

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE EDUCAÇÃO

XX SEPE - SEMANA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO DO SETOR DE  
EDUCAÇÃO/2006

Alessandra Dealtina Bauer<sup>1</sup>  
Mestrado em Educação - UFPR

Helga Loos  
Departamento de Teoria e Fundamentos da Educação - UFPR

## RESUMO

Esta pesquisa se refere ao delineamento da sintomatologia depressiva infanto-juvenil e suas relações com o desempenho acadêmico. Objetiva investigar o índice de sintomatologia depressiva em alunos do ensino fundamental e do ensino médio oriundos de uma escola pública na cidade de Curitiba (PR) e explorar as relações entre a sintomatologia depressiva e alguns dos demais aspectos psicológicos associados. No referencial teórico é indicada a importância do estudo sobre a depressão como um quadro patológico referente à afetividade, que pode interferir na dimensão cognitiva da existência humana. A partir desta revisão literária, foi aplicado o instrumento CDI (*Children's Depression Inventory*) em 322 estudantes da referida escola, na faixa etária de 10 a 18 anos, no período de maio a junho deste ano. Os resultados observados são que a média do escore referente ao grupo pesquisado foi de 14,6 sendo que a maioria dos alunos está situada abaixo da média e, conseqüentemente, abaixo do ponto de corte proposto pelo instrumento, porém constatou-se um índice de 37,3% de alunos avaliados apresentando a sintomatologia depressiva. Considera-se estes resultados como parciais, pois o presente estudo pretende continuar avaliando as características cognitivas dos indivíduos citados, incentivando a investigação aprofundada quanto aos aspectos relativos à depressão infanto-juvenil e suas relações com os processos de ensino-aprendizagem, assim como o fornecimento de subsídios para a construção de um referencial teórico que habilite o educador a privilegiar as práticas educacionais como atividades que podem auxiliar o desenvolvimento psicológico saudável da criança e do adolescente.

Palavras-chave: afetividade, depressão, cognição, desempenho acadêmico, CDI.

---

<sup>1</sup> Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Educação, linha de pesquisa Cognição, Aprendizagem e Desenvolvimento Humano, orientada pela segunda autora.

## **A SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA INFANTO-JUVENIL E SUAS RELAÇÕES COM O DESEMPENHO ACADÊMICO**

Alessandra Dealtina Bauer  
Mestrado em Educação - UFPR  
(alebauer77@yahoo.com.br)

Helga Loos  
Departamento de Teoria e Fundamentos da Educação - UFPR  
helgaloos@yahoo.com.br

Os indivíduos com dificuldades são vistos, muitas vezes, como “doentes”, “problemas”<sup>2</sup> e “incapazes”, e sempre estiveram em situação de maior desvantagem, ocupando, no imaginário coletivo, a posição de alvos da caridade popular e da assistência social, e não de sujeitos com direitos sociais, entre os quais se inclui o direito à educação. Assim, determinados segmentos da comunidade permanecem discriminados e à margem do sistema educacional. Alunos que, devido a necessidades e motivações específicas – incluindo a não adaptação à rigidez curricular e de aspectos do cotidiano escolar – são tidos por muitos como trabalhosos e indisciplinados, deixando de receber os serviços especiais de que necessitam e, muitas vezes, abandonando o sistema educacional.

Nesse grupo incluem-se alunos que apresentam dificuldades de adaptação escolar por manifestações de conduta peculiares de síndromes e de quadros psicológicos, neurológicos ou psiquiátricos que ocasionam atrasos no desenvolvimento, dificuldades acentuadas de aprendizagem e prejuízo no relacionamento social.

Desde que o transtorno depressivo em crianças e adolescentes na idade escolar envolva sintomatologia que interfira nas habilidades de aprendizagem, a educação deve ser instruída quanto às intervenções pedagógicas necessárias, a partir dos conceitos de saúde e patologia física e mental, oportunizando práticas educacionais como atividades de promoção de saúde.

Certamente, cada aluno vai requerer diferentes estratégias pedagógicas, que lhes possibilitem o acesso à herança cultural, ao conhecimento socialmente construído e à vida produtiva, condições essenciais para a inclusão social e o pleno exercício da cidadania. Entretanto, deve-se conceber essas estratégias não como medidas

---

<sup>2</sup> O termo “criança-problema” é habitualmente utilizado como referência às crianças que apresentam algum distúrbio afetivo, comportamental e/ou na aprendizagem.

compensatórias e pontuais, e sim como parte de um projeto educativo e social de caráter emancipatório e global.

## O ESTUDO

O presente trabalho constitui-se parte da pesquisa realizada no contexto de um estudo de Mestrado, a qual encontra-se em andamento, sendo que serão apresentados alguns dos fundamentos teóricos que subsidiam o trabalho, alguns de seus resultados preliminares e a proposta das demais atividades a serem realizadas.

Como objetivos gerais, o estudo pretende investigar aspectos relativos à configuração neurobiológica e psicológica da depressão infantil e de suas relações com os processos de ensino-aprendizagem, assim como fornecer subsídios para a construção de um referencial teórico que habilite o educador a privilegiar as práticas educacionais como atividades que podem ajudar a propiciam um desenvolvimento psicológico saudável.

Como objetivos específicos, tem-se: (1) investigar o índice de sintomatologia depressiva em alunos do ensino fundamental e do ensino médio oriundos de uma escola pública na cidade de Curitiba (PR); (2) aprofundar os conhecimentos sobre a neuropsicologia da depressão; (3) explorar as relações entre a sintomatologia depressiva e alguns dos demais aspectos psicológicos associados; (4) investigar a relação da sintomatologia depressiva com possíveis déficits na aprendizagem e no desempenho acadêmico, buscando-se alternativas explicativas; (5) fornecer subsídios para a construção de um referencial teórico que habilite o educador a privilegiar as práticas educacionais como atividades que podem ajudar a propiciam um desenvolvimento psicológico saudável.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### **1. A sintomatologia depressiva entre crianças e adolescentes**

Todo ser humano passa por momentos de alegria e tristeza, com humor variado e isso é normal. A depressão não se refere somente à tristeza ou falta de “força de vontade”, mas também às alterações químicas que ocorrem no sistema nervoso. Dessa forma, tanto os fatores externos quanto os internos auxiliam nas limitações psicológicas e físicas na vida de uma pessoa que apresenta a sintomatologia depressiva e os prejuízos podem ser incalculáveis.

Somando-se ao quadro apresentado pela depressão sob os aspectos comportamentais, cognitivos e afetivos, que é importante para o diagnóstico, tratamento e traçado de parâmetros educativos relacionados à aprendizagem do sujeito, existe o ambiente educativo, assim como as práticas pedagógicas, que podem influenciar positiva ou negativamente na manifestação destas características endógenas.

Costa (2004, p.18) aponta que, embora se saiba que a escola continua “excluindo, discriminando, construindo / desconstruindo, ensinando / aprendendo / desaprendendo, dividindo, necessitamos de ações que resgatem a auto-estima de todos que nela atuam”. Concorde-se integralmente com esta afirmativa, pois se admite que os problemas na aprendizagem podem ser resolvidos com a ajuda, entre outros fatores, de profissionais mais competentes e alunos mais bem assistidos, “com currículo mais adequado e material didático mais eficiente, problemas avaliados de forma científica e concreta” (DALBEN, 1985, p. 61).

A depressão constitui um quadro clínico amplo, envolvendo a afetividade, o sistema cognitivo, a capacidade de julgamento da realidade, podendo apresentar variados graus de ansiedade e alterações corporais. De acordo com Hollen, Thase e Markowitz (2005, p. 56), a depressão “é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns e importante fator de incapacitação no mundo todo. O impacto dos transtornos de humor na qualidade de vida (...) é equivalente ao das doenças cardíacas”.

As depressões infantis podem trazer prejuízo significativo no desenvolvimento da criança nos níveis físico, psicomotor, cognitivo e psicossocial, prejudicando inclusive as habilidades necessárias para a aprendizagem. Em outras palavras, a depressão em crianças apresenta natureza duradoura e pervasiva, afetando múltiplas funções e causando danos consideráveis às mesmas.

Hassibi (1982, p. 92) conceituou os distúrbios mentais como “uma construção hipotética da interação dinâmica entre fatores biológicos, psicológicos e sociais”. O conhecimento das mudanças biológicas, mais especificamente das variações neuro-hormonais, abriu caminhos para a descoberta da relação intrínseca entre o físico e o psíquico. Queiroz (1985, p. 14) afirma que “a década de 50 foi extremamente rica em descobertas bioquímicas que motivaram pesquisas a nível molecular de psicopatologia, especialmente a depressão”.

O interesse científico pela depressão em crianças e adolescentes é bastante recente, pois até a década de 70 acreditava-se que a depressão nesta faixa etária fosse rara ou até inexistente. O Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos

reconheceu oficialmente a existência da depressão em crianças a partir de 1975, e as pesquisas sobre a depressão neste período da vida têm atraído um interesse crescente durante as últimas décadas.

Foi através dos estudos de Kovacs e Bech (1977) que a depressão infantil passou a ser considerada, de fato, uma entidade sindrômica, independente da do adulto, estabelecendo-se a partir daí critérios de diagnóstico clínico, psicológico e biológico.

De acordo com Coutinho (2000, p.40), “tem-se verificado, através da literatura, que esse quadro é deveras preocupante, haja vista sua complexidade teórico-metodológica e as dificuldades práticas de se lidar com essa patologia. Desde o seu reconhecimento como um dos transtornos emocionais prevalentes na criança, muitos aportes teóricos não têm medido esforços na tentativa de explicar a sua etiologia”.

É importante que as escolas reconheçam que a depressão infantil é um problema grave responsável pela piora no funcionamento social e acadêmico das crianças. Segundo Grunspun (1999, p. 34), a depressão na criança pode estar associada à:

*(...) avaliação negativa dos amigos, auto-estima empobrecida, rendimento escolar enfraquecido, sensação de fracasso, avaliação negativa dos professores, (...) afastamento social, (...) distraimento e dificuldades escolares, e recusa em ir para a escola.*

Assim, a avaliação psicopedagógica destas crianças é extremamente importante, pois a partir dela se poderá obter informações valiosas sobre a psicopatologia da depressão, proporcionando conhecimentos sobre suas emoções e afetos (GRUNSPUN, 1999, p. 33).

O modelo cognitivo da depressão citado por Beck, Rush, Shaw e Emery (1997) centra-se na cognição como mediadora entre o afeto, comportamentos e reações fisiológicas; portanto, os sintomas motivacionais são desencadeados por pensamentos negativistas. Utiliza-se o conceito da tríade cognitiva onde o indivíduo depressivo possui três padrões cognitivos principais, sendo eles: visão negativa de si, do mundo e do futuro, além dos esquemas e do processamento defeituoso de informação.

Segundo Baptista (1997, p.12), “a depressão é um transtorno extremamente nocivo ao homem por privá-lo de uma visão mais ampla e crítica dos eventos ao seu redor, bem como impossibilitá-lo de desenvolver atividades cotidianas, antes realizadas normalmente”.

## **2. As relações entre cognição e afetividade**

Não é recente a discussão sobre o papel da afetividade na constituição da subjetividade humana. Inserida na história da filosofia, no contexto das relações entre razão, emoção e sentimento, foi motivo de aquecidos debates envolvendo grandes filósofos, que ora valorizavam os conflitos existentes entre razão e sentimentos, ora a dicotomia ou o papel superior de um aspecto sobre o outro.

Longe de terem sido esquecidas, essas premissas da filosofia permanecem vivas até os dias atuais, muitas vezes traduzidas sob metáforas que são ouvidas freqüentemente na vida cotidiana: "não aja com o coração", "coloque a cabeça para funcionar", "seja mais racional". Nessa perspectiva, parece que para uma pessoa tomar decisões corretas é necessário que ela se livre ou se desvincule dos próprios sentimentos e emoções. Fica a impressão de que, em nome de uma resolução sensata, deve-se desprezar, controlar ou anular a dimensão afetiva.

Por influência evidente da filosofia, de onde surgiram, durante muitas décadas as teorias psicológicas estudaram separadamente os processos cognitivos e afetivos. Seja pela dificuldade de estudá-los de forma integrada, seja por crença dos psicólogos e cientistas que se debruçaram sobre a temática, tal separação parece ter conduzido a uma visão parcial e distorcida da realidade, com reflexos nas investigações científicas e no modelo educacional ainda vigente.

Tanto no campo da psicologia quanto no campo da neurologia, algumas perspectivas teóricas e científicas questionam os tradicionais dualismos do pensamento ocidental, opondo-se a ele e apontando caminhos e hipóteses que prometem inovar as teorias sobre o funcionamento psíquico humano, na direção de integrar dialeticamente cognição e afetividade, razão e emoções.

De acordo com Piaget (1961), não existem estados afetivos sem elementos cognitivos, assim como não existem comportamentos puramente cognitivos. Wallon mostra, em seus escritos, compartilhar da idéia de que emoção e razão estão intrinsecamente conectadas (apud Dantas, 1992).

Vygotsky (1987) também tematizou as relações entre afeto e cognição, postulando que as emoções integram-se ao funcionamento mental geral, tendo uma participação ativa em sua configuração.

Segundo Freud (1973), não se pode compreender o pensamento humano a partir apenas de uma ótica racionalista, pois a afetividade permeia todo esse processo, inclusive na sua dimensão inconsciente.

A preocupação em superar as tradicionais dicotomias entre razão e emoções e entre as dimensões cognitiva e afetiva do funcionamento psíquico humano pode ser identificada também em estudos mais recentes, no campo da neurologia. Nessa perspectiva, o neurologista Damásio (1996), em sua notável obra “O erro de Descartes”, postula a existência de uma forte interação entre a razão e as emoções, defendendo a idéia de que os sentimentos e as emoções são uma percepção direta dos estados corporais e constituem um elo essencial entre o corpo e a consciência.

A psicologia cognitiva estuda a cognição, os processos mentais que hipoteticamente está por trás dos comportamentos, levando em consideração a existência de estados mentais internos - como as crenças, desejos e motivações.

A mediação das emoções no processo de aprendizagem é fundamental, pois esta é um aspecto diferenciador da atuação docente neste processo. Pode-se estabelecer o vínculo entre o cognitivo e o afetivo e suas relações com o agir, pensar, sentir sob a perspectiva sócio-histórica na configuração do psiquismo humano. As relações existentes no processo de aprendizagem e as emoções demonstram que deve haver fortes vínculos de manifestação afetiva no contexto da sala de aula, com o objetivo de auxiliar os alunos no processo de elaboração e de execução das atividades envolvidas no processo de aprendizagem.

A escola deve possibilitar interações diversas entre parceiros, ao mesmo tempo em que proporciona situações e experiências que são essenciais para a construção do indivíduo como pessoa. É através das experiências com o mundo social, especificamente eu-outro, que o organismo, em toda sua plasticidade, vai elaborando e reestruturando um dos aspectos que caracterizam os seres humanos com tais: o aspecto afetivo.

Toda aprendizagem está impregnada de afetividade, pois exige um desenvolvimento cognitivo e afetivo significativo, fazendo com que o sujeito possa participar do desenvolvimento cultural da humanidade, compreendendo o real, aceitando-o, criticando-o, e transformando-o se necessário.

Na educação, a carência do envolvimento da própria vida afetiva e do desconhecimento das formas de interpretação e de respostas adequadas, perante condutas e atitudes de manifestações emotivas, deixa professores e alunos à mercê do ambiente que os rodeia e no qual estão presentes modelos de resposta agressiva, descontrolada e ineficaz diante dos conflitos interpessoais, que com frequência se apresenta nas formas de convivência social. Os sentimentos podem constituir-se em

uma ponte de ligação privilegiada entre o conhecimento cotidiano e o conhecimento acadêmico.

O estudo da vida afetiva do homem vem sendo desenvolvido e pesquisado nas últimas décadas com a intenção de compreender melhor qual a sua função e a sua relação com os demais aspectos que fazem parte do desenvolvimento do ser humano. Atualmente, vem se tornando consenso entre os teóricos do desenvolvimento e da aprendizagem, não obstante a divergência quanto à maneira de interpretar suas relações, a indissociabilidade e a relevância dos aspectos afetivos e cognitivos no processo do conhecimento.

## **METODOLOGIA**

### **Participantes**

Compõem a população estudada 322 crianças e adolescentes em idade escolar, de 10 a 18 anos, alunos da segunda etapa do Ensino Fundamental e do Ensino Médio da rede estadual de ensino da cidade de Curitiba/PR, que freqüentam uma escola situada na região central. Todos participaram da primeira parte do estudo, que se constitui em um levantamento acerca da presença de sintomatologia depressiva entre os referidos estudantes.

É importante destacar que o objetivo do estudo é detectar crianças e adolescentes com sintomas clinicamente sugestivos de depressão, e não com depressão propriamente dita. Os motivos para esta definição de termos devem-se a alguns fatores: inicialmente, só foi aplicado um instrumento de auto-relato, sendo assim, não há certeza se o que foi exposto é confirmado por outros membros da família, professores ou membros da convivência social dos indivíduos e, principalmente, por também não terem passado por uma avaliação psiquiátrica e psicológica completa.

A pesquisa não se dedicou a estudar a comorbidade do transtorno eventualmente presente entre os participantes, sua duração, nem sua relação com outros problemas que poderiam desencadear o dito estado negativo de humor (disfunções hormonais, tensão pré-menstrual, eventos estressantes, entre outros).

### **Procedimentos e instrumentos de coleta de dados**

O delineamento da investigação prevê que a mesma seja realizada em três fases:

(1) Em uma primeira fase, 322 alunos foram submetidos, em grupos de aproximadamente 30 indivíduos, a um instrumento de seleção (*screening*) para



sintomatologia depressiva. O instrumento utilizado foi o CDI – *Children's Depression Inventory*<sup>3</sup>. O CDI foi elaborado por Kovacs (1977) e seu objetivo geral é o de detectar a presença e a severidade do transtorno depressivo em crianças e adolescentes. É um instrumento adaptado do *Beck Depression Inventory* (BDI) para adultos, e recomenda-se sua aplicação em crianças e adolescentes situados na faixa etária dos sete aos dezoito anos. Na sua forma original, e utilizada neste estudo, consta de vinte e sete itens, podendo ser aplicado de forma individual e coletiva. Tem sido utilizado como instrumento de *screening* na identificação de crianças e adolescentes com alterações afetivas, de capacidade hedônica, de funções vegetativas, de auto-avaliação e de outras condutas interpessoais.

Cada um dos seus itens consta de três opções de respostas, sendo que para cada uma delas corresponde um valor entre 0 e 2. O sujeito deve assinalar a opção que melhor descreve sua situação nas últimas semanas. Das três opções, uma se refere à normalidade, outra a uma sugestão de sintomatologia depressiva leve e a terceira sugere um quadro clínico mais significativo.

Quanto ao aspecto formal deste instrumento, houve uma modificação em relação ao agrupamento de seus itens. Em sua forma original os itens são agrupados horizontalmente; para facilitar a compreensão dos mesmos pelos sujeitos do presente estudo, eles foram agrupados verticalmente (Anexo 1).

(2) Em uma segunda fase, as crianças e adolescentes que atingiram o *cut-off* igual ou superior a 17 no CDI comporão o grupo de alunos com escores sugestivos de sintomatologia depressiva. A escolha do ponto de corte igual ou superior a 17 (CDI) é baseada na adaptação do instrumento para avaliar sintomas depressivos em crianças brasileiras (GOUVEIA, BARBOSA, ALMEIDA & GAIÃO, 1995), já que com esse escore os sujeitos são classificados como suspeitos de apresentarem sintomatologia depressiva. Estes alunos responderão os seguintes instrumentos: Pier-Harris - Escala de auto-conceito<sup>4</sup> e Rosenberg – Escala de auto-estima<sup>5</sup>, com o objetivo de verificar possíveis relações entre a sintomatologia depressiva e aspectos referentes à auto-

---

<sup>3</sup> Inventário de Depressão Infantil elaborado por Kovacs e Beck (KOVACS, M. *The Children's Depression Inventory: a self-rated depression scale for school-aged youngsters*. University of Pittsburgh, 1983), adaptado e normatizado por Gouveia e cols. (GOUVEIA, V. V.; BARBOSA, G. A.; ALMEIDA, J. H.; GAIÃO, A. A. Inventário de Depressão Infantil – CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *J. Bras. Psiqu.*, São Paulo, v. 44, n. 7, 345-349, 1995).

<sup>4</sup> Versão em português da *Pier-Harris Children's Self-Concept Scale*, (Piers & Harris, 1984); traduzida por Jacob & Loureiro (1999).

<sup>5</sup> *Self-Esteem Scale* (Rosenberg, 1965).

imagem dos alunos, as quais podem ser indicadores aspectos comprometidos de sua identidade, os quais interferem negativamente nas outras áreas da vida.

(3) Na terceira fase, será aplicado o instrumento referente aos aspectos cognitivos (Matrizes Progressivas de Raven – Escala Geral), assim como será feita a coleta de dados referentes ao rendimento escolar destes alunos através das notas bimestrais em Português e Matemática, de forma a se tentar buscar relações entre os fatores afetivos e os cognitivos, especialmente aqueles relacionados ao desempenho escolar.

Segundo Bandim, Roazzi e Doménech (1998), este pode ser um procedimento de grande valia:

*A escolha das notas como parâmetro para avaliação do rendimento escolar deve-se ao fato de tratar-se de um dado objetivo, inserido no contexto do dia-a-dia do aluno, tentando-se evitar, dessa maneira, um viés de artificialidade, que pode estar presente num instrumento mais específico para avaliar competência em determinada disciplina. (p. 355).*

## APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

O CDI foi aplicado em todas as classes das últimas séries do ensino fundamental (5ª a 8ª séries) e ensino médio (1º a 3º anos) da escola. O quadro a seguir esclarece a distribuição dos alunos por séries.

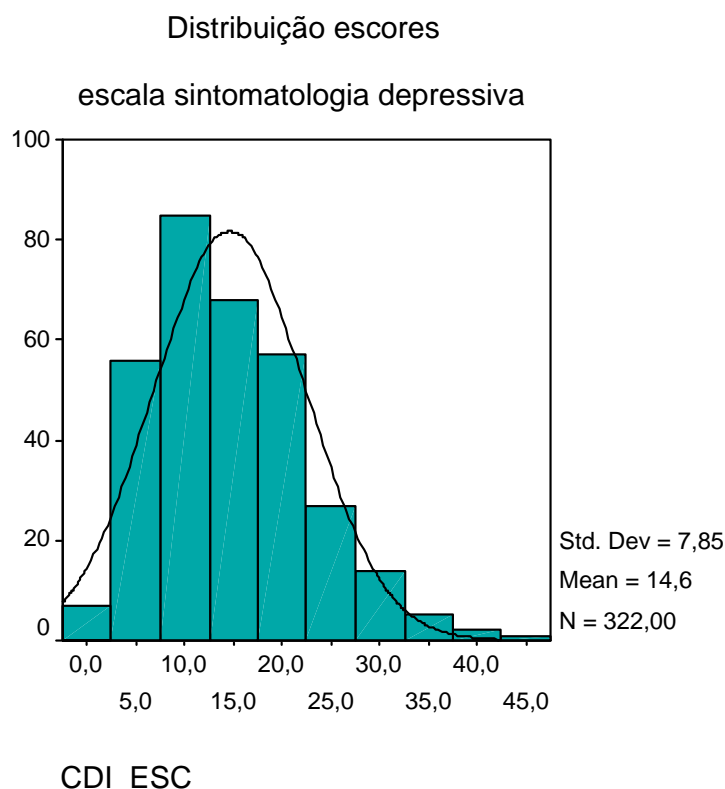
Quadro 1: Distribuição de alunos presentes na ocasião da aplicação do CDI, separados por séries.

<b>Turma</b>	<b>5ª séries</b>	<b>6ª séries</b>	<b>7ª séries</b>	<b>8ª séries</b>	<b>1º anos</b>	<b>2º anos</b>	<b>3º ano</b>
<b>Número de alunos</b>	33	31	44	56	84	53	21
<b>Total de alunos</b>	322						

**Fonte:** dados do estudo.

Os resultados apresentados a seguir são provenientes de uma análise preliminar do instrumento aplicado. É importante lembrar que o ponto de corte a partir do qual se sugere a presença de uma sintomatologia depressiva é 17 – embora, considerando-se que às alternativas de resposta de cada questão podem ser atribuídos de 0 a 2 pontos, os escores podem se situar entre 0 e 54. Pode-se observar, nos gráficos abaixo, a distribuição dos escores obtidos pelo grupo, quando analisado de forma conjunta:

Gráfico 1: Distribuição dos escores obtidos pelo grupo, analisado globalmente, no CDI.



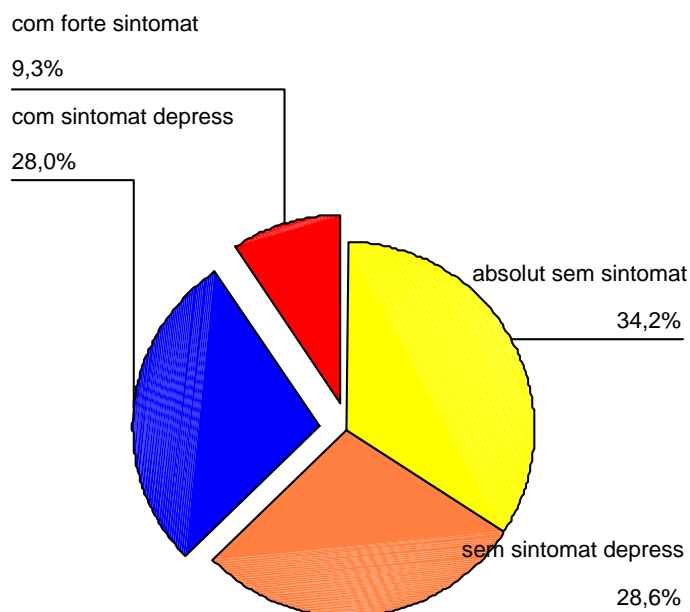
**Fonte:** dados do estudo.

Os números posicionados no eixo vertical representam a quantidade de alunos representados em cada barra; o eixo da horizontal indica a distribuição dos escores obtidos no instrumento CDI. A média do escore referente ao grupo pesquisado foi de 14,6 sendo que a maioria dos alunos está situada abaixo da média e, conseqüentemente, abaixo do ponto de corte proposto pelo instrumento. No entanto, observa-se, pela maneira que as barras se espalham, que um grupo razoável de alunos encontra-se acima da média, e inclusive, com o escore acima de 17 (*cutt off*), caracterizando os sujeitos que apresentam a sintomatologia depressiva.

O gráfico abaixo representa a distribuição dos alunos quando inseridos em quatro categorias: (1) escores muito baixos – absolutamente sem sintomatologia depressiva (0-10); (2) escores não sugestivos de sintomatologia depressiva (11-16); (3) escores sugestivos de sintomatologia depressiva (17-25); e (4) escores altamente sugestivos de sintomatologia depressiva (26 ou mais).

Gráfico 2: Distribuição dos escores obtidos pelo grupo, quando separado em categorias representativas do nível de severidade da sintomatologia depressiva.

### Distribuição alunos sintomatologia depressiva



**Fonte:** dados do estudo.

Observa-se que 37,3% dos alunos avaliados apresentam a sintomatologia depressiva, conforme os critérios do CDI, em contraposição à 62,8% dos alunos avaliados, que não apresentaram o delineamento pesquisado. Este índice de sujeitos que apresentam características indicadoras da sintomatologia depressiva pode ser considerada alta e importante dado precursor de pesquisas nas áreas de educação e saúde, inter-relacionadas. Conveniente aqui considerar, que a autora do CDI (KOVACS, 1977) sugere que as questões sejam divididas em cinco grupos (BAPTISTA, 1997):

- humor negativo: tristeza, pessimismo preocupante, culpa, choro, incapacidade para tomar decisões (questões do CDI: 1, 6, 8, 10, 11, 13);
- problemas interpessoais: não gostar de estar com as pessoas, desobedecer, colocar-se em brigas, perceber-se como uma criança má (questões do CDI: 5, 12, 26, 27);
- ineficiência: precisar de grande esforço para fazer as tarefas, sensação de fazer as coisas erradas (questões do CDI: 3, 15, 23, 24);
- anedonia: perda da capacidade de sentir prazer em atividades que antes eram prazerosas, não conseguir divertir-se, cansaço fácil, sentimento de solidão, preocupação com dores (questões do CDI: 4, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22);

- auto-estima negativa: pessimismo, ódio em relação a si próprio, ideação suicida, imagem corporal negativa e sentimentos de desamor (questões do CDI: 2, 7, 9, 14, 25).

O instrumento aplicado conta, neste grupo, com um coeficiente  $\alpha$  de 0,85, valor este que aponta o CDI como confiável para acessar a sintomatologia depressiva, construto que se propõe a medir. O Alfa de Cronbach, que é um critério utilizado para se avaliar o nível de validade de uma escala, indica o grau de consistência interna de um instrumento, sendo uma medida de sua fidedignidade. O valor desejável para as escalas é acima de 0,80.

Após a realização das demais fases da investigação, em sua continuidade, o tratamento dos dados deve envolver: (1) a análise das distribuições frequenciais da amostra nos demais instrumentos aplicados, bem como a análise das diferenças entre sub-grupos (diferenças entre séries e gêneros); (2) as correlações e regressões entre as variáveis em estudo; (3) análise das características psicométricas das demais escalas (determinação do Alfa de Cronbach, análises fatoriais); e (4) por meio da *path-analysis* (análise estrutural), deverá ser proposto um modelo hipotético que expresse algumas das relações entre as variáveis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANDIM, J. M.; ROAZZI, A.; DOMÉNECH, E. Rendimento escolar em crianças com sintomas depressivos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo, vol. 47, n. 7, p. 353 – 360, jul. 1998.

BAPTISTA, M. N. **Depressão e suporte familiar**: perspectivas de adolescentes e suas mães. Dissertação de Mestrado (Departamento de Pós-graduação de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas – Mestrado em Psicologia), Campinas, 1997.

BECK, A.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1997.

COSTA, C. R. Psicologia escolar e educacional e a escolarização em descaso. **Contato**, Curitiba, n. 127, p. 17-18, set./out. 2004.

COUTINHO, M. P. L. **Uso de técnicas projetivas na apreensão de representações sociais da sintomatologia da depressão infantil**. Tese de Doutorado (Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – Departamento de Psicologia Clínica), São Paulo, 2000.

DALBEN, A. I. L. F. Prevenção da depressão na infância: a criança escolar. In: LIPPI, I. R. S. **Depressão na Infância**. Belo Horizonte: Biogalênica, 1985. p. 161-176.

DAMÁSIO, A. R. **O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

DANTAS, Heloysa. A afetividade e a construção do sujeito na psicogenética de Wallon. In: LA TAILLE, Yves de et. alii. **Piaget, Vygotsky, Wallon: teorias psicogenéticas em discussão**. São Paulo: Summus, 1992. p. 85-98.

FREUD, S. **Três ensayos para uma teoria sexual** (Obras Completas). Tradução de Luiz Lopes Ballesteros y Torres. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973, vol2.

GOUVEIA, V. V.; BARBOSA, G. A.; ALMEIDA, J. H.; GAIÃO, A. A. Inventário de Depressão Infantil – CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo, v. 44, n. 7, 345-349, 1995.

GRUNSPUN, H. **Crianças e adolescentes com transtornos psicológicos e do desenvolvimento**. São Paulo: Atheneu, 1999.

HASSIBI, S. C. M. **Princípios e prática da Psiquiatria Infantil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

HOLLEN, E. A.; THASE, M. E.; MARKOWITZ, J.C. Tratamento da depressão: medicação ou psicoterapia? **Viver Mente e Cérebro**, São Paulo, n. 146, p. 56-61, mar. 2005.

KOVACS, M. *The Children's Depression Inventory: a self-rated depression scale for school-aged youngsters*. University of Pittsburgh, 1983

KOVACS, M.; BECK, A. T. An empirical clinical approach towards a definition of childhood depression. In: SCULTERBRANDT, J. G.; RASKIN, A. (eds). **Depression in childhood: diagnosis, treatment, and conceptual models**. New York: Raven Press, 1977.

PIAGET, J. **Psicologia da Inteligência**. Rio de Janeiro: Editora Fundo de Cultura, 1961.

PIERS, E. V.; HARRIS, D. B. **Piers-Harris Children's Self-concept Scale –Revised Manual**. Los Angeles: Counselor Psychological Tests, Western Psychological Services, 1984

QUEIROZ, E. A. Tratamento da Depressão na Infância: aspectos bioquímicos da depressão. In: LIPPI, I. R. S. **Depressão na Infância**. Belo Horizonte: Galênica, 1985. p. 111-134.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent selfimage**. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

**ANEXO 1: QUESTIONÁRIO – CDI**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SÉRIE: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

ESCOLHA AS FRASES QUE DESCREVEM SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS SEMANAS!

1. ☐ Eu fico triste de vez em quando  
☐ Eu fico triste muitas vezes  
☐ Eu fico triste o tempo todo
2. ☐ Nada nunca vai dar certo para mim  
☐ Não tenho certeza se as coisas vão dar certo para mim  
☐ Vai dar tudo certo para mim
3. ☐ Eu faço quase tudo certo  
☐ Muitas coisas eu faço errado  
☐ Eu faço tudo errado
4. ☐ Eu me divirto com muitas coisas  
☐ Eu me divirto com algumas coisas  
☐ Não me divirto com nada
5. ☐ Eu sou ruim o tempo todo  
☐ Muitas vezes eu sou ruim  
☐ Eu sou ruim uma vez ou outra
6. ☐ Eu penso que as coisas ruins possam acontecer comigo uma vez ou outra  
☐ Eu fico preocupado que as coisas ruins aconteçam comigo  
☐ Eu tenho certeza que coisas horríveis vão acontecer comigo
7. ☐ Eu me detesto  
☐ Eu não gosto de mim  
☐ Eu gosto de mim
8. ☐ Todas as coisas ruins acontecem por minha culpa  
☐ Muitas coisas ruins acontecem por minha culpa  
☐ As coisas ruins geralmente não acontecem por minha culpa
9. ☐ Eu não penso em me matar  
☐ Eu penso em me matar, mas não faria isso  
☐ Eu quero me matar
10. ☐ Tenho vontade de chorar todos os dias  
☐ Muitos dias eu tenho vontade de chorar  
☐ Tenho vontade de chorar uma vez ou outra
11. ☐ Tem sempre uma coisa me aborrecendo  
☐ Muitos dias eu tenho vontade de chorar  
☐ Tenho vontade de chorar uma vez ou outra
12. ☐ Eu gosto de estar com outras pessoas  
☐ Muitas vezes eu não gosto de estar com outras pessoas  
☐ Eu não tenho vontade de estar com ninguém

13. ☐ Eu não consigo me decidir sobre nada  
☐ É difícil tomar decisões  
☐ Eu me decido sobre as coisas facilmente
14. ☐ Minha aparência é legal,  
☐ Tem muitas coisas que eu não gosto na minha aparência  
☐ Eu sou feio(a)
15. ☐ Eu tenho sempre que me esforçar para fazer minhas tarefas escolares  
☐ Muitas vezes eu tenho que me esforçar para fazer minhas tarefas escolares  
☐ Não tenho problemas para fazer minhas tarefas escolares
16. ☐ Tenho problema para dormir todas as noites  
☐ Muitas vezes tenho problema para dormir  
☐ Eu durmo bem
17. ☐ Eu fico cansado(a) uma vez ou outra  
☐ Muitas vezes eu fico cansado(a)  
☐ Estou sempre cansado(a)
18. ☐ Na maioria dos dias eu não estou a fim de comer  
☐ Muitos dias eu não estou a fim de comer  
☐ Eu como bem
19. ☐ Não me preocupo com dores  
☐ Muitas vezes eu me preocupo com dores  
☐ Eu sempre me preocupo com dores
20. ☐ Eu não me sinto sozinho  
☐ Muitas vezes eu me sinto sozinho  
☐ Eu sempre me sinto sozinho
21. ☐ Nunca me divirto na escola  
☐ Só me divirto na escola uma vez ou outra  
☐ Muitas vezes me divirto na escola
22. ☐ Eu tenho muitos amigos  
☐ Eu tenho muitos amigos, mas queria ter mais  
☐ Eu não tenho amigos
23. ☐ Meu rendimento na escola está bom  
☐ Meu rendimento na escola não está tão bom como antes  
☐ Estou indo mal em matérias nas quais eu ia bem
24. ☐ Nunca vou ser tão bom quanto os outros  
☐ Se eu quiser posso ser tão bom quanto os outros  
☐ Sou tão bom quanto os outros
25. ☐ Ninguém me ama de verdade  
☐ Não tenho certeza se alguém me ama  
☐ Tenho certeza que alguém me ama
26. ☐ Eu, geralmente, faço o que me mandam fazer  
☐ Eu, geralmente, não faço o que me mandam fazer  
☐ Eu nunca faço o que me mandam fazer
27. ☐ Eu me dou bem com as pessoas  
☐ Muitas vezes eu me meto em brigas  
☐ Eu me meto em brigas o tempo todo