

DEPRESSÃO NA INFÂNCIA: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Rosana Simão dos Santos Calderaro*
Cristina Vilela de Carvalho#

RESUMO. Na depressão infantil os sintomas diferem dos apresentados pelos adultos, evidenciando-se freqüentemente através de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, baixa auto-estima, tristeza, medos, distúrbios do sono, enurese, dores abdominais. Procurou-se estudar manifestações depressivas em crianças de 03 a 10 anos de idade, no contexto de creches e saúde pública, na cidade de Paranavaí-PR, realizando-se: a) entrevistas semi-estruturadas com 5 pediatras, 2 médicos do programa da Saúde da Família, 6 educadores e 4 coordenadores de creches; b) estudo de caso com nove crianças. Os resultados indicaram que todas as crianças da amostra apresentavam núcleos depressivos significativos, com intenso sofrimento psíquico e necessidade de encaminhamento. Concluiu-se que a depressão infantil manifesta-se de forma bastante significativa, evidenciando a necessidade de que as pessoas envolvidas diretamente com as crianças estejam alertas para os sintomas, pois a falta do diagnóstico correto e do tratamento perpetua o sofrimento da criança e de todos os envolvidos.

Palavras-chave: depressão infantil, psicodiagnóstico, psicanálise.

DEPRESSION DURING CHILDHOOD: AN EXPLORATORY STUDY

ABSTRACT. The symptoms of depression in children differ from the adults, and are frequently evidenced by the following problems: attention deficit, hyperactivity, low self-esteem, sadness, fear, sleep disturbances, enuresis, abdominal pain. The aim of this study was to evaluate the depressive manifestations in 3-10-year-old children, in the context of nursery school for poor children and in the public healthcare system, in Paranavaí city, State of Paraná. The research was carried out using semi-structured interviews with 5 pediatricians, 2 doctors from the Family Health Program, 6 educators and 4 coordinators at nursery schools for poor children, and a study case on nine children. The findings indicated that all the children of the sample showed significant depressive characteristics, such as an intense psychic suffering and the need for guidance. It was concluded that child depression is manifested in a great number, making evident the necessity that people directly involved with children be aware of the symptoms, since the lack of correct diagnosis and treatment perpetuates the suffering of both the child and the people involved with the referred one.

Key words: Childdepression, psychodiagnosis, psychoanalysis.

A depressão na infância vem chamando a atenção de muitos profissionais que atuam na clínica infantil. Essa patologia, no entanto, não é freqüentemente reconhecida, uma vez que os sintomas diferem dos apresentados pelos adultos, dificultando o diagnóstico (Scivoletto & Tarelho, 2002).

O tema tornou-se alvo de investigações mais detalhadas a partir da década de 1970. Desde então, passou a despertar maior interesse e preocupação dos profissionais de saúde, uma vez que essa patologia traz comprometimentos importantes nas funções sociais, emocionais e cognitivas,

interferindo no desenvolvimento infantil, de maneira a afetar não só a criança, mas também sua família e o grupo com o qual se relaciona (Miller, 2003; Reis & Figueira, 2001; Scivoletto & Tarelho, 2002).

Ocorrem ainda grandes dificuldades no que se refere ao diagnóstico, pois o quadro traz a presença de comorbidades e os sintomas manifestam-se muitas vezes de forma mascarada, sendo mais freqüentes os seguintes: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, baixa auto-estima, tristeza, medo, distúrbios do sono e baixo rendimento escolar.

* Psicóloga, Especialista em Saúde Mental e Intervenção Psicológica, Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Desenvolvimento Humano do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá-UEM.

Psicóloga, Mestre em Psicologia. Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá-UEM, Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Desenvolvimento Humano, UEM.

Sintomas somáticos também podem estar associados (Scivoletto & Tarelho, 2002).

Reis e Figueira (2001) destacam que realizar o diagnóstico não é fácil, na medida em que crianças e adolescentes não conseguem identificar ou nomear os sintomas que aparecem de maneira multifacetada. Os pais ou responsáveis geralmente procuram ajuda do pediatra por problemas que inicialmente não são identificados como sendo de depressão. As principais queixas orgânicas são cefaléia, dores abdominais, diarreia. Aparecem também a falta de apetite ou apetite exagerado, insônia, irritabilidade, agressividade ou passividade exagerada, choro sem razão aparente, dificuldades cognitivas, comportamento anti-social, indisciplina, idéias ou comportamento suicidas.

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.

A criança depressiva envolve-se, com freqüência, em situações que oferecem perigo à sua integridade física. Muitas vezes tem consciência do perigo; no entanto, conflitos inconscientes predominam e levam-na a emitir determinados comportamentos de risco, numa tentativa de mobilizar a atenção das pessoas para que percebam o seu sofrimento (Souza & Eisenstein, 1993).

Angerami-Camon (2002) assinala que a tentativa de suicídio em crianças não deve ser confundida com acidente doméstico. 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 o gesto é visto como “coisa de criança”. Segundo o autor, é preciso que os profissionais de saúde estejam atentos para o fato de que crianças também apresentam sofrimento existencial e sensibilizem-se ante a problemática do suicídio infantil.

Segundo Rotondaro (2002), para que a criança tenha um desenvolvimento emocional saudável, precisa de um ambiente familiar favorável, capaz de suprir adequadamente suas necessidades básicas, entre as quais as de proteção e acolhimento. Quando isso não acontece, a criança utiliza mecanismos de defesa específicos para lidar com as dificuldades, comprometendo o desenvolvimento das estruturas de personalidade que estão se formando na infância.

Os sintomas depressivos variam de acordo com a faixa etária da criança e, como ela não é ainda capaz de descrever seus sentimentos verbalmente, é necessário observar as formas de comunicação pré-verbal, tais

como a expressão facial, produções gráficas, súbitas mudanças de comportamento e postura corporal, entre outras (Baptista & Golfeto, 2000).

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

Moreira (1996); Solomon (2002), assim como Kuczynski, Marcolin e Assunção Jr. (2001), salientam que a criança não deve ser tratada como um adulto em miniatura e que as particularidades próprias da infância devem ser consideradas. Bock e Côrtes (2000) afirmam que a depressão não é doença apenas na criança quieta e desanimada; as manifestações da doença podem estar também na criança agressiva e hiperativa.

Tanto Belizário (1998) quanto Reis e Figueira (2001) destacam o papel do pediatra na avaliação da criança. Afirmam que o reconhecimento de manifestações iniciais da doença favorece o prognóstico, possibilitando a prevenção de múltiplos transtornos maiores. Na medida em que a depressão interfere diretamente nas fases de desenvolvimento infantil, são muito importantes o diagnóstico precoce e o tratamento adequado ainda nessa fase inicial da vida, já que as repercussões da doença são graves e sérias.

Alguns outros aspectos destacam-se na literatura, entre eles a hereditariedade, as condições sociais, a configuração familiar, a função materna, o início do funcionamento psíquico e o superego, os quais serão brevemente indicados.

Para Marcelli (1998), a doença psíquica de um dos pais constitui fator de risco que pode chegar a 43%. A depressão materna provoca uma “falta” interativa no bebê, a qual poderá posteriormente desenvolver na criança uma suscetibilidade a acontecimentos futuros que impliquem perdas. Nessa perspectiva, segundo Solomon (2002), faz-se necessário considerar a vulnerabilidade genética na etiologia da depressão. As primeiras manifestações podem ser encontradas nos primeiros meses de vida da criança. Geralmente, filhos de pais depressivos tendem a desenvolver o mesmo mal, além de outros transtornos de ordem mental e distúrbios de conduta. Para melhorar a saúde mental dos filhos, é importante tratar dos pais e trabalhar com tentativas de mudanças no padrão familiar. Sem essas medidas, o tratamento tende a fracassar.

Acredita-se, não obstante, que a hereditariedade pode ser fator importante, mas não o determinante único no aparecimento da patologia, pois há evidências de que a predisposição genética soma-se às

condições adversas da realidade externa nos casos não só da depressão, mas também de outras patologias mentais.

Quanto às condições sociais e à configuração familiar, para Solomon (2002) e Marcelli (1998), as pessoas que vivem em condições socioeconômicas desfavoráveis são mais propensas a desenvolver patologias físicas e mentais. A miséria social crônica favorece o aparecimento da depressão.

Marcelli (1998) cita os resultados de alguns estudos que apontam traços característicos na população que vive em condições socioeconômicas desfavoráveis, entre os quais se destacam o desemprego, uniões transitórias do casal, alcoolismo e violência. Habitualmente, são famílias incompletas, e freqüentemente a figura masculina ocupa lugar secundário. As crianças sofrem as conseqüências diretas dessa desestruturação, uma vez que não têm asseguradas as condições básicas necessárias para um bom desenvolvimento e não conseguem reagir diante de tais adversidades. Entretanto, é importante assinalar que a falta de figuras parentais consistentes acontece independentemente da classe social; o que se pretende enfatizar aqui é a influência da precariedade de recursos materiais e familiares sobre as crianças, visto que as experiências reais de traumas e privações contribuem para a formação de organizações patológicas da personalidade (Steiner, 1997).

Também existe consenso entre os autores consultados na elaboração deste trabalho no sentido de que a função materna, independentemente de quem a exerça (avó, tia ou até mesmo o pai), é de fundamental importância para a formação psíquica saudável da criança. Zimerman (2004) cita os termos “continente” e “*reverie*”, empregados por Bion para qualificar algumas das funções a serem exercidas pela figura materna. “Continente” refere-se à condição de acolher as cargas projetivas do filho, processando, decodificando as necessidades, angústias e demandas da criança, dando-lhes um sentido e, depois, devolvendo-as de forma e em doses apropriadas. Já o conceito de “*reverie*” se sobrepõe conceitualmente ao de “continente”, designando o estado em que a mãe consegue captar intuitivamente o que se passa com o filho (Bion, 1962/1991). Cabe destacar que Bion (citado por Zimerman, 2004) fala também da capacidade de autocontinência. Assim, uma mãe só será capaz de acolher e ajudar seu filho nas angústias depressivas deste, por exemplo, se for capaz de metabolizar os próprios sentimentos referentes a essa área.

A função materna, somada a outras condições ambientais favoráveis, é essencial para que o bebê

possa desenvolver-se física e psiquicamente saudável (Winnicott, 1971). Nos primeiros meses de vida, a presença acolhedora da figura materna, propiciada de forma constante e nos momentos adequados, fornece ao bebê a ilusão de que a satisfação das suas necessidades ocorre por sua única e exclusiva vontade. Ele ainda não é capaz de se diferenciar do mundo externo; por essa razão, a satisfação das suas necessidades lhe proporciona a crença onipotente de que pode controlar o mundo. É essencial que a mãe mantenha essa crença, essa *ilusão* na criança, para que esta possa gradativamente adquirir a confiança necessária que lhe permitirá estabelecer vínculos com o mundo externo. Aos poucos a mãe deve ir *desiludindo* o bebê, mostrando a ele, em pequenas doses, a realidade externa. A *desilusão*, na medida certa, é que capacita o bebê a criar símbolos que farão a transição do mundo interno para o mundo externo. Dessa forma, dá-se início à atividade mental do bebê (Winnicott, 1971), considerando-se que simbolizar é a capacidade de criar substitutos para os objetos (Cassorla, 1992). Segundo esse autor, no caso do bebê, simbolizar é a capacidade de adiar as gratificações e suportar a frustração. O autor enfatiza a importância de a criança ter uma mãe continente e com capacidade de *reverie*, para que possa suportar a frustração, adiar a gratificação e adquirir, assim, aos poucos, a capacidade de simbolizar e pensar. Para o autor, a criança adquire a capacidade de pensar a partir de uma frustração – de uma falta. No entanto, alerta para o fato de que essa frustração deve ser suportável para o bebê, caso contrário ele pode ficar paralisado, inundado em seus terrores não-metabolizados.

Muitos outros estudos têm também apontado a importância fundamental dos cuidados afetivos nos estágios iniciais do desenvolvimento humano. Pesquisas demonstram inclusive o efeito de natureza bioquímica que têm as ligações afetivas, influenciando diretamente o desenvolvimento físico e psíquico (Andrade, 2003).

Ao abordar a depressão, autores psicanalíticos destacam o papel do superego na dinâmica da patologia.

Sobre o superego, Freud (1923/1969) afirma que é uma gradação do ego e está em menor grau vinculado à consciência. Surge com a missão de dissolver o complexo edípico, instaurando a lei e a repressão aos desejos instintuais. Trata-se, dentro da teoria freudiana, de uma das mais importantes identificações - ligada à introjeção das figuras dos pais. Quanto mais poderoso o complexo de Édipo e mais rapidamente sucumbir à repressão, mais severa será a dominação do superego sobre o ego, sob a

forma de consciência ou de um sentimento de culpa. Para Klein (1958/1991), os alicerces do superego aparecem em épocas mais primitivas do desenvolvimento humano, sendo resultado das primeiras introjeções dos objetos bom e mau, representantes do amor e do ódio.

Ao discorrer sobre a melancolia¹, Freud (1917/1985) traça um paralelo com o luto, dizendo que este último é uma reação à perda real de um objeto ou abstrações que ocupam esse lugar. Já na melancolia a perda acontece de maneira idealizada; muitas vezes o indivíduo não pode identificar conscientemente o que de fato perdeu no objeto; aparece o sentimento de culpa e auto-recriminações ao ego, que se torna empobrecido. Percebe-se que as recriminações são dirigidas ao objeto perdido, que foi introjetado no ego.

Tendo em vista a relevância do tema “depressão na infância”, buscou-se pesquisar e reunir dados sobre manifestações depressivas em crianças de 03 a 10 anos de idade, que freqüentavam creche e/ou utilizavam os serviços de saúde pública em Paranavaí - PR. Para tanto, buscou-se identificar os sinais de depressão infantil e investigar qual o apelo existente nesses sintomas, bem como levantar alguns dados sobre como os profissionais da saúde pública e as professoras de creches detectam tais manifestações.

MÉTODO

A presente pesquisa pautou-se nos pressupostos metodológicos do modelo qualitativo, utilizando-se de estudos de caso dentro de uma compreensão psicanalítica. Nessa perspectiva o pesquisador se constitui no principal instrumento, procurando descrever sua compreensão a partir da realidade investigada, visando estabelecer sentidos e significados (González Rey, 2002).

Considerando-se os objetivos propostos, foram compostas duas amostras, em razão de o estudo ser desenvolvido em duas fases, que serão explicitadas posteriormente nos procedimentos. Para a primeira fase, a amostra foi composta por 05 pediatras, 02 médicos do programa Saúde da Família, 06 professoras da Educação Infantil e 04 coordenadores de creches. Nessa etapa não foi estabelecido nenhum critério de corte, sendo considerada apenas a disponibilidade do profissional em participar do estudo, fechando a amostra no número acima

indicado. Na segunda fase, a amostra constituiu-se de 09 crianças, na faixa etária entre 03 e 10 anos de idade. Destas, 06 eram do sexo masculino e 03 do sexo feminino. Quanto à escolaridade, 08 freqüentavam a Educação Infantil e 01 (uma) freqüentava uma sala especial do Ensino Fundamental. Para o estabelecimento do tamanho dessa amostra foram ponderados alguns aspectos. Iniciou-se com a constatação da necessidade de realizar vários procedimentos para garantir a validade da avaliação psicodiagnóstica; em seguida concluiu-se que o pouco tempo disponível para todo o processo investigativo inviabilizaria uma amostra com número elevado. Então, a partir da perspectiva metodológica adotada, usou-se como parâmetro a indicação, por parte dos profissionais, dos casos que considerassem mais graves, tendo por referência a maior intensidade dos sintomas, supondo-se que isso poderia indicar um maior nível de sofrimento da criança.

Para o levantamento dos dados, utilizaram-se entrevistas semi-estruturadas, hora do jogo diagnóstica, procedimento de desenhos-estórias e observações.

Segundo Bleger (1989), o campo da entrevista deve ser dinâmico e o ponto fundamental de uma entrevista de investigação está na maneira como o entrevistador observa os dados, em razão de certos pressupostos estabelecidos previamente e das hipóteses que surgem durante esse processo. Partindo desse pressuposto, foi adotado o modelo da entrevista semi-estruturada, que segue um roteiro básico, mas permite que o entrevistador levante outros pontos, caso o considere necessário. Assim sendo, foram elaborados roteiros específicos para cada categoria de participante: médicos, educadores (professores e coordenadores de creche) e pais ou responsáveis.

A hora do jogo diagnóstica parte da concepção de que, através do brincar, a criança fala de si simbolicamente, e a maneira como ela atua durante essa atividade pode revelar o sentido oculto das angústias e dos sintomas que apresenta (Efron, Fainberg, Kleiner, Sigal & Woscoboinik, 1981).

O procedimento de desenhos-estórias é um instrumento que permite investigar aspectos da personalidade, constituindo-se da seqüência de cinco unidades de produção gráfica – desenhos livres – cada uma delas seguida de estória contada a partir daquele estímulo, inquérito e título do desenho. A interpretação do material também parte dos pressupostos psicodinâmicos. (Trinca & Lima, 1989).

Para obtenção de dados também foi utilizada a observação sistemática das crianças em ambiente de creche, sendo elaborado um protocolo para cada hora

¹ Faz-se importante ressaltar que Freud utilizou o termo melancolia para designar estados que hoje se descrevem como sendo o de depressão.

de observação, onde constam os dados registrados na forma de relato cursivo (Costa, 1997).

Conforme indicado anteriormente, os procedimentos ocorreram em duas etapas. Na fase inicial, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 5 pediatras, 2 médicos do programa Saúde da Família, 6 professoras e 4 coordenadores de creches; na segunda fase, com o consentimento dos pais ou responsáveis, realizou-se uma investigação focalizada com as 9 crianças da amostra, residentes na cidade de Paranaíba - PR, encaminhadas tanto pelos médicos quanto pelos educadores entrevistados.

No processo psicodiagnóstico das crianças foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os pais ou responsáveis e com os professores e coordenadores da creche; observações sistemáticas na creche; aplicação da hora do jogo diagnóstica; aplicação do procedimento desenhos-estórias; entrevistas de devolução para os pais ou responsáveis e para os coordenadores da creche, finalizando-se com o encaminhamento da criança para os tratamentos necessários.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando-se os dados obtidos nas entrevistas com os profissionais da amostra, de como estes detectam sinais da depressão infantil, sobressaíram as observações que se seguem:

- a) Os médicos entrevistados apontaram casos em que os sintomas coincidiam com os da depressão na infância descritos na literatura (Reis & Figueira, 2001; Solomon, 2002). Contudo, destacaram que estão expostos a uma sobrecarga de trabalho, com um tempo pequeno para as consultas, e isso dificulta a percepção dos sintomas emocionais. Soma-se a isso o fato de a criança não ser sempre atendida pelo mesmo pediatra e faltarem serviços de atendimento psicológico na rede de saúde pública. Salientaram que há apenas uma psicóloga no Centro Regional de Especialidades, que é referência para a demanda de 28 municípios.
- b) As entrevistas com educadores e coordenadores de creches trouxeram como tema principal as dificuldades relativas ao comportamento das crianças. Segundo esses profissionais, o índice de crianças agressivas, com problemas de indisciplina e hiperatividade, atinge números alarmantes. Apontaram como principal causa a desestruturação familiar, seguida das condições de miserabilidade em que vivem essas crianças.
- c) Verificou-se que a creche é um contexto importante para se identificarem sintomas de depressão. Os

profissionais conseguem acompanhar de perto o dia-a-dia das crianças, por isso percebem as mudanças nos seus padrões de comportamento.

Quanto a reunir dados sobre manifestações depressivas, identificando sinais de depressão infantil, a análise dos procedimentos utilizados no psicodiagnóstico das 9 crianças revelou que todas apresentavam núcleos depressivos significativos e, conseqüentemente, intenso sofrimento psíquico, necessitando de encaminhamento. Cabe destacar que algumas crianças, além dos conflitos depressivos, manifestaram também outros núcleos psicopatológicos, que foram analisados. Os sintomas que apareceram em ordem de maior ocorrência foram: comportamento ambivalente, agressividade, indisciplina, problemas recorrentes de saúde, dificuldades na aprendizagem, distúrbios do sono, exposição a fatores de risco, comportamento retraído, enurese, mudança súbita no comportamento, atraso na linguagem, auto-agressividade, auto-estima rebaixada, hiperatividade, ansiedade, distúrbios alimentares, irritabilidade, presença constante de escoriações pelo corpo, cefaléia e comportamento bizarro.

Na seqüência, partindo de dados dos casos, serão apresentados alguns tópicos considerados relevantes para se pensar o quadro da depressão na infância e os apelos existentes nos sintomas da criança.

As conseqüências das condições de vida adversas puderam ser observadas, no decorrer da pesquisa, em oito dos nove casos. Dois casos chamaram mais a atenção.

Um deles foi o caso de Nádia² (9 anos), que vive em situação de miserabilidade, chegando a desmaiar por diversas vezes na escola por falta de alimentação. No dia da aplicação do procedimento desenhos-estórias a menina relatou para a aplicadora que não tinha almoçado (eram 15 horas), estava sentindo dores de cabeça e tontura e iria voltar para casa a pé (ela mora na zona rural, cerca de 8km do local onde foi aplicado o procedimento).

O outro caso é o de Andréia (5 anos, 6 meses). A mãe encontra-se desempregada e recolhe lixo nas ruas, acompanhada dos filhos. A coordenadora da creche relata que ela já foi denunciada ao Conselho Tutelar por negligência. Na casa vivem quinze pessoas, cinco

² Todos os nomes foram substituídos, a fim de impedir a identificação das crianças, dos pais e dos profissionais. Neste tópico constam partes selecionadas do material clínico. Não se pretende, aqui, fazer uma análise pormenorizada dos casos, mas sim destacar os pontos considerados relevantes ao tema em questão.

adultos e dez crianças. As crianças compartilham o mesmo quarto e camas.

Constatou-se que cinco das nove crianças avaliadas compartilham o mesmo quarto dos pais. Quatro compartilham a cama com um dos pais ou irmãos e verificou-se que uma delas, Gisele (3 anos e 9 meses), encontra-se exposta a uma carga excessiva de estímulos sexuais. Durante as entrevistas de devolução, os responsáveis por essas crianças foram orientados a separar o espaço das crianças no quarto, com cortinas. Muitos alegaram não possuir dinheiro para comprar mais colchões, e quanto à cortina, alguns apontaram a dificuldade em separar o quarto por falta de espaço físico.

As conseqüências da falta de cuidados afetivos familiares foram observadas em sete dos nove casos. No caso de Gisele, a professora relatou que esta passou a apresentar mudança brusca de comportamento após a mãe ter arrumado um namorado e passado a recebê-lo em sua casa. Segundo a professora, Gisele compartilhava a cama com a mãe e o namorado. Relatou que houve uma visível regressão em suas produções gráficas. Os desenhos, que antes seguiam certa organização, passaram a apresentar desorganização e trazer como tema figuras de cobras e aranhas. A queixa da mãe diz respeito à mudança brusca de comportamento, agressividade e medo de monstros, apresentados pela filha.

A análise dos procedimentos psicodiagnósticos revelou uma sobrecarga na área da sexualidade. Durante a produção do seu quinto desenho na hora do jogo diagnóstica, disse que iria ficar escuro e que não ia mais dormir. Repetiu que ia ficar escuro; durante essa fala, apresentou mudança na entonação da voz e na expressão facial, mostrando muita ansiedade. A pesquisadora perguntou o que acontecia quando ficava escuro e ela disse “*a minha mãe não pega eu...*” A pesquisadora perguntou do que tinha medo e ela disse que era do bicho-papão.

A análise dos procedimentos, destarte, mostrou que Gisele expressara, através da mudança de comportamento, estar vivenciando intensos conflitos. Comunicara, através de seu comportamento, a necessidade de ter maior privacidade e de ter alguém que pudesse conter e dar significados a seus conteúdos internos e sentimentos desordenados.

No caso de Vítor (5 anos, 1 mês), ficou também bastante evidente o efeito da configuração familiar na etiologia dos transtornos que apresenta. Até os quatro anos de idade conviveu com o pai alcoolista e violento. A mãe relatou que o marido a agredia fisicamente com frequência na presença dos filhos, e quando ela estava grávida de Vítor ele a golpeava no ventre com chutes e a feria com faca. A criança

atualmente adoece com frequência, é agressiva, ansiosa, apresenta problemas de indisciplina, auto-agressões, distúrbios do sono, dificuldades cognitivas e conduta bizarra, caracterizando traços esquizóides - conversa sozinho e tem dificuldades em interagir com outras crianças. O ambiente familiar desfavorável e emocionalmente instável fez com que faltasse a Vítor a dose de cuidados necessária para que pudesse se desenvolver de forma saudável.

Alan (5 anos, 11 meses) também conviveu durante os primeiros anos com um pai alcoolista, agressivo e com constantes separações do casal parental. Assim como o caso descrito acima, viveu em um ambiente desfavorável e emocionalmente instável durante os primeiros anos de vida.

Através das produções gráficas de Alan, foi possível identificar e perceber a forma como utiliza as defesas, na tentativa de diminuir sua angústia.

Na unidade de produção 3 do procedimento desenhos-estórias Alan diz:

“O príncipe vai passar lá (...) vai achar um tesouro que tem lá (...) ele tem um cavalo bem chifrudo (...) depois vai voltar virado monstro. O inferno é o mundo dos monstros e eles têm que comer morcego (...).”

Na última unidade de produção ele diz:

“Eu vou ensinar uma matemática para você (...) se você tiver tempo, assina aqui, e aqui coloca o nome da estória (...) e aqui se você gostou ou não. Eu vou desenhar o bicho papão, só existe em noites de lua cheia. Ele acaba de nascer (...) e quando ele crescer vai ser mau de assustar as crianças (...). A mãe dele caiu enfeitiçada com poderes da sereia e o bicho papão vai chorar”.

A unidade de produção 3 retrata que seu mundo interno é como um “inferno”, e para se defender dos ataques evoca seus monstros internos, que acabam tomando todo o espaço; por isso não consegue manter controle sobre seus impulsos. Tem que comer morcegos – coisas ruins - e por isso se transforma em monstro. Na última produção deixa claro que tem dificuldades internas; diz que quer ensinar matemática à pesquisadora – simbolicamente comunica que quer somar as coisas boas e diminuir as ruins, e para tanto precisa de alguém que o ajude a metabolizar seus conteúdos confusos e desordenados, tornando-os bons e aceitáveis.

A partir do que foi observado durante os processos psicodiagnósticos, pode-se considerar que as crianças avaliadas não estavam contando com os

necessários cuidados afetivos. Não tinham alguém que exercesse razoavelmente a função de continente e tivesse suficiente condição de *reverie*.

No decorrer da pesquisa ficou muito evidente que as famílias das crianças analisadas encontravam-se em situações de vida muito adversas, com os pais em baixíssimas condições de autocontinência e, conseqüentemente, com poucas chances de ajudar os filhos a ter um bom desenvolvimento emocional.

Das nove crianças da amostra, duas são criadas pelas avós, sendo que uma delas, Gustavo (3 anos, 1 mês), foi gerada e nasceu em um presídio. Gustavo é um menino bastante agressivo, com distúrbios do sono, mudanças súbitas de comportamento, e adoce com muita freqüência. A avó relata que a criança também coloca em risco a própria integridade física. Com dois anos de idade subia até o telhado e no alambrado da casa onde moram. Durante a gestação a mãe fez várias tentativas de aborto e passou por muitas situações de violência; era usuária de drogas e a criança nasceu com comprometimentos respiratórios e cardíacos. Nos primeiros meses apresentou sérios problemas motores, hoje já superados. Ele não conhece a mãe, pois esta ainda está detida. A avó diz que ele a chama de mãe e que se mostra bastante confuso diante dos primos, que a chamam de “vó”.

Na creche ele se isola das demais crianças e aproxima-se delas sorratamente para agredi-las. Gosta de jogos com peças de encaixe e massinha de modelar. A análise dos procedimentos revela que Gustavo não sente o acolhimento de que necessita, e projeta de forma agressiva, no meio externo, a desorganização que sente internamente. Através do brinquedo, deixa claro seu desejo de ordenar e organizar; percebe que algo não se “encaixa”, que algo não vai bem e que há uma história oculta, daí o interesse por jogos que ordenam e dão formas. É uma tentativa de entender, construir e ordenar aspectos da sua vida.

Outro caso em que fica bastante evidente a falta da função materna é o de Júlio (3 anos, 9 meses), cuja mãe está em tratamento de depressão. A pediatra relata que ele já esteve em risco de morte por falta de cuidados maternos; na ocasião a mãe foi ameaçada de perder a guarda da criança caso não seguisse as recomendações médicas. A inadequação da interação mãe-filho no primeiro ano de vida de Júlio reflete-se através dos sintomas: ele adoce com bastante freqüência, apresenta doença respiratória crônica, retraimento e atraso no desenvolvimento da linguagem.

Através da análise do caso de Vítor (5 anos, 1 mês), pode-se perceber quanto a falta de um ambiente

favorável e de adultos capazes da função de continência prejudicou a sua capacidade de simbolizar. Vítor apresenta sérias dificuldades em criar e manter vínculos com o mundo externo. Demonstra tendências a descarregar seus atos impulsivos em situações em que seria esperada manifestação de pensamento. Isso pode ser observado nas seguintes situações: faz caretas e apresenta comportamento bizarro quando a professora lhe pede que faça alguma atividade; joga-se e arrasta-se pelo chão; canta e conversa sozinho enquanto seus colegas estão fazendo a tarefa; agride os colegas; apresenta auto-agressão verbal e física (diz que não presta e bate a cabeça na parede).

Outro caso em que se verificou perturbação no desenvolvimento mental saudável foi o de Maurício (5 anos, 6 meses). Essa criança sofre maus-tratos por parte do pai adotivo desde sua primeira infância; a mãe é passiva e também sofre violência por parte do marido. Maurício apresenta uma estrutura psíquica desorganizada, que se manifesta através do seu comportamento ambivalente e significativa atenção ansiosa em relação ao ambiente. Durante o início da hora do jogo diagnóstica, quando cometia algo que considerasse inapropriado, como sujar a mão de tinta ou danificar um brinquedo, olhava com expressão assustada para a pesquisadora e ficava paralisado, como que à espera de uma punição ou de um gesto que o autorizasse a continuar. A atitude compreensiva da pesquisadora aos poucos foi acalmando-o e fazendo com que retomasse suas atividades de maneira tranqüila.

A análise do material de Glauco (6 anos 1 mês) mostra de maneira bastante clara o conflito ambivalente em relação à perda da figura da mãe e os ataques que sofre de elementos superegóticos que colocam em risco sua organização egóica. Glauco é órfão de mãe e vive com a avó paterna, o pai e um irmão menor. A mãe dele faleceu há três meses e a avó relata que ela não cuidava bem dos filhos, maltratava e espancava o menino constantemente. Os pais de Glauco se separaram quando ele tinha quatro anos; logo depois a mãe o levou para morar com o pai e a avó paterna, alegando que não tinha paciência e não queria mais se ocupar desse filho. A avó relata que ele não gostava da mãe, tinha muito medo dela e em nenhum momento pedia para vê-la.

Glauco apresentava padrões persistentes de hiperatividade/impulsividade. Em suas produções abordou, de forma repetitiva, temas ligados à morte e à destruição.

Nas duas últimas produções, Glauco fala simbolicamente das suas necessidades não atendidas

pelo meio e do esforço que faz para manter em equilíbrio sua estrutura psíquica. Na quarta produção desenha duas casas, sendo uma da “mulher coelho” que faz comida para o marido e a outra do homem faminto que não tem comida em casa e não consegue ir até a casa comer a comida da mulher, pois no caminho existem muitos obstáculos.

Através da história de vida de Glauco, presume-se que seu ego esteja fragilizado pela falta de objetos bons com que pudesse ter-se identificado em uma fase mais primitiva do seu desenvolvimento. Dessa maneira, a parte cindida do ego que deu origem ao superego parece ter adquirido qualidades de uma consciência mais severa. Glauco dá mostras de vivenciar uma culpabilidade imaginária. A fantasia interna de ter destruído a mãe com seus ataques se confunde com a realidade externa, provocando intenso conflito. A análise das produções revela que ele se esforça no sentido de preservar aspectos da mãe boa e nutridora, que faz comida e prepara alimentos bons; no entanto esta é inatingível, ele não consegue apoderar-se dos aspectos bons e aproximar-se dela. A impossibilidade de fazer reparações aumenta o sentimento de culpa e intensifica ainda mais o seu sofrimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há um consenso entre os autores pesquisados de que a depressão na criança interfere em atividades fundamentais da vida e nas fases de desenvolvimento. Em razão disso, é muito importante o diagnóstico precoce, além, é claro, da efetivação de medidas visando à promoção da saúde mental.

A depressão mostrou-se presente de forma incisiva nas crianças analisadas. Considerando-se que várias dessas crianças estavam sendo qualificadas como "desatentas", "hiperativas", "portadoras de tendência anti-social", vê-se a importância do psicodiagnóstico para que elas pudessem ser atendidas naquilo que seus sintomas significavam: um pedido de ajuda.

Vemos então a importância de os pais, educadores e profissionais da área da saúde estarem atentos às manifestações das crianças, buscando seus significados mais profundos.

Cabe ainda destacar que, ao se abordar o tema da depressão na infância, é necessário considerar a multifatorialidade, incluindo as condições externas da existência, de forma que as crianças possam ter efetivamente acesso aos seus direitos fundamentais no que diz respeito à vida e à saúde, envolvendo não

apenas o bem-estar físico, mas também o emocional e o social.

REFERÊNCIAS

- Andrade, V. M. (2003). O ego corporal e o *continuum* cérebromente: o modo de ação clínica da psicanálise na perspectiva da interface com a neurociência. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 37(4), 1051-1065.
- Angerami-Camon, V. (2002, set.). Criança também se autodestrói. *Viver Psicologia*. São Paulo: Segmento, ano XI(116) p.14
- Baptista, C. A. & Golfeto, J. H. (2000). Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27(5), 253-255.
- Belizário, J. F. A. (1998). Precoce dor das crianças. *O Estado de Minas*. Disponível em: <<http://netserv.estaminas.com.br/sos7777/infantil.htm>>. (Acessado em: 15/04/2003).
- Bion, W. R. (1991). *O aprender com a experiência*. (P. D. Corrêa, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1962).
- Bleger, J. (1989). A entrevista psicológica: seu emprego no diagnóstico e na investigação. Em J. Bleger (Org.) *Temas de psicologia: entrevista e grupos* (R. M. M. Moraes, Trad.), (pp. 08-41). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1979).
- Bock, L. & Côrtes, C. (2000). Mãe, estou deprê. *Isto É*. São Paulo, 1620, 48-50.
- Cassorla, R. M. S. (1992). O início do funcionamento mental segundo a psicanálise: reflexões para psicopedagogos. *Revista de Psicopedagogia*, 11(23), 16-23.
- Cavalcanti, R. S. C. (1996). Socialização e depressão infantil. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 6(1-2), 57-62.
- Costa, P. J. (1997). Observação de bebês: uma experiência no ensino de psicologia do desenvolvimento. *Psicologia Argumento*, 15(21), 81-90.
- Efron, A. M., Fainberg, E., Kleiner, Y., Sigal, A. M. & Woscoboinik, P. (1981). A hora do jogo diagnóstica. Em Ocampo, M.L.S., Arzeno, M. E. G., Piccolo, E. G. & cols. O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas. (M. Felzenszwalb, Trad.), (pp.167-202). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1979).
- Freud, S. (1969). *O ego e o id*. (J. Salomão, Trad.). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas (Vol. XIX, pp. 25-71). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923).
- Freud, S. (1985). Luto e melancolia (M. Carone, Trad.). *Jornal de Psicanálise*. 18(36), 27-45. (Trabalho original publicado em 1917).
- González Rey, R. L. (2002) *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. (M. A. F. Silva, Trad.). São Paulo: Pioneira Thomson Learning. (Trabalho original publicado em 2000).
- Klein, M. (1991). Sobre o desenvolvimento do funcionamento mental. Em M Klein. *Inveja e gratidão e outros trabalhos*

- (1946-1963). (L. P. Chaves, Coord. Trad.), (pp. 268-279). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958).
- Kuczynski, E., Marcolin, M. A. & Assumpção JR., B. A. (2001). Atualização sobre o tratamento de depressão na infância e adolescência. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria Biológica*, 45(9), 46-51.
- Marcelli, D. (1998, 5ª. ed.). *Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra*. (P. C. Ramos, Trad.), Porto Alegre: ArtMed. (Trabalho original publicado em 1982).
- Miller, J. (2003). *O livro de referência para a depressão infantil*. (M. M. Tera, Trad.). São Paulo: M. Books.
- Moreira, M. S. (1996). A psicose maníaco-depressiva na infância e na adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45(2), 69-74.
- Reis, R. L. R. & Figueira, I. L. V. (2001). Transtorno depressivo na clínica pediátrica. *Revista Pediatria Moderna*, 37, 212-222.
- Rotondaro, D. P. (2002). Os desafios constantes de uma psicóloga no abrigo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 3, 8-13.
- Scivoletto, S. & Tarelho, L. G. (2002). Depressão na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Medicina*, 59(8), 555-557.
- Solomon, A. (2002). O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão. (M. Campello, Trad.). Rio de Janeiro: Objetiva.
- Souza R. P. & Eisenstein, E. (1993). *Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Steiner, J. (1997). *Refúgios psíquicos: organizações patológicas em pacientes psicóticos, neuróticos e fronteirços*. (R. Quintana & M. L. Sette, Trans.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1993).
- Trinca, W. & Lima, C. B. (1989). O procedimento de desenhos-estórias: características e fundamentação. *Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia*, 3(1), 78-84.
- Winnicott, D. W. (1971). *A criança e o seu mundo*. (Á. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1965).
- Zimerman, D. E. (2004). *Bion: da teoria à prática – uma leitura didática*. Porto Alegre: ArtMed.

Recebido em 04/10/2004

Aceito em 15/04/2005

Endereço para correspondência: Rosana Simão dos Santos Calderaro, Rua Salgado Filho, 1215, ap. 6, CEP 87.705-040, Paranavaí-PR. E-mail: rosana.cal@bol.com.br