

Regulação emocional em crianças com e sem sintomas de depressão

Miriam Cruvinel

Evely Boruchovitch¹

Universidade Estadual de Campinas

Resumo

O objetivo do presente trabalho é avaliar a regulação emocional de crianças com e sem sintomas de depressão. A amostra foi composta por 54 alunos de 3ª e 4ª séries do ensino fundamental, sendo 27 com sintomas depressivos (G1) e 27 sem sintomatologia (G2). Utilizou-se o Inventário de Depressão Infantil – CDI (Kovacs, 1992) e a Entrevista com Pranchas para Avaliação da Regulação Emocional de Alunos do Ensino Fundamental – EPRE (Cruvinel & Boruchovitch, 2004). Os resultados indicaram que os dois grupos relataram usar estratégias semelhantes para lidar com as diferentes emoções, no entanto, os alunos do G1 sentem mais frequentemente tristeza e raiva e têm mais dificuldade na percepção de emoções como tristeza, medo e alegria. Tendo em vista os resultados obtidos, discute-se a importância do desenvolvimento de programas orientados para a prevenção e, especialmente, para a intervenção em depressão na infância e na adolescência, visando não só reduzir a prevalência de depressão, mas também melhorar as estratégias de regulação emocional e depressão e o bem-estar psicológico dos alunos do ensino fundamental.

Palavras-chave: regulação emocional; depressão infantil; ensino fundamental.

Abstract

Emotional regulation in children with and without depressive symptoms. The purpose of the present study is to examine the emotional regulation of children with and without depressive symptoms. The sample was composed of 54 Basic Education students of 3rd and 4th grades. Of the total sample, 27 presented depressive symptoms (G1) and 27 did not (G2). Data was collected through Child Depressive Inventory - CDI (Kovacs, 1992) and an interview with questions to evaluate the emotional regulation of basic education pupils – EPRE (Cruvinel & Boruchovitch, 2004). Results evinced that both groups employ similar emotional regulation strategies. However, students with depressive symptoms not only reported more sadness and anger feelings, but also demonstrated more difficulty to identify their sadness, happiness and fear. Results are discussed in terms of the importance of implementing programs, not only devoted to prevent depression in childhood and adolescence, but also aimed at improving basic students well-being and emotional regulations strategies.

Keywords: emotional regulation; depressive symptoms; basic education.

A presença de sintomas depressivos na criança é considerada uma condição pouco favorecedora para o desenvolvimento infantil. Em crianças e adolescentes, a depressão tem sido associada a comprometimentos no funcionamento cognitivo, familiar, psicossocial e emocional (Baptista, De Lima, Capovilla, & Melo, 2006; Cruvinel & Boruchovitch, 2006; Fu I, Curatolo, & Friedrich, 2000; Goodman, Schwab-Stone, Lahey, Schaffer, & Jensen, 2000; Hasan & Power, 2002; Santana, 2008).

O Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV TRTM (2002) classifica a depressão como transtorno de humor, cuja característica principal é alteração de humor e perda de interesse pelas atividades diárias. Ainda de acordo com o DSM-IV TRTM (2002), os sintomas da depressão, independentes da idade, são: humor deprimido, falta de interesse, perda ou ganho de peso, alteração de sono, agitação

ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou de indecisão e dificuldade de concentração e pensamentos de morte ou tentativas de suicídio. É importante lembrar que o DSM-IV TRTM (2002) não diferencia a depressão na infância da depressão em outras fases da vida. O manual descreve que os sintomas básicos de um Episódio Depressivo Maior no adulto são os mesmos para crianças e adolescentes, de forma que a depressão na população infantil pode ser diagnosticada pelos mesmos critérios que a depressão maior no adulto. No entanto, o manual menciona algumas variações, caso o Episódio Depressivo Maior ocorra em uma criança. Mais especificamente, as ressalvas referem-se à alteração do humor, do apetite e dificuldade de concentração. Neste caso, a criança pode manifestar irritabilidade, ao invés de tristeza. Há também uma tendência, nessa faixa etária de perda de peso e, finalmente, a criança pode apresentar queda no rendimento escolar devido

à dificuldade de concentração e atenção.

Alguns estudiosos, preocupados em compreender a complexidade da depressão na infância, têm direcionado sua atenção para a forma como a criança e o adolescente com sintomatologia depressiva regulam suas emoções. Há pesquisas sugerindo que crianças com depressão não empregam de maneira eficiente estratégias de regulação afetiva (Asarnow, Carlson, & Guthrie, 1987; Borges, Manso, Tomé, & Matos, 2006; Burwell & Shirk, 2007; Li, DiGiuseppe, & Froh, 2006; Miller, 2003).

A autorregulação das emoções é o termo usado para definir os processos envolvidos na forma de lidar com níveis elevados de emoções positivas e negativas (Kopp, 1989). Gross (1998) acrescenta que regulação emocional consiste em estratégias automáticas ou controladas e conscientes ou inconscientes, que influenciam um ou mais componentes da resposta emocional, incluindo os sentimentos, os comportamentos e as respostas fisiológicas associadas às emoções. De acordo com Lisboa et al. (2002), as estratégias de enfrentamento procuram diminuir a sensação física desagradável diante da situação estressante, bem como modificar o estado emocional do indivíduo.

Numa visão cognitiva baseada na Teoria do Processamento da Informação, Garber, Braafladt e Zeman (citados por Boruchovitch, 2004), propõem um modelo para o desenvolvimento da autorregulação afetiva, em que sugerem algumas etapas para um controle eficiente das emoções. A primeira delas é a percepção do aparecimento da emoção e da necessidade ou não de controlá-la, seguida pela identificação da causa do afeto e do que poderia ser feito. A terceira etapa consiste no estabelecimento de metas e a quarta seria levantar possibilidades de respostas para se alcançar a meta. Em seguida, é importante avaliar os possíveis resultados e, por último, o desempenho das respostas escolhidas.

Na literatura a respeito das estratégias usadas por crianças em idade escolar, tem sido descrita uma grande variedade de estratégias de regulação emocional. Em linhas gerais, as pesquisas revelam que cada emoção requer o emprego de diferentes estratégias de regulação ou de enfrentamento (Arándiga & Tortosa, 2004). Para lidar com a tristeza, têm sido empregadas estratégias, tais como reestruturação cognitiva, execução de atividades de lazer, atividades sociais e esportivas. Para a raiva, as estratégias usadas são: distração, autoverbalizações, assertividade, mudança de pensamento, relaxamento muscular, afastar-se da situação, entre outras. No caso do medo, as estratégias estão relacionadas aos comportamentos de solicitação de ajuda, à identificação da origem do medo e à avaliação de sua veracidade. Estratégias de regulação da alegria implicam o uso das que objetivam a manutenção do sentimento de satisfação, o prolongamento do bem-estar físico e psicológico, por ela produzido (Arándiga & Tortosa, 2004).

Quais estratégias de regulação emocional usadas pela criança depressiva e como ela lida com as dificuldades do cotidiano e, conseqüentemente, com as diferentes emoções são questões ainda pouco investigadas. No entanto, pode-se pensar que a forma pela qual ela administra suas emoções talvez possa aumentar ou diminuir o risco para a depressão, e estar associada não somente com o início, mas também com sua duração e recorrência. Alguns estudos revelam que as crianças com essa

sintomatologia tendem a ter pouco controle de suas emoções e normalmente usam estratégias de regulação da emoção ineficazes (Asarnow, Carlson, & Guthrie, 1987; Borges et al, 2006; Burwell & Shirk; 2007; Li, DiGiuseppe, & Froh, 2006; Miller, 2003).

Tendo em vista que os estudos sobre a forma como a criança depressiva lida com suas emoções são escassos e reconhecendo a importância das emoções no processo de desenvolvimento, faz-se necessário investigar como as crianças com sintomas de depressão lidam com suas emoções, especialmente emoções como tristeza, raiva, medo e alegria. É essencial conhecer ainda se as crianças com sintomatologia depressiva usam estratégias de regulação emocional semelhantes às mencionadas pelos alunos sem sintomas de depressão. Assim, com base na literatura, a hipótese levantada neste estudo é que os participantes com sintomatologia tendem a apresentar um uso menos frequente e pouco eficiente de estratégias de regulação emocional, quando comparados aos participantes sem sintomas de depressão.

Método

Participantes

A amostra foi composta por 54 crianças, distribuídas em dois grupos, sendo o grupo 1 (G1) formado por 27 crianças com sintomas depressivos e o grupo 2 (G2), por 27 crianças sem sintomas de depressão. Para cada participante com sintomatologia depressiva foi escolhida outra criança de mesma série e gênero, sem sintomas de depressão, para compor o grupo 2. Para a seleção dos alunos com e sem sintomatologia depressiva, foi empregado o Inventário de Depressão Infantil – CDI. Assim sendo, os participantes do G1 apresentavam escores no CDI acima de 17 pontos e os do G2 tinham escores no CDI entre 0 a 6 pontos. Cabe ressaltar que, para compor o G1, foram selecionados os alunos que apresentaram menor pontuação no CDI. Dessa forma, a escolha de crianças com escore de 0 a 6 pontos no CDI se deu em função da dificuldade de emparelhamento.

Os participantes foram de ambos os sexos, com idade entre oito e doze anos, de nível socioeconômico baixo e estudantes de 3ª e 4ª séries do ensino fundamental de uma escola pública da cidade de Campinas. A participação do aluno no presente estudo foi voluntária e sem nenhum prejuízo, caso não desejasse participar.

Instrumentos

Empregou-se, no presente estudo, o Inventário de Depressão Infantil (CDI), desenvolvido por Kovacs, em 1992, e traduzido para o português por Baptista (1997). Utilizou-se também a Entrevista com uso de Pranchas ilustrativas para Avaliação da Regulação Emocional de Alunos do Ensino Fundamental – EPRE (Cruvinel & Boruchovitch, 2004). A seguir, a descrição dos dois instrumentos:

Inventário de depressão infantil – CDI. O Inventário de Depressão Infantil – CDI é uma escala de autoavaliação empregada na identificação de sintomas de depressão em pessoas de 7 a 17 anos. É constituído por 27 itens, que avaliam

sintomas afetivos, cognitivos e comportamentais da depressão. A criança possui três alternativas de resposta para cada item e a correção varia de uma escala de 0 (ausência de sintoma) a 2 pontos (sintoma grave). A criança é orientada a selecionar o item que melhor descreve seus sentimentos durante as duas últimas semanas. Assim como em estudos anteriores (Cruvinel, 2003; Cruvinel, 2009; Sideridis, 2005; Weisz, Thurber, Proffitt, Sweeney, & Legagnoux, 1997), na presente investigação optou-se pela retirada do item nove, que avalia a intenção de suicídio, de forma que o inventário ficou composto por 26 itens no total. O ponto de corte foi 17.

Estudos internacionais mostraram que o CDI apresenta aceitáveis parâmetros psicométricos. No Brasil, os índices de consistência interna variam de 0,73 a 0,83 (Cruvinel, 2003; Gouveia, Barbosa, Almeida, & Gaião, 1995; Hallak, 2001). No presente estudo, o CDI apresentou um *Alfa de Cronbach* de 0,88.

Entrevista com pranchas para avaliação da regulação emocional de alunos do ensino fundamental – EPRE (Cruvinel & Boruchovitch, 2004). O instrumento é formado por 24 questões e oito pranchas ilustrativas, as quais possuem a finalidade de investigar as estratégias de regulação emocional empregadas por crianças do ensino fundamental. As questões foram agrupadas em quatro tipos de emoções: tristeza, raiva, medo e alegria. Assim, cada uma das quatro emoções é avaliada por seis questões, totalizando as 24 perguntas, elaboradas a partir da literatura a respeito das habilidades envolvidas na autorregulação emocional, mais precisamente habilidades como percepção das emoções, monitoramento e regulação de estados emocionais, à luz da Psicologia Cognitiva baseada na Teoria do Processamento da Informação. Para o participante são dadas as seguintes instruções: “Você sabe que todas as pessoas, inclusive as crianças, têm emoções como alegria, tristeza, raiva, medo, nervoso e outras. Eu vou fazer perguntas sobre algumas dessas emoções e gostaria de saber o que você faz quando você sente, por exemplo, tristeza. Podemos começar?”.

Assim como em outros estudos, com o objetivo de motivar o participante, optou-se pela inclusão, na entrevista, de pranchas com ilustrações, concomitante à apresentação das perguntas (Dias, Vikan, & Gravas, 2000; Neves, 2002; Neves & Boruchovitch, 2004). Neste sentido, para cada emoção existe uma prancha com o desenho de uma criança, expressando a emoção que será investigada. Dessa forma, o instrumento é composto por oito pranchas, sendo: menino e menina tristes, menino e menina com raiva, menino e menina com medo e menino e menina alegres. A escolha da prancha coincide com o sexo do participante de maneira que, para as meninas, foram usadas as pranchas com desenhos de crianças do sexo feminino e, para os meninos, as pranchas com desenhos de meninos. Após as instruções, a prancha é apresentada ao participante. O pesquisador mostra a prancha que contém o desenho da criança do mesmo sexo do participante, expressando a emoção a ser investigada. O pesquisador deve dizer que na prancha tem um menino (a) muito triste. A partir daí, a prancha é retirada e iniciam-se as questões relativas às emoções. O mesmo procedimento é realizado com todas as emoções.

A título de ilustração, apresenta-se, a seguir, o exemplo de algumas questões que avaliam estratégias referentes à tristeza: “Você costuma sentir-se triste?”; “Você costuma perceber quando se sente triste?”; “Quando você se sente triste, costuma fazer alguma coisa para melhorar a sua tristeza?”; “Quando você está triste, acha que sua tristeza o atrapalha em alguma coisa?”; “O que costuma deixar você triste?”

Procedimento de contato e coleta de dados

Após a aprovação do presente estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Nº 003/2005), foi iniciada a coleta de dados. Todos os cuidados éticos tomados nesta investigação foram baseados na Resolução nº 196/96, do Ministério da Saúde. Inicialmente, foi solicitada aos pais, ou responsável pelas crianças, uma autorização por escrito, permitindo sua participação na pesquisa. O termo de consentimento foi enviado para os pais de todos os alunos matriculados na 3ª e na 4ª séries e teve como finalidade a apresentação dos objetivos do estudo, o tipo de participação requerida, bem como assegurar a ausência de prejuízos decorrentes da não autorização. Com a aceitação da escola, o consentimento da família e após um estudo piloto, foi iniciada a coleta de dados, conduzida em duas etapas. A primeira consistiu na seleção dos grupos. Para o rastreamento das crianças com e sem sintomas de depressão, utilizou-se o Inventário de Depressão Infantil (CDI) de Kovacs (1992), aplicado coletivamente pelo primeiro autor nas salas de aula, com os participantes, cujos pais assinaram o termo de consentimento. Na segunda etapa, o grupo 1, crianças com sintomas depressivos e grupo 2, crianças sem sintomas de depressão, selecionados anteriormente pelo CDI foram convocados para entrevista individual, na qual foi aplicada a Entrevista com as Pranchas para Avaliação da Regulação Emocional de Alunos do Ensino Fundamental – EPRE, desenvolvida por Cruvinel e Boruchovitch (2004).

Procedimentos para análise de dados

A análise dos dados foi conduzida em dois momentos. As respostas dos participantes às questões abertas da EPRE foram analisadas mediante os procedimentos de análise de conteúdo (Bardin, 1991; Berelson, 1952). Nesse sentido, foram construídas categorias para cada pergunta, tendo como referência a literatura da área (Arándiga & Tortosa, 2004; Dell’Aglia & Hutz, 2002; Lisboa et al., 2002; Oliveira, Dias, & Roazzi, 2003). Visando maximizar a consistência da análise de dados, cada categoria foi definida operacionalmente, e um conjunto de regras para a classificação de uma resposta numa dada categoria foi cuidadosamente desenvolvido por Cruvinel e Boruchovitch, em 2008 (Cruvinel, 2009).

Conforme recomendam os procedimentos da análise de conteúdo (Bardin, 1991; Berelson, 1952), a consistência do processo de categorização foi avaliada por dois juízes independentes, que analisaram cerca de 40% das respostas totais dos participantes, selecionadas aleatoriamente. A porcentagem de concordância entre o pesquisador e os juízes foi estimada para cada questão e variou de 75% a 100%, atingindo um valor total médio de 82,75%. O sistema precisou ser revisto somente para uma questão.

Para a avaliação da autorregulação emocional, foi conduzida

uma análise descritiva e comparativa dos dois grupos de participantes. Para a comparação das variáveis categóricas entre os grupos, foi utilizado o teste Qui-Quadrado ou, quando necessário, o teste exato de Fisher (em caso de presença de valores esperados menores que 5, nas células).

Resultados

A partir da análise dos dados, verificou-se diferença significativa entre os dois grupos, no que concerne à frequência e à percepção de algumas emoções. As respostas do G1 e do G2 em relação à frequência das emoções podem ser visualizadas

na Tabela 1.

Nota-se, na Tabela 1, que houve diferença significativa entre os participantes do G1 e do G2 nas questões: “Você costuma se sentir triste?” ($\chi^2(2) = 12,66; p = 0,002$) e “Você costuma sentir raiva?” ($p = 0,020$). Por outro lado, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos nas questões: “Você costuma sentir medo?” e “Você costuma se sentir alegre?”. Dessa forma, os resultados sugerem que a tristeza e a raiva ocorrem mais frequentemente entre as crianças do G1, grupo com sintomas de depressão.

Quanto à questão que investiga a percepção das emoções, a comparação entre o G1 e o G2 encontra-se na Tabela 2.

Tabela 1
Comparação entre os grupos no que concerne à frequência das emoções de tristeza, raiva, medo e alegria

	Você costuma se sentir triste?		Você costuma sentir raiva?		Você costuma sentir medo?		Você costuma se sentir alegre?	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Sim	11 (40,74%)	2 (7,41%)	8 (29,63%)	1 (3,70%)	12 (44,44%)	6 (22,22%)	18 (66,67%)	22 (81,48%)
Não	1 (3,70%)	9 (33,33%)	3 (11,11%)	8 (29,63%)	3 (11,11%)	7 (25,93%)	0	0
Às vezes	15 (55,56%)	16 (59,26%)	16 (59,26%)	18 (66,67%)	12 (44,44%)	14 (51,85%)	9 (33,33%)	5 (18,52%)
Significância	$(X^2(2) = 12,66; p = 0,002)^a$		$p = 0,020^b$		$(X^2(2) = 3,75; p = 0,153)^a$		$(X^2(1) = 1,54; p = 0,214)^a$	

^a Teste Qui-quadrado

^b Teste Exato de Fisher

Tabela 2
Comparação entre os grupos no que concerne à percepção das emoções de tristeza, raiva, medo e alegria

	Você costuma perceber quando se sente triste?		Você costuma perceber quando sente raiva?		Você costuma perceber quando sente medo?		Você costuma perceber quando se sente alegre?	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Sim	13 (50,0%)	23 (85,19%)	17 (62,96%)	18 (66,67%)	13 (48,15%)	23 (85,19%)	16 (59,26%)	26 (96,30%)
Não	6 (23,08%)	3 (11,11%)	7 (25,93%)	7 (25,93%)	10 (37,04%)	4 (14,81%)	5 (18,52%)	1 (3,70%)
Às vezes	7 (26,92%)	1 (3,70%)	3 (11,11%)	2 (7,41%)	4 (14,81%)	0	6 (22,22%)	0
Significância	$p = 0,012^a$		$p = 1,000^a$		$p = 0,007^a$		$p = 0,003^a$	

^a Teste Exato de Fisher

A Tabela 2 sugere menor percepção da tristeza, do medo e da alegria entre as crianças do grupo com sintomas de depressão. O Teste Exato de Fisher revelou diferença significativa entre os dois grupos nas questões relativas à percepção da tristeza, “Você costuma perceber quando você se sente triste?” ($p = 0,012$), do medo, “Você costuma perceber quando você sente medo?” ($p = 0,007$) e da alegria, “Você costuma perceber quando você se sente alegre?” ($p = 0,003$). Não foi encontrada diferença significativa entre os grupos no que concerne à percepção da raiva.

A Tabela 3 mostra a comparação entre os grupos quanto ao emprego de estratégias de regulação emocional para melhorar emoções de tristeza, raiva e medo e estratégias de manutenção da alegria.

Observa-se, na Tabela 3, que os participantes do G2 sem sintomatologia depressiva, tendem a relatar mais frequentemente estratégias para lidar com as emoções. No entanto, mediante o Teste Exato de Fisher, observou-se diferença significativa entre os dois grupos apenas na questão: “Quando você se sente triste você costuma fazer alguma coisa para melhorar sua tristeza?” (p

$= 0,046$), sugerindo que as crianças do G1 mencionaram menor uso de estratégias para lidar com a tristeza. Para administrar a raiva e o medo e para a manutenção da alegria não foram observadas diferenças significativas.

As respostas dos participantes a respeito das estratégias para melhorar a tristeza, raiva e medo, bem como estratégias para manutenção da alegria podem ser visualizadas na Tabela 04.

A Tabela 04 mostra que para lidar com a tristeza, dentre as categorias encontradas, a realização de Atividades Prazerosas e Agradáveis foi a mais frequente, em ambos os grupos. O mesmo acontece em relação à manutenção da alegria, ou seja, tanto as crianças do G1 como os participantes do G2 costumam ter Atividades Prazerosas como uma forma de se manterem alegres. Para melhorar a raiva, observa-se na Tabela 04 que o G1 tende a usar estratégias mais relacionadas ao Controle do Comportamento e da Emoção, enquanto que o G2 realiza atividades agradáveis. Para diminuir o medo, a Resolução de Problema surge como uma estratégia mais frequentemente mencionada pelos participantes de ambos os grupos.

Tabela 3
 Comparação entre os grupos no que concerne ao emprego de estratégias para melhorar a tristeza, a raiva, o medo e a manutenção da alegria

	Quando você se sente triste, você costuma fazer alguma coisa para melhorar sua tristeza?		Quando você sente raiva, você costuma fazer alguma coisa para melhorar sua raiva?		Quando você sente medo, você costuma fazer alguma coisa para melhorar seu medo?		Quando você está alegre, você consegue ficar alegre por bastante tempo?	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Sim	13 (48,15%)	22 (81,48%)	13 (48,15%)	21 (77,78%)	12 (44,44%)	18 (66,67%)	17 (62,96%)	22 (81,48%)
Não	10 (37,04%)	3 (11,11%)	12 (44,44%)	6 (22,22%)	13 (48,15%)	8 (29,63%)	7 (25,93%)	4 (14,81%)
Às vezes	4 (14,81%)	2 (7,41%)	2 (7,41%)	0	2 (7,41%)	1 (3,70%)	3 (11,11%)	1 (3,70%)
Significância	$p = 0,046^a$		$p = 0,060^a$		$p = 0,358^a$		$p = 0,334^a$	

^a Teste Exato de Fisher

Tabela 4
 Frequência e porcentagem das categorias de estratégias para melhorar a tristeza, raiva e medo, e estratégias para manutenção da alegria

	Grupo 1		Grupo 2	
	N	%	N	%
O que você costuma fazer para melhorar a tristeza				
Atividades Prazerosas e Agradáveis	10	58,82%	19	79,17%
Controle Pensamento	4	23,53%	4	16,67%
Busca de Suporte Afetivo-social	4	23,53%	3	12,50%
Distração	0	0	5	20,83%
Controle do Comportamento e Emoção	1	5,88%	1	4,17%
Não Sabe	0	0	1	4,17%
O que você costuma fazer para melhorar a raiva				
Atividades Prazerosas e Agradáveis	3	20%	10	47,62%
Controle do Comportamento e Emoção	6	40%	4	19,05%
Controle Pensamento	3	20%	5	23,81%
Distração	2	13,33%	2	9,52%
Resolução do Problema	1	6,67%	3	14,29%
Busca de Suporte Afetivo-social	1	6,67%	2	9,52%
Externalização da Raiva	2	13,33%	0	0
Não Sabe	1	6,67%	1	4,76%
O que você costuma fazer para melhorar o medo				
Resolução do Problema	5	35,71%	7	36,84%
Controle Pensamento	4	28,57%	3	15,79%
Busca de Suporte Afetivo-social	2	14,29%	4	21,05%
Distração	2	14,29%	2	10,53%
Atividades Prazerosas e Agradáveis	2	14,29%	1	5,26%
Controle do Comportamento e Emoção	1	7,14%	2	10,53%
Não Sabe	0	0	1	5,26%
O que você costuma fazer para se manter alegre				
Atividades Prazerosas e Agradáveis	15	75%	18	78,26%
Busca de Suporte Afetivo-social	2	10%	4	17,39%
Não Sei, Vago ou Distorcido	2	10%	2	8,70%
Comportamento Inalterado	3	15%	1	4,35%
Controle Pensamento	1	5%	2	8,70%
Ambiente Escolar	0	0	1	4,35%

Discussão

O objetivo do presente estudo foi investigar a regulação emocional de crianças do ensino fundamental, com e sem sintomas depressivos. Aventou-se a hipótese de que as crianças com sintomatologia depressiva relatariam um uso menos frequente e eficiente de estratégias de regulação da emoção. Os resultados obtidos permitiram confirmá-la apenas parcialmente. Em linhas gerais, verificou-se que os participantes do G1, com sintomas, sentem mais tristeza e raiva e apresentam menor percepção da tristeza, do medo e da alegria. Observou-se ainda

que, ao contrário do G2, as crianças do G1 tendem a relatar menor uso de estratégias para melhorar a tristeza. A hipótese de que o G1 relataria um emprego menos frequente de estratégias de regulação emocional não foi confirmada.

Segundo Fu I, Curatolo e Friedrich (2000), a tristeza e irritabilidade normalmente são reações afetivas comuns e esperadas, no entanto, dependendo da sua intensidade e frequência, essas emoções podem ser também sinais de quadros afetivos patológicos em crianças. Vale ressaltar que o DSM-IV TRTM (2002) descreve a alteração de humor como sendo o primeiro critério de diagnóstico para o Episódio Depressivo

Maior. Entendem-se aqui, como alteração de humor, a tristeza e o sentimento de raiva e irritação. De acordo com o DSM-IV TRTM (2002), a raiva e irritabilidade são especialmente comuns entre as crianças e os adolescentes com depressão.

A dificuldade de as crianças com sintomas depressivos perceberem a tristeza, o medo e a alegria pode ser mais bem explicada pelo processo de autorregulação afetiva. De acordo com a literatura, o primeiro passo para que a autorregulação das emoções seja eficiente é a percepção e a tomada de consciência de tais emoções (Boruchovitch, 2004). Se o indivíduo nem sequer nota suas emoções e nem percebe sua existência, dificilmente terá alguma reação com o objetivo de neutralizá-las. Cabe mencionar ainda que, se o indivíduo não identifica suas emoções, as alterações fisiológicas peculiares a elas devem também passar despercebidas por ele. Pode-se supor, então, que exista uma falha no processo de conscientização das crianças com sintomas de depressão em relação ao seu estado interno.

No que concerne às estratégias de regulação emocional, foi interessante notar que, embora os participantes do G2 sem sintomas relatassem maior frequência de uso de estratégias para melhorar a tristeza, os alunos dos dois grupos reportaram utilizar estratégias de regulação emocional semelhantes para as emoções avaliadas. Nessa direção, para melhorar a tristeza e se manterem alegres, verificou-se que a estratégia mais frequentemente mencionada pelos grupos foi a realização de atividades prazerosas e agradáveis, que incluem estratégias relacionadas à brincadeira, à diversão e a passeios. Os controles do pensamento e da busca de suporte afetivo-social também foram mencionados pelos participantes de ambos os grupos como uma maneira de lidar com a tristeza.

Para melhorar a raiva, os participantes do G1 usam mais estratégias de controle do comportamento e da emoção, enquanto que as crianças do G2 procuram realizar atividades agradáveis. Embora com uma frequência menor, as atividades prazerosas também foram mencionadas pelos alunos do G1. Outras estratégias, como controle do pensamento, distração e externalização da raiva foram citadas pelo G1 e controle do pensamento, controle do comportamento e da emoção e resolução do problema foram comuns entre os do G2. Já para lidar com o medo, a estratégia mais relatada pelos dois grupos foi a de resolução de problema. Esses resultados corroboram os dados apresentados pela literatura (Dias et al, 2000; Oliveira et al., 2003; Vikan & Dias 1996).

Assim como na presente investigação, Vikan e Dias (1996) concluíram que existe uma tendência entre as crianças brasileiras em usarem mais estratégias de regulação emocional que envolvam brincadeiras e interação social, e a empregarem menos estratégias cognitivas para administrar emoções como tristeza, raiva, ansiedade, medo e felicidade. Neste estudo, a estratégia de controle do pensamento, uma técnica cognitiva, também foi mencionada por alguns participantes, porém, em uma porcentagem menor que a estratégia de realização de atividades prazerosas. Dito de outra forma parece que as crianças deste estudo relataram maior uso de estratégias que alteram o comportamento do que estratégias cognitivas, voltadas para a mudança de pensamento para lidar com suas emoções. No entanto, é importante ressaltar que estratégias comportamentais

como diversão e atividades prazerosas estão mais relacionadas a uma conduta de evitação e negação do problema do que, de fato, um comportamento de enfrentamento da situação-problema.

É necessário ampliar as reflexões sobre até que ponto as estratégias comportamentais são respostas adequadas para se administrarem os conflitos do dia a dia. Endler (1997) ressalta que, em adultos, a diversão social está negativamente relacionada à depressão, sugerindo que os adultos depressivos tendem a evitar situações que envolvam outras pessoas. O autor acrescenta ainda que, nos adultos, estratégias de enfrentamento que visam a regular e mudar a emoção associada ao evento estressor, estão relacionadas a sintomas psiquiátricos, dentre eles, a depressão. Esse aspecto merece ser investigado em futuros estudos que visem conhecer se as crianças brasileiras têm uma tendência em usar mais estratégias de fuga e de evitação do que outras estratégias de enfrentamento.

Considerações Finais

Conclui-se, neste estudo, que os dois grupos têm um bom repertório de estratégias de regulação emocional. Tanto o grupo 1 como o grupo 2 tendem a usar estratégias para administrar as diferentes emoções. No entanto, as crianças sem sintomas parecem ser mais eficientes na identificação da emoção, enquanto que o grupo com sintomatologia depressiva apresenta dificuldade na percepção e monitoramento desses sentimentos. Em linhas gerais, verifica-se que a literatura a respeito do desenvolvimento de uma intervenção com crianças depressivas normalmente inclui o aperfeiçoamento e a aprendizagem de habilidades como: monitoramento do humor, treino de habilidades sociais, incentivo às atividades prazerosas, relaxamento, resolução de problemas, autoavaliação, autorreforçamento, mudança de pensamento, entre outras possibilidades. Os estudos têm apresentado resultados eficientes quanto à redução dos sintomas depressivos após um processo de intervenção (Brown & Lewinsohn, 1984; Reynolds & Coats, 1986; Stark, Reynolds, & Kaslow, 1987; Stark, Rouse, & Kurowski, 1994).

Vale mencionar que, apesar de o presente estudo ter contribuído para a compreensão da autorregulação emocional de crianças com sintomas de depressão infantil, são reconhecidas algumas limitações, especialmente quanto ao instrumento e às características da amostra. É necessário ter cautela na análise e na conclusão dos resultados apresentados, já que se trata de uma amostra reduzida, de uma única escola e com pouca variabilidade em relação às séries e às idades. Futuras pesquisas, com populações de outras realidades socioeconômicas e culturais devem ser conduzidas. Quanto ao instrumento, o CDI tem sido um inventário muito empregado em investigações com crianças brasileiras. Normalmente, verifica-se que duas versões do CDI são utilizadas. Há uma versão original do CDI, traduzida para a população brasileira por Baptista (1997) e há uma forma reduzida, que consiste no CDI adaptado e validado para o Brasil por Gouveia et al. (1995). Pesquisas mostram que as duas versões são eficientes na avaliação e identificação de sintomas depressivos. Cruvinel, Boruchovitch e Santos (2008) verificaram que o CDI reduzido obteve um *Alfa de Cronbach* de 0,73, enquanto que o CDI na sua versão original e traduzida

apresentou *Alfa de Cronbach* de 0,80. No presente estudo, obteve-se um valor de alfa ainda mais alto (0,88).

Sugere-se, ainda, que os programas de prevenção e de intervenção voltados para a criança com depressão considerem não somente os sintomas depressivos, mas também as dificuldades voltadas para a percepção, o monitoramento e o controle das diferentes emoções. Tal como para Borges et al (2006), acredita-se que a implementação de programas de intervenção, conduzidos no ambiente escolar com todos os alunos, traria consequências positivas, no sentido de reduzir a prevalência de sintomas depressivos e melhorar as estratégias de regulação emocional, repercutindo no bem-estar psicológico dos alunos.

Referências

- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais* (DSM-IV-TRTM). (C. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Arándiga, A. V., & Tortosa, C. V. (2004). *Inteligência Emocional: aplicaciones educativas*. Madrid: Editorial Eos.
- Asamow, J. R., Carlson, G. A., & Guthrie, D. (1987). Coping strategies, self-perceptions, hopelessness, and perceived family environment in depressed and suicidal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 361-366.
- Baptista, M. N. (1997). *Depressão e suporte familiar: perspectivas de adolescentes e suas mães* (Dissertação de mestrado não publicada). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo.
- Baptista, M. N., De Lima, R. F., Capovilla, A. G. S., & Melo, L. L. (2006). Sintomatologia depressiva, atenção sustentada e desempenho escolar em estudantes do ensino médio. *Psicologia Escolar e Educacional, 10*(1), 99-108.
- Bardin, L. (1991). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Berelson, B. (1952). *Content analysis in communications researches*. Glencoe: The Free Press.
- Borges, A. I., Manso, D. S., Tomé, G., & Matos, M. G. (2006). Depressão e coping em crianças e adolescentes portugueses. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 2*(2), 73-84.
- Boruchovitch, E. (2004). A Auto-regulação da aprendizagem e a escolarização inicial. In E. Boruchovitch & J. A. Bzuneck (Orgs.), *Aprendizagem: processos psicológicos e o contexto social na escola* (pp. 55-88). Petrópolis: Vozes.
- Brown, R. A., & Lewinsohn, P. M. (1984). A psychoeducational approach to the treatment of depression: comparison of group, individual and minimal contact procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*(5), 774-783.
- Burwell, R. A., & Shirk, S.R. (2007). Subtypes of rumination in adolescence: associations between brooding, reflection, depressive symptoms, and coping. *Journal Clinical Child and Adolescent Psychology, 36*(1), 56-65.
- Cruvinel, M. (2003). *Depressão infantil, rendimento escolar e estratégias de aprendizagem em alunos do ensino fundamental* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo.
- Cruvinel, M. (2009). *Correlatos cognitivos e psicossociais de crianças com e sem sintomas depressivos* (Tese de doutorado não publicada). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo.
- Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2004). *Pranchas projetivas para a avaliação da auto-regulação emocional de alunos do ensino fundamental* (Manuscrito não publicado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo.
- Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2006). Sintomas depressivos e estratégias de aprendizagem em alunos do ensino fundamental: uma análise qualitativa. In F. F. Sisto & S. C. Martinelli. (Orgs.), *Afetividade e Dificuldades de aprendizagem: uma abordagem psicopedagógica* (pp. 181-206). São Paulo: Vetor.
- Cruvinel, M., Boruchovitch, E., & Santos, A. A. A. (2008). Inventário de Depressão Infantil (CDI): análise dos parâmetros psicométricos. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF, 20*, 473-490.
- Dell'aglio, D. D., & Hutz, C. S. (2002). Estratégias de coping e estilo atribucional de crianças em eventos estressantes. *Estudos de Psicologia, 7*(1), 5-13.
- Dias, M. G. B., Vikan, A., & Gravas, S. (2000). Tentativa de crianças em lidar com as emoções de raiva e tristeza. *Estudos de Psicologia, 5*, 49-70.
- Endler, N. (1997). Stress, anxiety and coping: the multidimensional interaction model. *Canadian Psychology, 38*(3), 136.
- Fu I. L., Curatolo, E., & Friedrich, S. (2000). Transtornos afetivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 22*, 24-27.
- Goodman, S. H., Schwab-Stone, M., Lahey, B. B., Schaffer, D., & Jensen, P. S. (2000). Major depression and dysthymia in children and adolescents: discriminant validity and differential consequences in a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*(6), 761-770.
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F., & Gaião, A.A. (1995). Inventário de depressão infantil - CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 44*, 345-349.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology, 2*(3), 271-299.
- Hallak, L. R. L. (2001). *Estimativa da prevalência de sintomas depressivos em escolares da rede pública de Ribeirão Preto* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Hasan, N., & Power, T. G. (2002). Optimism and pessimism in children: a study of parenting correlates. *International Journal of Behavioral Development, 26*(2), 185-191.
- Kopp, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: a developmental view. *Developmental Psychology, 25*, 343-354.
- Kovacs, M. (1992). *Children Depression Inventory CDI: Manual*. New York: Multi-Health Systems.
- Li, C. E., DiGiuseppe, R., & Froh, J. (2006). The role of sex, gender and coping in adolescent depression. *Adolescence, 41*(163), 409-15.
- Lisboa, C., Koller, S. H., Ribas, F. F., Bitencourt, K., Oliveira, L., Porciuncula, L. P., & De Marchi, R. B. (2002). Estratégias de coping de crianças vítimas e não vítimas de violência doméstica. *Psicologia Reflexão e Crítica, 15*(2), 345-362.
- Miller, J. (2003). *O livro de referência para a depressão infantil* (M. M. Tera, Trad.). São Paulo: M. Books.
- Neves, E. R. C. (2002). *As Orientações motivacionais e as crenças sobre inteligência, esforço e sorte de alunos do ensino fundamental* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo.
- Neves, E. R. C., & Boruchovitch, E. (2004). A Motivação de alunos no contexto da progressão continuada. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 20*(1), 77-85.
- Oliveira, S. S. G., Dias, M. G. B., & Roazzi, A. (2003). O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. *Psicologia Reflexão e Crítica, 16*(1), 1-13.
- Reynolds, W. M., & Coats, K. I. (1986). A Comparison of cognitive-behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(5), 653-660.
- Santana, P. R. (2008). *Suporte Familiar, Estilos Parentais e Sintomatologia Depressiva: um estudo correlacional* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade São Francisco, Itatiba-SP.
- Sideridis, G. D. (2005). Goal orientation, academic achievement and depression: evidence in favor of a revised goal theory framework. *Journal of Educational Psychology, 97*(3), 366-375.
- Stark, K. D., Rouse, L. W., & Kurowski, C. (1994). Psychological treatment

- approaches for depression in children. In W.M. Reynolds (Org.), *Handbook of Depression in Children and Adolescents* (pp. 275-308). Nova Iorque: Plenum Press.
- Stark, K. D., Reynolds, W. M., & Kaslow, N. J. (1987). A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15(1), 91-113.
- Vikan, A., & Dias, M. G. B. B. (1996). Estratégias para o controle de emoções: um estudo transcultural entre crianças. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 48, 80-95.
- Weisz, J. R., Thurber, C. A., Proffitt, V. D., Sweeney, L., & Legagnoux, G. L. (1997). Brief treatment of mild-to-moderate child depression using primary and secondary control enhancement training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 703-707.

Nota.

1. As autoras agradecem o Apoio financeiro da Capes e do CNPq.

Miriam Cruvinel, doutora em Educação, na área de Psicologia, Desenvolvimento Humano e Educação pela Faculdade de Educação pela Universidade Estadual de Campinas, é docente de Pós-graduação na mesma universidade. Endereço para correspondência: Rua Barreto Leme, 2540, apto 702 Cambuí, Campinas. CEP: 13025-085. Telefones: (19) 3388466/ (19) 91050836. E-mail: miriampsi@hotmail.com

Evely Boruchovich, Ph.D em Educação pela University of Southern California, Los Angeles, é Professora Associada e Livre Docente na Universidade Estadual de Campinas e Bolsista de Produtividade CNPq 1D. E-mail: evely@unicamp.br