhor rendimento acadêmico. Outra questão apresentada pela autora é a que se refere a prevenção. Vasconcelos (2001) diz que o terapeuta deveria atuar, de forma preventiva, em questões como a entrada da criança para a escola, na mudança de uma escola para outra e na transição de uma série para outra, como a passagem da 4ª para a 5ª série. Todas essas questões, para a autora, constituem

eventos geradores de conflitos emocionais, ansiedade e forte tensão, que podem levar a comportamentos depressivos ou opositivos.

Vasconcelos (2001) chama a atenção para uma problemática relacionada à PCI, que na opinião da autora, estaria mais preocupada com a incorporação de conceitos e pressupostos de diferentes áreas, como a psicopatologia e a psicologia do desenvolvimento do que com os princípios da análise do comportamento. Segundo a autora, a PCI tem negligenciado os princípios operantes voltados para a prevenção e tratamento de crianças em diversos aspectos, entre eles, os acadêmicos e os que dizem respeito à comportamentos depressivos.

A partir desse ponto de vista, Vasconcelos (2001) sugere uma integração entre a pesquisa e a aplicação da análise do comportamento para um efetivo desenvolvimento da terapia analítico-comportamental infantil.

A Psicoterapia Comportamental Infantil (PCI), utiliza-se de brincadeiras e jogos como estratégias lúdicas em sua prática clínica com crianças. Skinner (1991), embora não tenha se debruçado extensamente sobre o repertório comportamental envolvendo o lúdico, estabeleceu quais contingências estariam envolvidas com o comportamento de brincar e jogar. Assim, segundo ele, os jogos implicam no estabelecimento de regras e o comportamento de brincar não estaria somente controlado pelo ambiente social, como nos jogos.

Silveira e Silvaes (2001) afirmam que, tanto o jogar como o brincar propiciam condições para a aprendizagem. Segundo as autoras, as atividades lúdicas na PCI contribuem para a diminuição das relações repressoras e constrangedoras, como a ridicularização, na relação da criança com seus pais, professores ou colegas. Contribuem, também, para o desenvolvimento de habilidades e a promoção de comportamentos de interesse clínico durante as sessões.

Gadelha e Menezes (2004), sobre estratégias lúdicas na relação terapêutica, reconhecem a importância que essa forma alternativa de

expressão representa para o terapeuta na formação do vínculo com a criança, na obtenção de elementos envolvidos com as variáveis que controlam o seu comportamento, na obtenção de dados sobre como a criança se sente em relação a si mesma e como se relaciona com as pessoas de seu meio social, bem como, na identificação das formas aprendidas pela criança sobre como resolver problemas.

Partindo dos dados obtidos através da escolha de uma estratégia lúdica específica, será possível ao terapeuta fazer uma análise funcional do problema e determinar a forma como tais dados poderão ser utilizados para a melhora na aquisição de comportamentos sociais e nas interações sociais da criança. Outro ganho significativo para o terapeuta ao utilizar estratégias lúdicas, é o de que estas possibilitam o treino de solução de problemas do dia-a-dia, o desenvolvimento de habilidades e da autoconfiança e o favorecimento da concentração e do relaxamento (Gadelha & Menezes, 2004).

Para a criança o lúdico representa uma outra forma de expressar seus sentimentos, que não a verbal. É uma forma natural, própria da criança que a utiliza para, além de relatar seus sentimentos, descrever comportamentos e acontecimentos importantes de sua vida (Gadelha & Menezes, 2004).

A dificuldade apresentada por crianças de expressar emoções de forma verbal é consenso entre diversos autores (Miller, 2003; Silves & Gongorra, 1998; Ballone, 2004; Ajuriaguerra, 1986; Gadelha & Menezes, 2004; Moura & Azevedo, 2000). Expressividade emocional implica em mostrar sentimentos verdadeiros de forma franca e honesta. Para os adultos com um repertório verbal mais abrangente do que o infantil, nomear seus sentimentos e descrevê-los é uma tarefa difícil. Para uma criança, especialmente as que apresentam déficits como retraimento, timidez, comportamento depressivo ou excessos comportamentais como agressividade e impulsividade, assim como queixas somáticas, pode ser extremamente difícil. Essa dificuldade, normalmente é identificada como uma inabilidade em identificar e lidar adequadamente com os próprios sentimentos frente às situações da vida. Assim, um treinamento clínico adequado, que inclua estratégias lúdicas que possibilitem a

discriminação e expressão de sentimentos pela criança é de grande valia para o sucesso da terapia (Moura & Azevedo, 2000).

Gadelha e Menezes (2004) e Moura e Azevedo (2000), afirmam que o brincar é altamente reforçador para a criança e estimula sua participação efetiva nas atividades propostas. Além disso permitem uma aprendizagem mais funcional quanto a resolução de problemas disfuncionais e indesejáveis como chorar, xingar ou tremer. A grande importância do brincar está no fato de que, através desse recurso, a criança pode analisar seu próprio comportamento inadequado e modificá-lo para outro mais desejável. Para isso, partem a princípio da busca de alternativas para os problemas dos personagens que criam para, posteriormente, aplicarem essas soluções à situações de sua própria vida (Guerrelhas, Bueno & Silveiras, 2000; Regra, 2000, como citados em Gadelha & Menezes, 2004).

A respeito da resolução de problemas, Skinner (1953, como citado em Nico, 2001), diz que: “Há situações nas quais manipulamos variáveis para alterar a probabilidade de uma resposta que não pode ser identificada até que seja emitida” (p. 245). Dessa forma, uma situação problema é aquela para a qual o indivíduo não tem resposta que produza reforço. O importante é entender que essa resposta faz parte do repertório do indivíduo, e ele apenas não a emite por não identificá-la (Nico, 2001). Ao brincar, a criança repete com os brinquedos a situação problema que vivencia e com isso manipula as variáveis envolvidas com o problema. Essas variáveis funcionam como estímulos que levam a criança à resposta solução. Sendo assim, o aparecimento da solução é, simplesmente, a relação entre a manipulação de variáveis e a emissão de uma resposta que é a solução (Nico, 2001).

Tomando como base o que Skinner (1953, como citado em Nico, 2001) diz sobre o compromisso educacional ser voltado à formação para o futuro, é possível aplicá-lo à prática clínica em que o psicoterapeuta irá preparar a criança para chegar a emissão de respostas certas sob novas contingências sem o auxílio da terapia. Segundo o autor, será o próprio sujeito, no caso a criança, que chegará às respostas adequadas em momentos posteriores. Dessa forma

será a própria criança, ao brincar, que manipulará as contingências na busca de soluções para os problemas e a partir daí aplicá-las a outras situações de sua vida, no presente e no futuro.

O tratamento da depressão infantil no contexto escolar: sugestões de intervenções e mudanças na escola

A escola é a maior instituição de socialização da criança, com importantes interações sociais entre aluno-aluno e aluno-professor. O entendimento desse fato relevante, torna importante a consideração desse ambiente sob todos os aspectos, sejam os inerentes aos alunos e seus problemas de aprendizagem, emocionais, adaptativos ou de competência social, sejam os que se referem aos professores e suas interações com os alunos e o próprio ambiente escolar ou sejam os referentes ao sistema de ensino (Vasconcelos, 2001).

Hübner e Marinotti (2000) consideram que o ingresso da criança na escola se dá logo após um período em que suas interações, praticamente, se reduzem ao círculo familiar. Assim, os padrões comportamentais desenvolvidos e aprendidos a partir desse ambiente constituirão o repertório que a criança levará para a escola.

Essas autoras salientam que muitas das dificuldades, das adaptações, problemas emocionais e de aprendizagem, são decorrentes, em parte, de contingências inadequadas oriundas do ambiente familiar, principalmente no que se refere a interações sociais e aceitação de normas e regras. E em parte, decorrente das exigências escolares que, em geral, não levam em consideração as diferenças individuais. Com base nisso, a escola pode contribuir com esses problemas, tornando-se um ambiente aversivo. Nesse caso, os comportamentos de esquiva são fortalecidos, o equilíbrio emocional da criança fica prejudicado e a aprendizagem, como um evento reforçador, fica bastante dificultada. Porém, se o ambiente escolar for acolhedor e a criança

for avaliada levando-se em consideração seu repertório individual e sociocultural, sua adaptação a esse novo meio pode acontecer sem maiores transtornos (Hübner & Marinotti, 2000).

Como intervenção para problemas emocionais em ambiente escolar, Hübner e Marinotti (2000), sugerem o atendimento psicoeducacional. Segundo elas, esse atendimento consiste, a princípio, em construir com a criança um repertório mais funcional, que constitua uma ligação entre seu nível de desempenho atual e a exigência escolar. Inclui, também, uma intervenção emocional junto à criança, a fim de verificar as causas de seu comportamento e quais eventos podem estar envolvidos com a manutenção dos sintomas. Por fim, sugerem uma intervenção voltada para o conteúdo pedagógico ao qual a criança está submetida, e dizem que modificações e adaptações nesse conteúdo podem ser necessárias, a fim de torná-lo mais atraente para a criança.

Vasconcelos (2001), sobre a depressão infantil e suas manifestações na escola, diz que estados depressivos levam a uma redução de reforçamento e impedem a criança de investir em novas estratégias para lidar com o problema. A autora relaciona os comportamentos depressivos de crianças à competência social e diz que, em geral, essas crianças são avaliadas pelos seus colegas e professores como menos populares, menos interativas, menos assertivas e tendendo ao isolamento. Salienta que é difícil, aos professores, diferenciar comportamentos depressivos de outras dificuldades escolares, como dificuldades de concentração ou déficit no desempenho acadêmico. Sugere um investimento em pesquisas que desenvolvam procedimentos possíveis de serem utilizados por professores em contexto escolar e que visem uma melhora do desempenho das crianças e dos próprios professores (Vasconcelos, 2001).

Hübner e Marinotti (2000) salientam que, geralmente, a escola pressupõe que o aluno desperte para a aprendizagem e que é responsabilidade do professor proporcionar situações estimuladoras para a ocorrência desse despertar. Nesse sentido, a função do profissional de educação que lida com

alunos com comportamentos disfuncionais ou não, é o de criar formas interventivas que diminuam os problemas, tanto de aprendizagem quanto emocionais, tornando a aprendizagem reforçadora. Essa exigência imposta pela escola pode desencadear alto nível de estresse nos professores e prejudicar as interações com os alunos (Hübner & Marinotti, 2000).

Fonseca (1995) defende o princípio de que um investimento qualitativo na capacitação e formação dos professores para lidarem com crianças que apresentam algum tipo de comportamento disfuncional, seria a solução para a diminuição de grande parte dos problemas enfrentados pelas escolas atualmente. E alerta que, muitas vezes, os professores sentem-se despreparados para intervir de forma eficaz diante de uma criança agressiva ou retraída.

Nessa mesma linha, Cordié (1996) diz que as dificuldades que os professores relatam em relacionar dificuldades escolares e problemas emocionais, acontece porque esses não conseguem fazer a ligação entre o fracasso e o sofrimento psíquico da criança, e aponta algumas razões para isso: a crença pelo professor de que rendimento intelectual independe do desenvolvimento afetivo; professores que ultrapassam a ajuda construtiva e passam a nutrir uma relação superprotetora que nada ajuda a criança; e as altas exigências de desempenho impostas pelas escolas, tanto aos professores quanto aos alunos, que geram ansiedade e estresse.

Cordié (1996) diz que a resistência dos professores em abordar as dificuldades psicológicas de seus alunos deve-se, em parte, ao sistema educativo que lhes impõe o sucesso dos alunos como uma conseqüência de suas qualidades pedagógicas. Dessa forma quando uma criança fracassa ou apresenta algum distúrbio comportamental como agressividade, isolamento, agitação ou estado depressivo, o professor pode ser culpabilizado, sentir-se culpado ou culpabilizar a criança.

Assim o tratamento da depressão infantil em ambiente escolar, está relacionado a um investimento no preparo de professores a fim de capacitá-los a identificar quais comportamentos são disfuncionais, a levantar o repertório

infantil relativo às habilidades acadêmicas e cognitivas relevantes para as dificuldades apresentadas e identificar as características emocionais da criança, estímulos e esquemas de reforçamento aos quais responde e como respondem às exigências escolares (Hübner & Marinotti, 2000; Fonseca, 1995).

Os problemas de aprendizagem e emocionais manifestos em ambiente escolar, têm sido estudados segundo a Análise do Comportamento. Hübner e Marinotti (2000) salientam que esses estudos não se limitam somente em explicar tais eventos, mas em propor estratégias interventivas que vêm se mostrando cada vez mais eficazes. O planejamento de estratégias interventivas na escola, envolve a prevenção em três níveis específicos: a) prevenção primária, caracterizada pelo conjunto de ações que visam a redução de novos casos de problemas comportamentais, através de procedimentos psicoeducacionais; b) prevenção secundária, que envolve a redução da duração ou severidade dos problemas comportamentais, a fim de que as intervenções se deem tão logo sejam identificados os problemas; c) prevenção terciária, que inclui tentativas de redução das consequências a longo prazo dos problemas já estabelecidos (Hübner & Marinotti, 2000). Dessa forma, o trabalho preventivo em ambiente escolar poderia se dar seguindo esses três níveis.

Em casos como o da depressão infantil manifesta em contexto escolar, a prevenção poderia se dar com a finalidade de possibilitar estratégias que minimizassem o aparecimento desse problema. Como por exemplo, criando situações em que as crianças pudessem aprender a identificar e expressar seus sentimentos, bem como, treinar soluções para problemas cotidianos, através de brincadeiras de dramatização, confecção do livro dos sentimentos, jogos de tabuleiro como Cara a Cara ou outros jogos de interesse da criança. Possibilitar situações em que fosse possível à criança desenvolver habilidades, autoconfiança e concentração, através de atividades cotidianas que fossem reforçadoras, e jogos pedagógicos que permitissem a dessensibilização da criança com relação a estímulos qualificados como aversivos, como por

exemplo, dificuldade com a tabuada. O favorecimento da formação de vínculo, entre a criança, seus colegas e professores, é de grande importância para um melhor ajustamento da criança ao ambiente escolar. Para isso quaisquer estratégias lúdicas podem ser adotadas, desde que sejam reforçadoras para a criança (Gadelha & Menezes, 2003; Moura & Azevedo, 2000).

Vasconcelos (2001), ao considerar os problemas acadêmicos, observa a importância da mudança de um modelo educacional de grupo para um modelo individual. Para tanto, seria necessário realçar, não somente a precisão das respostas acadêmicas mas, também, a fluência, a manutenção e generalização das respostas e estímulos, a partir da história individual da criança. A autora salienta que dessa forma, será possível avaliar o contexto escolar, o engajamento e os comportamentos acadêmicos do aluno e do professor, as variáveis relacionadas à escola e, com isso, propor estratégias curriculares que possam promover um bom rendimento em diferentes áreas.

Nesse sentido as estratégias lúdicas são de grande valia para a escola, pois o brincar pode ser uma oportunidade para modificar vários repertórios da criança. Cada repertório modificado estabelece a possibilidade de acesso a novos ambientes, que irão originar novos comportamentos e novas competências. Isso possibilita um melhor desenvolvimento e aprendizagem pela criança (Rose & Gil, 2003).

Esses autores afirmam que o lúdico pode ser empregado em situações de ensino e aprendizagem e que, ao brincar, as crianças estão expostas a um ambiente favorável ao desenvolvimento de um repertório instrucional versátil. Segundo eles, a brincadeira como procedimento interventivo, propicia a aquisição não somente de aprendizagem à nível acadêmico mas, também, permite a aquisição de comportamentos sociais por indivíduos normais ou portadores de deficiências diversas (Rose & Gil, 2003).

Hübner e Marinotti (2000) concordam com esses autores quanto a eficácia das estratégias lúdicas, tanto para crianças com problemas, quanto para as que não os possuem. Relatam que em suas experiências clínicas e

pesquisas, as situações de aprendizagem e resolução de problemas que envolvem diferentes formas de abordagem, tendem a ser as mais utilizadas pelas crianças, pois são as que apresentam maior facilidade de memorização visual ou auditiva.

Gadelha (2003) em um estudo sobre o fortalecimento e generalização de comportamentos sociais de crianças com deficiência auditiva, focalizou a identificação de comportamentos disfuncionais e o fortalecimento dos comportamentos sociais funcionais, através de treino de comportamentos sociais associado à manipulação de variáveis que podem facilitar a ocorrência de generalização pós-treino (TCSG) e o treino de comportamentos sociais (TCS). Verificou que: “esses procedimentos de treino, mostraram-se eficientes para o fortalecimento de comportamentos sociais funcionais, para a diminuição dos comportamentos disfuncionais e para a generalização desses efeitos para o contexto escolar” (p. 100).

Assim, partindo dos resultados obtidos com esse estudo de Gadelha (2003), outra sugestão interventiva para problemas de aprendizagem e problemas emocionais como o da depressão infantil em ambiente escolar, poderia incluir estratégias de treino que modelassem os comportamentos disfuncionais, tornando-os mais funcionais. Com isso, por generalização, a criança poderia ampliar seu repertório para outras situações similares de sua vida o que implicaria em ganhos, tanto para a criança quanto para a escola.

Numa perspectiva semelhante, encontra-se a definição de educação por Skinner (1953, como citado em Nico, 2001) que prevê: “o estabelecimento de comportamentos que serão vantajosos para o indivíduo e para outros em algum tempo futuro” (p. 402).

Essa definição levanta questões importantes referentes à educação, uma delas é a que diz respeito ao estabelecimento de comportamentos que devem ser vantajosos para todos, indistintamente, além do próprio indivíduo. Outra questão relevante é a que se refere à formação para o futuro, assim, não basta que a educação seja vantajosa para o indivíduo e para o grupo, se essas vantagens forem apenas imediatas, visando o momento presente (Nico, 2001).

Tomando como base esse último aspecto, seria interessante questionar quais contingências de ensino são planejadas pelas escolas, a fim de aumentar a probabilidade de que o repertório comportamental funcional adquirido, se estenda a outras ocasiões e situações presentes e futuras. Portanto, além de preparar o aluno para se comportar adequadamente no presente e, também, no futuro, as escolas deveriam prepará-los para comportarem-se adequadamente sob contingências novas e imprevisíveis (Nico, 2001).

13 ANSIEDADE NO MEIO ESCOLAR

Autor: Cleimar Rosa Da Silva¹⁸⁹

Segundo Ladeira e Cruz (2007 apud Soares e Martins, 2010) a ansiedade é o resultado de uma atividade de um sistema saudável denominado medo. Este sistema é responsável pelo processamento de estímulos de perigo presentes no mundo externo. Certo grau de ansiedade é cogente para a sobrevivência humana, todavia se esta se apresentar de uma maneira constantemente exagerada, “o desempenho do indivíduo será prejudicado frente às várias situações que ele terá que enfrentar tais como provas, entrevistas, relacionamentos dentre outras”. (BIAGGIO, 1999, LIPP, et al 2003; LIPP E TANGANELLI, 2002 apud SOARES e MARTINS, 2010).

Para Zimbardo (2002 apud Duarte e Oliveira, 2004), a ansiedade frente ao público afeta a atuação do indivíduo. A maneira como os outros o irão avaliar, por sua vez, vai afetar aquilo que pensa de si mesmo. Os alunos com esse tipo de ansiedade têm dificuldades em apresentar seminários, não fazem perguntas para tirar suas dúvidas durante as aulas e não conseguem pedir ajuda para seus problemas. Em decorrência disso, o desempenho acadêmico é

¹⁸⁹ ANSIEDADE NO MEIO ESCOLAR. Monografia apresentada, como exigência parcial para a obtenção do grau pelo Consórcio Setentrional de Educação a Distância, Universidade de Brasília/Universidade Estadual de Goiás no curso de Licenciatura em Biologia a distância. Brasília; 2011. Reprodução parcial do conteúdo original.

baixo, há uma maior reincidência em reprovações, dúvidas quanto à escolha profissional ou até mesmo a desistência dos estudos.

Uma pesquisa realizada por Duarte e Oliveira (2004) na Universidade Católica de Goiás, mostrou que todos os participantes relataram que temiam situações que exigissem qualquer tipo de interação com seus professores. Para realizar avaliações, principalmente orais, tirar dúvidas durante as aulas e reclamar direitos, a ansiedade era excessiva em todos eles. Em seus relatos verbais, há evidências que a maioria dos professores e ambiente escolar tornaram-se, ao longo de suas vidas, eventos punitivos muito mais que reforçadores.

A reação temerosa dos participantes frente às exigências escolares e a interação com os professores confirmam a visão de que a interação coercitiva resulta em um repertório comportamental estreito, deixando o indivíduo temeroso de novidades, com medo de explorar. (SIDMAN, 2001 apud DUARTE e OLIVEIRA, 2004).

Ainda de acordo com o autor, o medo do fracasso, da punição e ridicularização dificultavam iniciativas de exposição e, portanto, impediam novas experiências que mudassem a aprendizagem estabelecida anteriormente.

Segundo Duarte e Oliveira (2004), alguns componentes importantes da ansiedade que podem interferir na aprendizagem e no desempenho em geral do aluno são a tensão, incerteza e apreensão em relação ao futuro. O atual sistema de avaliação por meio de notas leva o aluno à competição para ser bem sucedido, no desejo de reconhecido e valorizado pela família e pela sociedade. O mau êxito pode levá-lo a acreditar que só os competentes bem sucedidos são amados e passa a viver em sofrimento com a possibilidade de não ser amado.

Outros fatores que pode levar os alunos elevarem o nível de ansiedade são as dificuldades encontradas para si adaptarem a uma escola diferente. O novo currículo é muito diferente. Os alunos são confrontados com um elevado número de professores e disciplinas. Pela crescente exigência dos professores

e encarregados de educação e pela grande complexidade das matérias e das tarefas propostas.

COMO REDUZIR A ANSIEDADE NA SALA DE AULA

O pensamento excessivo rígido pode levar a estados de ansiedade, mas esta também influencia a forma como pensamos. Segundo a psicóloga Sanches (2010, p. 52), “quando estamos nervosos ou ansiosos não pensamos com a mesma clareza e é fácil focarmo-nos apenas nos aspectos potencialmente negativos.”

Identificar os pensamentos negativos, refletir sobre suas causas e tentar substituí-los por outros positivos, é fundamental para o sucesso na hora dos exames. Assim como desenvolver uma forma mais adaptativa de avaliar as experiências, valorizando evidências observadas no cotidiano com conseqüente diminuição do medo à crítica e rejeição e aumento no reconhecimento de qualidades pessoais.

Biaggio (1999 apud Soares e Martins, 2010), faz uma recomendação que se utilize o recurso da identificação ou da imitação. Do mesmo modo como um exemplo pode servir para deixar o outro ansioso, espelhar-se em pessoas que não apresentam ansiedade em determinadas situações pode ser um ótimo recurso.

Do ponto de vista fisiológico, manter o corpo descansado com atividades físicas moderadas (principalmente aeróbica) proporciona maior oxigenação no cérebro. Outro fator fisiológico que deve ser observado é a qualidade do sono, a alimentação saudável, evitar preocupações excessivas. Todos esses fatores interferem no Sistema Nervoso Central (SNC),

influenciando na concentração e, conseqüentemente, no desempenho dos estudos.

Os resultados da pesquisa realizada por Oliveira e Duarte (2004), revelaram que a auto avaliação e reestruturação cognitiva facilitaram a identificação dos estímulos aversivos que estavam contribuindo para o alto nível de ansiedade dos participantes e estes aprenderam a perceber as coisas de forma mais realista. A prática do relaxamento muscular associada com uma respiração diafragmática contribuiu para os resultados positivos do estudo. Esses procedimentos foram utilizados em situações cotidianas que produziam tensão e ansiedade. Os participantes relataram sensações de serenidade e bem-estar decorrentes dos treinamentos em relaxamento e respiração utilizando o diafragma.

As terapias de relaxamento são utilizadas para tratar diversos problemas de saúde, entre eles dores nas costas, dores de cabeça, fadiga, alergias, elevada pressão sanguínea entre outros. Estas técnicas têm importante efeito ao nível de redução do estado de ansiedade. Pois dissipam a energia física e psicológica da resposta ao stress uma vez desencadeada.

O relaxamento, segundo Quick (1997 apud Pereira, 2008) é uma resposta que leva a diminuição da atividade do Sistema Nervoso Simpático e por vezes, acompanhada de um aumento da atividade parassimpática.

Para Benson (1975 apud Pereira, 2008), todas as técnicas de relaxamento proporcionam uma resposta de relaxamento generalizada, nas quais provocam alterações fisiológicas desencadeadas pela redução da atividade do sistema nervoso autônomo.

Stark (1996 apud Pereira, 2008) sugere que para iniciar a resposta de relaxamento, primeiro deve-se repetir uma palavra, frase, som ou alguma atividade muscular a preferência do indivíduo, e segundo, deverá desligar-se dos pensamentos do dia a dia, quando vierem a mente e voltando a repetição.

Segundo Pereira (2008), os métodos de relaxamento são diferenciados de acordo com a situação. Porém, tem resultados em ambos os níveis, seja ele

físico ou mental. As principais técnicas abordadas neste contexto serão o relaxamento progressivo, a música clássica e a massagem.

O relaxamento progressivo, desenvolvido por Jacobson em 1934, para o tratamento de ansiedade, foi a primeira técnica desenvolvida. Deu um grande destaque ao relaxamento físico combinando no relaxamento intenso de todos os músculos, de forma a prevenir e tratar a ansiedade. (ERTEIN e BORKOVEC, 1973 apud PEREIRA, 2008)

A eficácia desse tipo de relaxamento, ainda de acordo com o autor, pode ser útil em diversos problemas, inclusive a ansiedade nos exames para os estudantes. Pois esta técnica promove uma quietação ao sistema nervoso.

Para alcançar estes resultados, o indivíduo com a musculatura rígida deve aprender a identificar as sensações associadas à tensão em determinados músculos, reconhecer os níveis de tensão muscular e saber relaxar a musculatura. Os métodos vistos combinam exercícios físicos com sugestão hipnótica para induzir a sensação de relaxamento.

A música clássica é outra ferramenta utilizada para induzir o relaxamento e a redução da tensão. Esta resulta em mudanças comportamentais e fisiológicas. Allen (1994 apud Pereira, 2008) explica que ouvir música clássica reduz a atividade autônoma e melhora o desempenho em algumas atividades. Semelhantemente McCraty (1998 apud Pereira, 2008), demonstrou que ouvir música clássica reduz a tristeza, a fadiga e a tensão.

McKinny (1997 apud Pereira, 2008) analisou que as mudanças fisiológicas relativas à audição de músicas e da ansiedade se traduzem na redução da endorfina, substância química que deixa o sistema nervoso excitado.

A massagem é a mais simples, porém muito eficiente. Segundo Healing (2005 apud Pereira 2008), um estudo sobre a investigação em terapia publicada pela Psychological Bulletin³ em 2004 apontou que uma única sessão de terapia por massagem pode diminuir a ansiedade, o ritmo cardíaco e a pressão sanguínea.

Hipócrates escreveu que “um médico tem que ter experiência em várias coisas, mas com certeza tem que saber dar uma massagem, pois através dela pode prender uma articulação que esteja muito solta ou soltar uma articulação que esteja muito tensa.” (PEREIRA, 2008 P. 12)

Porém, devem-se ficar atento as clínicas de tratamentos sem registros, pois em cada esquina de centros comerciais surgem lojas e stands de massagens e não existe um mecanismo de controle que as regule. Diante disso, há espaço para inexperientes se aproveitarem da boa vontade das pessoas.

REFERÊNCIAS

Causas das doenças mentais. Disponível em:
<https://www.psicologiasdobrasil.com.br/causas-das-doencas-mentais/>

Transtornos mentais mais comuns: como identificar e tratar.. Dr^a.
Elaine Aires; Clínico Geral. Disponível em:
<https://www.tuasaude.com/transtornos-mentais/>

O que é Depressão, sintomas, tratamento, causas, tipos e mais. Redação
Cr. Disponível em: <https://minutosaudavel.com.br/o-que-e-depressao-sintomas-tratamento-causas-tipos-e-mais/>

Conheça as doenças mentais mais comuns. Disponível em:
<https://www.psicologiasdobrasil.com.br/conheca-as-doencas-mentais-mais-comuns/>

Ansiedade – O que é? Quais são os sintomas? Tem cura? Ricardo
Spinoza. Disponível em: <http://www.saudementalrs.com.br/ansiedade/>

Depressão infantil. Gisele Aparecida Aleixo. Disponível em:
<https://pedagogiaaopedaletra.com/tcc-depressao-infantil-2/>

Depressão infantil. Gisele Aparecida Aleixo. Disponível em:
<https://pedagogiaaopedaletra.com/tcc-depressao-infantil-2/>

Depressão infantil: estratégias de intervenção psicopedagógicas em sala de aula com crianças depressivas. Disponível em: <https://meuartigo.brasilecola.uol.com.br/educacao/depressao-infantil-estrategias-intervencao-psicopedagogica-.htm>

Santos, Jacqueline Oliveira dos. A percepção dos professores frente á ansiedade infantil: uma visão psicopedagógica.. Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Psicopedagogia, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); 2016.

Depressão infantil e seus reflexos no contexto escolar. Karine Pereira Borges; Karina dos Reis Bittar; Anais do Congresso de Iniciação Científica, Estágio e Docência do Campus Formosa A relação teoria e prática no cotidiano escolar Universidade Estadual de Goiás.

MAIRA VAN DERVIS DE MATTOS CORTEZ; DEPRESSÃO INFANTIL NO CONTEXTO ESCOLAR: UMA VISÃO COMPORTAMENTAL Monografia apresentada para a conclusão do curso de psicologia do UniCEUB – Centro Universitário de Brasília, sob a orientação da prof(a) Yvanna Gadelha Sarmet., Brasília, 2005.

ANSIEDADE NO MEIO ESCOLAR. Monografia apresentada, como exigência parcial para a obtenção do grau pelo Consórcio Setentrional de Educação a Distância, Universidade de Brasília/Universidade Estadual de Goiás no curso de Licenciatura em Biologia a distância. Brasília; 2011.

CURSO: DEPRESSÃO E ANSIEDADE INFANTIL - FERRAMENTAS PARA O PROFESSOR

ATENÇÃO: Se ainda não adquiriu seu Certificado de **170 horas de carga horária** pelo valor promocional de **R\$ 47,00**, adquira clicando no link abaixo, antes que a promoção acabe:

<https://pay.hotmart.com/K7647070B>

(Se o link não funcionar ao clicar, copie o link, cole-o no seu navegador e dê enter)

IMPORTANTE: Certificado válido em todo o território nacional, com todos os requisitos para ser validado nas faculdades e outras instituições.

Veja um Modelo do Certificado:

