

Sintomatologia do Transtorno Depressivo Infantil: análise a partir do desenvolvimento psicossocial

Symptoms of the depressive disorder in child: analysis from the psychosocial development

Adelina Maria Feitosa Gomes, Carise Dias Rosa, Leonardo Gomes Justino, Modesto Leite Rolim Neto

RESUMO

Devido ao aumento em sua incidência, o transtorno depressivo infantil é uma patologia que merece atenção dentro da saúde pública. Essa doença, com diversas peculiaridades, necessita ser mais estudada, na medida em que apresenta uma caracterização diferenciada quando comparada à patologia no adulto. Para essa caracterização é necessário o entendimento do surgimento dos sintomas dentro do desenvolvimento psicossocial da criança. Um estudioso que pode auxiliar nesse entendimento é Erik Homburguer Erikson, o qual analisou o desenvolvimento psicossocial dos indivíduos. Diante disso, o objetivo do estudo é analisar a sintomatologia do transtorno depressivo infantil dentro das fases do desenvolvimento psicossocial do indivíduo. Para isso foi realizada uma revisão bibliográfica referente à depressão infantil e desenvolvimento psicossocial. Os resultados obtidos foram que, caso a criança não passe de maneira satisfatória por cada fase, poderá levar para a vida futura sintomatologias depressivas, como idéias autodepreciativas, sociabilidade diminuída e agressividade aumentada. Esses sintomas, aliados a outros, caracterizarão uma personalidade patológica centrada na depressão.

Palavras-Chave: Depressão Infantil, Desenvolvimento Psicossocial, Sintomatologia Depressiva.

ABSTRACT

Due to the increase in its incidence, the child depressive disorder is a condition that needs addressing in public health. This disease, with many peculiarities, needs to be further studied, in that it presents a characterization different when compared to pathology in adults. For this characterization is necessary to understanding the emergence of symptoms in the psychosocial development of children. A scholar who can

assist in understanding is Erik Homburguer Erikson, which examined the psychosocial development of individuals. Thus, the objective of the study is to analyze the symptoms of depressive disorder within the infant stages of psychosocial development of the individual. For this was done a literature review on the children's depression and psychosocial development. The results were that if the child does not pass in a satisfactory way for each phase, could lead to future life depressive symptoms, such as ideas autodepreciativas, reduced sociability aggressiveness and increased. These symptoms, together with others, feature a pathological personality focused on depression.

Keywords: Children's Depression, Psychosocial Development, Depression Symptoms

1. INTRODUÇÃO

A sociedade pós-moderna, diante das situações de conturbação geradas pelos processos dinâmicos mundiais, da pressão sócio-econômica e cultural e da superficialidade das relações, mediadas pelas inovações tecnológicas; sofre com a presença de uma patologia já existente, porém, ultimamente diagnosticada com uma significativa freqüência: a depressão.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que, desde a última década do século XX, a depressão, manifestou-se de maneira eficaz e rápida, desta forma ocupando uma posição de destaque no conjunto de problemas de saúde pública. Segundo esta organização, no ano de 2020, a depressão será a segunda doença que mais afetará os países desenvolvidos e a primeira nos países em desenvolvimento.¹

No entanto, o transtorno depressivo está crescendo não somente na população adulta, pois se observa hoje um aumento significativo na incidência de depressão infantil. Segundo a Agência de Notícias dos Direitos da Infância, a depressão infantil sempre existiu, mas só foi diagnosticada há duas décadas. É um distúrbio difícil de ser detectado devido às peculiaridades da idade.² Este transtorno de humor, apesar de ser bastante discutido para o adulto, ainda é um tema restrito no que tange o público pueril, já que os estudos ainda não conseguiram desvendar as particularidades dessa temática.

Dentre essas particularidades, o método diagnóstico mostra-se como principal desafio, já que a infância e adolescência são fases da vida que envolve diversos aspectos do desenvolvimento humano que vão além do físico, compreendendo, também, o desenvolvimento psíquico. Portanto, os sintomas que são encontrados no adulto, na maioria das vezes, aparecem de maneira diferenciada na criança e no adolescente, devido à inconstância de humor inerente a essas fases, tão caracterizadas por descobertas e conflitos.

Desse modo, pesquisando a sintomatologia da depressão infantil, Lima, no estudo retrospectivo de 2.689 crianças na faixa etária de 12 a 15 anos, de ambos os sexos (realizado no Departamento da Criança e do Adolescente do Maudsley Hospital, hospital de referência para psiquiatria infantil em Londres), usando o critério de Pearce para transtorno depressivo, relatou que os sintomas emocionais significativamente associados ao Transtorno Depressivo Infantil foram: tristeza (em 100%); idéias, ameaças ou tentativas suicidas (38,4%); recusa para ir à escola ou fobias (38,2%); irritabilidade, mau humor (30,5%); fobias isoladas (18%) e ruminação, obsessões, rituais (12%).³

Logo, percebe-se que as manifestações sintomáticas desse transtorno na criança são de difícil caracterização, podendo apresentar-se de diversas maneiras; além disso, é importante ressaltar que cada indivíduo pode desenvolver certo sintoma de forma própria. Buscando a caracterização sintomatológica do Transtorno Depressivo

Infantil (T.D.I.), Weinberg, estabeleceu dez manifestações sintomáticas depressivas que servem de critério para o diagnóstico de T.D.I.; são eles: humor disfórico (tristeza, falta de esperança, irritabilidade e perda de interesse por todas as atividades); idéias autodepreciativas; transtornos do sono; dificuldade de aprendizagem; sociabilidade diminuída; queixas somáticas; perda de energia habitual; desadaptação escolar (problemas de conduta); comportamento agressivo e mudanças de apetite ou de peso.⁴

Vale ressaltar que os sintomas comprovados por Lima e caracterizados por Weinberg, em conjunto, não surgem de maneira abrupta. À medida que a criança vai se desenvolvendo fisicamente e psiquicamente, as pressões do meio social no qual ela está inserida, caso não sejam bem resolvidas, irão causar o aparecimento de um ou outro sintoma citado acima. Sem uma resolução positiva de cada conflito imposto, a criança poderá somar diversos sintomas durante seu desenvolvimento psicossocial, de modo a construir uma personalidade patológica centrada no transtorno depressivo.

Desse modo, para se fazer o diagnóstico da depressão na infância é preciso o conhecimento dos sintomas dentro do desenvolvimento infantil. A partir do momento em que os sintomas são identificados, é necessário que se entenda a causa do surgimento e a consequência desses para o futuro da criança; só assim, se poderá entender a força geradora dessa patologia na criança. Portanto, para a compreensão dessa doença, é imprescindível o conhecimento das fases do desenvolvimento psíquico humano.

Um estudioso no desenvolvimento psicossocial do indivíduo e pouco utilizado nos estudos de depressão infantil é Erik Homburger Erikson. Sem negar a teoria freudiana sobre desenvolvimento psicosexual, Erikson mudou o enfoque desta para o problema da identidade e das crises do ego, ancorado em um contexto socio-cultural.⁵ Assim sendo, o conhecimento teórico do desenvolvimento psicossocial apresentado por Erikson é de grande

valia para o entendimento do transtorno depressivo na criança.

Diante do exposto, o objetivo desse estudo é esclarecer o aparecimento da sintomatologia da depressão infantil dentro do desenvolvimento psicossocial apresentado por Erik Erikson, mostrando como podem surgir esses sintomas e esclarecendo possíveis causas e consequências desses comportamentos. Desse modo, o trabalho justifica-se pela necessidade de se estudar depressão infantil, aumentando o entendimento de sua sintomatologia e auxiliando no diagnóstico da mesma.

Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica baseada em artigos científicos publicados em revistas indexadas, retiradas da Base de Dados Scielo, referentes à depressão infantil e ao desenvolvimento psicossocial. Além disso, foram contempladas bibliografias acadêmicas, como Tratados e Compêndios de psiquiatria.

2. O DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL DO INDIVÍDUO SEGUNDO ERIK ERIKSON

A teoria do desenvolvimento psicossocial de Erik Erikson prediz que o crescimento psicológico ocorre através de estágios e fases, dependendo da interação da pessoa com o meio que a rodeia. Cada estágio é atravessado por uma crise psicossocial, entre uma vertente positiva e uma vertente negativa. As duas vertentes são necessárias, mas é essencial que a positiva se sobreponha. A forma como cada crise é ultrapassada ao longo de todas as fases irá influenciar a capacidade para se resolverem conflitos inerentes à vida.

Assim, Erikson criou alguns estágios, que ele chamou de psicossociais, onde ele descreveu algumas crises pelas quais o ego passa, ao longo do ciclo vital. Estas crises seriam estruturadas de forma que, ao sair delas, o sujeito sairia com um ego (no sentido freudiano) mais fortalecido ou mais frágil, de acordo com sua vivência do conflito, e este final de crise influenciaria diretamente o

próximo estágio, de forma que o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo estariam completamente imbricados no seu contexto social, palco destas crises.⁵ Em *Identidade: juventude e crise*, Erikson referiu que a “crise” não se refere a uma “ameaça de catástrofe, mas a um ponto de mudança, um período crucial de maior vulnerabilidade e potencial elevado e, portanto, a fonte ontogenética de força produtiva e desajuste”.⁶

A teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson concebe o desenvolvimento em oito etapas: Confiança x Desconfiança; Autonomia x Vergonha e Dúvida; Iniciativa x Culpa; Produtividade x Inferioridade; Identidade x Confusão de papéis; Intimidade x Isolamento; Generatividade x Estagnação; Integridade x Desespero.

Dentre essas fases, quatro estão diretamente ligadas ao desenvolvimento infantil: Confiança x Desconfiança (do nascimento aos 18 meses); Autonomia x Vergonha e Dúvida (dos 18 meses aos 3 anos); Iniciativa x Culpa (dos 3 aos 5 anos); Produtividade x Inferioridade (dos 5 aos 13 anos).

3. MANIFESTAÇÕES DA DEPRESSÃO INFANTIL NA PERSPECTIVA PSICOSSOCIAL

3.1. Confiança Básica x Desconfiança Básica

Erikson determina que esse primeiro estágio é construído a partir do surgimento da força básica da esperança, na qual a figura materna compõe o elo de ligação entre o bebê e a formação dessa força. A atenção do bebê se volta à pessoa que provê seu conforto, que satisfaz suas ansiedades e necessidades em um espaço do tempo suportável: a mãe. A mãe lhe dá garantias de que não está abandonado à própria sorte no mundo. Assim se estabelece a primeira relação social do bebê.⁵ A mãe passa a ser a protagonista das principais descobertas feitas pelo bebê. Ele pode vivenciar as experiências de maneira positiva ou negativa. A primeira se dá quando a mãe corresponde às expectativas do bebê e retorna para acalentá-lo

durante o choro. Essas experiências são negativas quando a mãe não retorna ao sinal do choro e a criança não constrói a idéia de esperança.

Estudando depressão na infância, Carvalho (2005) ressalta que a função materna, somada a outras condições ambientais favoráveis, é essencial para que o bebê possa desenvolver-se física e psicologicamente saudável.⁷ 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.⁷

Quando o bebê se dá conta de que sua mãe não está ali, ou está demorando a voltar, cria-se a esperança de sua volta. E quando a mãe volta, ele compreende que é possível querer e esperar, porque isso vai se realizar; ele começa a entender que objetos ou pessoas existem, embora esteja fora – temporariamente – de seu campo de visão. Quando o bebê vivencia positivamente estas descobertas, e quando a mãe confirma suas expectativas e esperanças, surge a *confiança básica*, ou seja, a criança tem a sensação de que o mundo é bom, que as coisas podem ser reais e confiáveis. Do contrário, surge a *desconfiança básica*, o sentimento de que mundo não corresponde, que é mau ingrato.⁵

A *desconfiança básica*, na primeira infância, pode ser manifestada através de diversos sinais. Isso foi demonstrado por Spitz (1980) em um de seus estudos, que analisou a depressão infantil através de crianças separadas das mães e que eram colocadas em creches. Os resultados apresentados foram choro, isolamento, retardo do desenvolvimento psicomotor, reação lenta, retardo do

movimento, e algumas apresentavam estupor e perda do apetite. Ele postulava que o mais importante na etiologia era a perda do objeto amado.⁸ Outros autores constataram uma mudança de comportamento semelhante àquela descrita por Spitz em crianças institucionalizadas, que se apresentavam passivas e apáticas.³

Quando o bebê apresenta a desconfiança básica, é possível que se dê o início da instalação do sentimento de autodepreciação. Assim, há o surgimento dos primeiros problemas psicossociais que se refletirão nas próximas etapas do desenvolvimento estabelecido por Erikson. A má construção da força básica da esperança pode propiciar o sentimento de incapacidade em si próprio, o que pode culminar no futuro com a consolidação de uma personalidade retraída do meio social, com sociabilidade diminuída.

Em crianças, a presença dessa sintomatologia depressiva (autodepreciação) pode interferir diretamente nas atividades associadas à cognição e à emoção. Incide que, quando não há uma alteração no comportamento com essa criança, ela poderá desenvolver modelos de comportamento tais como: isolamento, retraimento, dificuldades em se comunicar, entre outros, os quais podem se tornar resistentes a mudanças.⁹

Nessa fase, tão dependente da figura dos pais (principalmente da figura materna), percebe-se a necessidade de um equilíbrio mental por parte desses. 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.¹⁰ 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.¹¹

Diversos são os fatores que podem predispor à depressão infantil. Assim, outro aspecto a se considerar já nessa fase é a realidade de crianças que integram populações vulneráveis. Marcelli (1998) cita os resultados de alguns estudos que apontam traços característicos em populações que vivem 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.¹⁰ 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.¹²

Desse modo, na primeira infância, a figura dos pais assume papel principal. Caso a criança não vivencie essa fase de maneira satisfatória, seja por descuido dos pais, seja por transtornos psicológicos de ordem genética, seja pelas condições vulneráveis de vida; levará para as próximas fases a desconfiança básica, ou seja, o sentimento de vazio no mundo, expresso por idéias autodepreciativas.

3.2. Autonomia x Vergonha e Dúvida

Nessa fase do desenvolvimento temos a caracterização do período exploratório da criança, já que ela começa a adquirir certa autonomia muscular e passa a interagir com o meio ambiente. Entretanto, o início das atividades exploratórias esbarra com as primeiras regras sociais. Essas últimas passam a exercer um controle sobre as primeiras. A criança passa a conviver com a descoberta de que nem tudo que ela quer pode ser

realizado, conseqüentemente há um aprendizado acerca limitações.

Durante o processo de descoberta da autonomia, os adultos utilizam o método da vergonha para que as crianças aprendam essas regras mais rapidamente. Os pais, muitas vezes, usam sua autoridade de forma a deixar a criança um pouco envergonhada, para que ela aprenda determinadas regras. Porém, ao expor a criança à vergonha constante, o adulto pode estimular o descaramento e a dissimulação, como formas reativas de defesa, ou o sentimento permanente de vergonha e dúvida de suas capacidades e potencialidades. Em uma explanação mais completa sobre a *vergonha*, Erikson ressalta que trata-se, na verdade, de raiva dirigida a si mesmo, já que pretendia fazer algo sem estar exposto aos outros, o que não aconteceu.⁵

A vergonha excessiva pode provocar a destruição do sujeito, culminando no transtorno depressivo, pois, como afirma Coutinho (2005), a depressão pode ser vista como um mal que se enraíza no eu do indivíduo, bloqueando suas vontades e dirigindo de forma negativa o curso de seus pensamentos, interferindo no seu autoconceito, prejudicando o sujeito tanto no contexto psicossocial como individual.¹³

De certa forma, é comum existirem crianças envergonhadas. Contudo, quando levada ao extremo, pode ser exposta na forma de sintomas depressivos, culminando na autodepreciação e em uma diminuição de interação social, pela constante impressão da desconfiança básica, em si mesmo e nos outros. Segundo Fernandes, a avaliação autodepreciativa caracteriza-se como a negação no reconhecimento de suas qualidades e exagero na atribuição de defeitos. Sensação de fracasso, culpa e necessidade de punição, além de tristeza desproporcional.¹⁴ Ajuriaguerra e Marcelli (1991) destacam que a depressão infantil está associada a uma inibição motora, ocasionando para a criança uma dificuldade de brincar, executar tarefas ou ocupações. Esses comportamentos são caracterizados como uma desvalorização pessoal que se

exprime habitualmente no contexto da sintomatologia depressiva.¹⁵

Erik Erikson também configura uma força básica para essa etapa do desenvolvimento, que é a vontade. Ela é precedente essencial para o surgimento da autonomia dessa criança. Se ao invés da vontade o controle toma a forma de uma regra a ser cumprida a qualquer preço, algo mau e perseguidor; a criança começa a se tornar legalista, ou seja, ela começa a achar que a punição tem que ser aplicada incondicionalmente quando uma regra não for respeitada. É quando a punição vence a compaixão; se a criança se mobiliza com a punição do colega que perdeu o controle de uma regra, ou então se sente aliviado quando é punido por algo.⁵ É fácil constatar que falhas durante esse estágio são responsáveis por acessos de agressividade que podem se acentuar nas próximas fases do desenvolvimento psicossocial.

Assim, nessa fase, percebe-se que diante das situações de conflito, a criança poderá apresentar um reforçamento positivo ou negativo. A depressão aparece justamente como resultante da diminuição na freqüência de reforçamento positivo. Dessa forma afirma-se ser possível notar problemas de desenvolvimento na infância e primeira infância, incluindo-se a presença de reações emocionais, como por exemplo, a raiva (respostas agressivas).¹⁶

Neste estágio, o principal cuidado que os pais têm que tomar é dar o grau certo de autonomia à criança. Se for exigida demais, ela verá que não consegue dar conta e sua auto-estima vai baixar. Se ela é pouco exigida, ela tem a sensação de abandono e de dúvida de suas capacidades. Se a criança é amparada ou protegida demais, ela vai se tornar frágil, insegura e envergonhada. Se ela for pouco amparada, ela se sentirá exigida além de suas capacidades.⁵ Ou seja, caso os pais não encontrem esse limite, a criança poderá desenvolver idéias autodepreciativas, pela sensação de abandono ou de vergonha, refletindo seu comportamento em uma diminuição na sociabilidade, iniciada nas próximas fases do desenvolvimento psicossocial. Vemos, portanto que os pais têm que dar à criança a sensação de

autonomia e, ao mesmo tempo, estar sempre por perto, prontos a auxiliá-la nos momentos em que a tarefa estiver além de suas capacidades.⁵

Caso a criança já tenha vivenciado a ausência da figura materna na primeira fase e sintasse pouco amparada, nessa segunda fase, ela poderá apresentar desvios de comportamento para chamar a atenção. Um desses comportamentos é o fato de a criança com sintomatologia depressiva envolver-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.¹⁷

Por fim, pode-se perceber que essa fase é essencial para que a criança desenvolva o entendimento de suas potencialidades. Caso ela não vivencie isso de maneira positiva, levará para as próximas fases a vergonha excessiva, caracterizado pelo sentimento de incapacidade (idéias autodepreciativas) e pela dificuldade de se relacionar socialmente; respondendo aos estímulos externos, por diversas vezes, de forma agressiva.

3.3. Iniciativa X Culpa

Neste estágio, que corresponde à fase fálica freudiana, a criança já conseguiu a confiança, com o contato inicial com a mãe, e a autonomia, com a expansão motora e o controle. Agora, cabe associar à autonomia e à confiança, a *iniciativa*, pela expansão intelectual.⁵

Nessa fase, que perpassa o quarto e o quinto ano de vida, com o aumento do convívio social, a criança começa a desenvolver o sentimento de determinação. Inicia-se a capacidade de planejamento e realização. No equilíbrio entre os desejos e realizações, concluídas ou não, que irá se formar a personalidade infantil.

Nessa acepção, a personalidade pode tomar dois caminhos: no primeiro a criança procede corretamente o planejamento e realização, desenvolvendo o sentimento de satisfação; no

segundo ela planeja algo impossível, criando a fixação em determinada meta.

Quando a criança se empolga na busca de objetivos além de suas possibilidades, ela se sente culpada, pois não consegue realizar o que desejou ou sabe que o que desejou não é aceitável socialmente, e precisa de alguma forma conter e reinvestir a carga de energia que mobilizou.⁵

Essa energia pode ser guardada na forma de idéias autodepreciativas ou ser exteriorizada na forma de fantasias. Portanto, uma criança que não está passando de forma correta por essa fase poderá representar socialmente uma criança que cria muitas ilusões, distanciando-se da realidade, ou ainda um ser sem a capacidade de assumir responsabilidades, pelo medo da incapacidade.

Nesse sentido, a ansiedade gerada pela incapacidade de assumir responsabilidades futuras provém do fato de que, nessa fase, a criança sente uma necessidade de se sentir útil. A partir desta perspectiva, as crianças querem que os adultos lhes dêem responsabilidades, como arrumar a casa, varrer o quintal ou ajudar a consertar algo. É muito importante, portanto, que os adultos lhes mostrem também que há certas coisas que ainda não podem fazer, embora possam permitir ajudas em algumas atividades.⁵ Caso não tomem consciência de sua importância na sociedade, o sentimento de inutilidade irá se instalar na criança, emergindo como a clássica idéia autodepreciativa, em que ela acredita não possuir a capacidade de desenvolver atividades simples.

Percebe-se assim que, caso se instale o sentimento de inutilidade, a criança poderá desenvolver uma personalidade patológica, pois, estudos demonstram que pacientes depressivos têm sentimento intenso de inadequação pessoal e tendência para apresentar baixa autoestima (uma opinião depreciativa sobre si mesmo), acreditando que outras pessoas o vêem depreciativamente.³

Por diversas vezes, o sentimento de incapacidade poderá despertar um sentimento de culpa, na mente da criança, ficando atrelado à sensação de fracasso, o que gera uma ansiedade em torno de atitudes futuras.⁵

Essa sensação de fracasso ressalta-se na sintomatologia da depressão infantil. Para Camon (2001), a depressão surge como resultante de uma inibição global da pessoa, que afeta a função da mente e distorce a maneira como essa vê o mundo, sente a realidade, entende as coisas e demonstra suas emoções.¹⁸ Para Lafer e Amaral (2000) é uma sensação inalterável e durável no qual a pessoa se sente sem valor, o mundo não tem significado e se acredita que não há esperança para o futuro.¹

Quando nessa crise, segundo Erikson, a criança poderá reagir de forma a fugir do seu eu. Irá criar personificações que lhe darão a imagem de uma figura ideal, que não o próprio eu. Levando essa característica para a próxima fase, a criança apresentará uma dificuldade no início de suas relações sociais, já que relacionar-se com o eu imaginário é melhor do que conviver com a pressão social das pessoas que o circundam.

Quando essa percepção inconsciente da criança for potencializada nas outras fases, a válvula de escape encontrada pode ser o transtorno depressivo. Barreto (1993) preconiza que a depressão pode estar associada a um comprometimento da personalidade, baixa auto-estima e autoconfiança; e no âmbito social, a depressão representa uma inadaptação ou um apelo ao socorro, bem como uma possível consequência da violação de mecanismos culturais, familiares e escolares.¹⁹

Desse modo, já percebemos nessa fase que crianças que não estão passando de forma satisfatória pelo seu desenvolvimento psicossocial poderão apresentar-se de forma apática, demonstrando medo e incapacidade de realizar tarefas simples, além de se perderem no mundo da imaginação, fugindo das responsabilidades do mundo real.

3.4. Diligência x Inferioridade

A 4ª fase descrita por Erikson, caracterizada principalmente pelo alargamento das relações sociais da criança, apresenta-se como período crucial para a análise das manifestações predominantemente depressivas, uma vez que é princi-

palmente neste período que criança evidenciará um possível quadro depressivo. Vale ressaltar que tal fase, assim como as anteriores, caracteriza-se por carregar em sua essência os conflitos, superados ou não, das fases anteriores, o que irá influenciar decisivamente a resolução dos conflitos inerentes a esta fase.

É importante compreender que este estágio corresponde àquele em que a criança passa a estabelecer relações sociais mais profundas fora do âmbito familiar, ou seja, é o período em que a criança começa a estabelecer vínculos com seus semelhantes, muitas vezes no contexto escolar. Podemos dizer que este período é marcado, para Erikson, pelo controle, mas um controle diferente do que já discutimos. Aqui, trata-se do controle da atividade, tanto física como intelectual, no sentido de equilibrá-la às regras do método de aprendizado formal, já que o principal contato social se dá na escola ou em outro meio de convívio mais amplo do que o familiar.⁵

Essa é a fase onde a depressão pode ser diagnosticada precocemente de maneira mais eficaz, seja pela família, seja pelas figuras escolares (professores, coordenadores, etc.). Na criança, a patologia irá se apresentar, antes de tudo, como um transtorno de humor, uma vez que, do ponto de vista psicopatológico, a alteração e perturbação do humor ou do afeto consiste em um dos mais importantes sintomas depressivos (20). Contudo, deve-se ressaltar que, muitas vezes, a identificação desse estado patológico torna-se ineficaz porque o termo depressão tem sido utilizado de forma genérico e distorcido. Deve-se notar que além de a depressão envolver fatores afetivos, apresenta também componentes cognitivos, comportamentais, motivacionais e fisiológicos. Na criança, a literatura sugere também a presença de tais alterações, e o que se percebe é que na infância a depressão normalmente vem associada a outras dificuldades, principalmente problemas de comportamento e problemas escolares, ocasionando um prejuízo no funcionamento psicossocial.²¹

Um fator relevante nessa fase é que, dos seis aos onze anos, a criança ira testar suas habilidades e enfrentar as fraquezas geradas nas fases anteriores. Nesta fase, começam os interesses por instrumentos de trabalho, pois trabalho remete à questão da *competência*. A criança nesta idade sente que adquiriu competência ao dedicar-se e concluir uma tarefa, e sente que adquiriu *habilidade* se tal tarefa foi realizada satisfatoriamente. Este prazer de realização é o que dá forças para o ego não regredir nem se sentir inferior. Se falhas seguidas ocorrerem, seja por falta de ajuda ou por excesso de exigência, o ego pode se sentir levemente inferior e regredir, retornando às fantasias da fase anterior ou simplesmente entrando em inércia.⁵

Assim, nessa fase, que a questão da competência e habilidade serão testadas diariamente no ambiente escolar. Embora as crianças com sintomas depressivos apresentem dificuldades escolares, alguns autores têm observado que essas crianças são capazes intelectualmente, não apresentando nenhum déficit de inteligência.²² Essa constatação sugere que o baixo rendimento pode ser consequência da depressão, em função da falta de interesse e motivação da criança em participar de atividades escolares, bem como sua tendência para sentimento de autodesvalorização.²³

Além disso, para uma criança com potencial depressivo, o convívio com outras crianças pode ser traumático. Brincadeiras depreciativas criam raízes no ego, tornando-se uma força propulsora da patologia. Bahls (2002) afirma que em crianças de faixa etária entre 6 e 12 anos os sintomas da depressão podem se apresentar como a inabilidade em se divertir (anedonia), pobre relacionamento com seus pares e baixa autoestima, em que a criança descreve-se como estúpida, boba ou impopular.²⁴

Assim, a depressão na criança irá se configurar pela ausência de relação social, pelo isolamento, demonstrando uma imensa dificuldade em estabelecer um nível mais profundo de contato social, o que provoca nas mesmas medo de serem rejeitadas, desencadeando um ciclo repetitivo de temor e isolamento.¹³

Além de toda a problemática inerente a essa fase, a ordem e as formas técnicas passam a ser importantes para as crianças desta fase. Mas Erikson alerta para o formalismo, ou seja, a repetição obsessiva de formalidades sem sentido algum para determinadas ocasiões, o que empobrece a personalidade e prejudica as relações sociais da criança.⁵ A criança precisa se aperceber das regras sociais sem se sentir acudadas por elas, permitindo-a trilhar caminhos desconhecidos, sentindo assim a sensação de competência e aceitação do meio que o cerca.

Percebe-se então nessa fase que toda a problemática anterior, fincada em idéias auto-depreciativas, avoluma-se, comprometendo sensivelmente as relações sociais características desse período, manifestando-se na forma de sociabilidade diminuída e, por vezes, agressividade. A criança enxerga ao mundo e a ela mesma numa perspectiva distorcida, pessimista, escura. Ela se sente incapaz de estabelecer relações edificadas no emocional, como a amizade; sente medo de se aproximar das outras crianças e de não ser aceita no grupo, de ser ridicularizada, por isso se exclui, tornando-se alheia volitivamente à convivência com seus semelhantes ou, em contrapartida, sendo agressiva com os outros, exteriorizando toda sua frustração ao punir outrem.

A criança demonstrará essa desadaptação no mundo de diversas maneiras. Em um de seus estudos, Ajuriaguerra (1991) afirma que distúrbios comportamentais como impulsividade, furtos repetidos, agressividade, mentiras, são descritos como comuns, assim como o fracasso escolar, uma vez que a criança torna-se desadaptada ao seu ambiente.¹⁵

Ballone (2004) esclarece esses que, na fase escolar, o cansaço, a dificuldade de concentração, as alterações da memória, a astenia e adinamia são as complicações da depressão infantil que afetam muito o rendimento escolar e a aprendizagem. O confronto entre depressão e fracasso escolar acaba fazendo com que o nível de auto-estima também se comprometa, podendo levar a criança a apresentar desde isolamento social até transtornos de conduta.²⁵

Pode-se observar que, nessa fase, a criança com sintomatologia depressiva irá ampliar consideravelmente seu círculo social. No ambiente escolar, a criança irá se apresentar isolada das outras crianças, relatando incapacidade em realizar tarefas simples e, por vezes, reagindo de forma agressiva, quando se sentir pressionada. A presença desse comportamento no Transtorno Depressivo Infantil foi comprovado em um estudo de Coutinho, que observou que a representação social da sintomatologia depressiva em crianças está ancorada na esfera psicossocial, na qual o ser deprimido é visto como aquele que não possui amigos, isolado e que tem medo de ser rejeitado. Portanto, verificou-se um elo significativo intracategorias, distribuídas em dois pólos: a depressão como sintoma (falta de amigos e isolamento) e como possível causa (medo de ser rejeitado).¹³ Percebemos então que essas sintomatologias nada mais são do que reflexo de pressões negativas nas fases do desenvolvimento psicossocial dessa criança.

4. CONCLUSÃO

O transtorno depressivo infantil é uma temática que necessita de consolidação conceitual, uma vez que as conseqüências futuras dessa patologia para o indivíduo são graves e sérias. Os estudos existentes ainda não conseguiram decifrar todas as peculiaridades referentes à temática, principalmente no que se refere à caracterização das sintomatologias, tão importantes para a realização de um diagnóstico precoce.

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, diarréia. Aparece 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.²⁶

Para que a sintomatologia da depressão infantil seja entendida de forma mais clara, ela deve ser estudada dentro do desenvolvimento da criança. Isso se deve ao fato de que os sintomas não aparecem de forma abrupta, mas sim como respostas às pressões sociais negativas, durante o dia a dia da criança.

Portanto a história de vida baseada em exposição anterior a eventos incontrolláveis, de acordo com HUNZIKER (1994), pode ser considerada um fator relevante no desenvolvimento da depressão. Identificar fatores determinantes na história de vida nos possibilita hipotetizar sobre o desenvolvimento de padrões de comportamento que fazem parte de uma classe de respostas mais ampla, a qual pode ser nomeada como depressão.²⁷

Assim, analisando-se a sintomatologia depressiva dentro das quatro primeiras fases do desenvolvimento psicossocial apresentado por Erik Erikson, pôde-se notar que diante das pressões ambientais, a criança pode construir um ego fortalecido ou não. Como as fases são contínuas, quanto mais forte a personalidade construída, mais preparado estará o infante para enfrentar as dificuldades advindas da próxima fase. Contudo, quanto mais enfraquecido estiver o ego, maior será a possibilidade de os sintomas se agruparem em torno de uma personalidade patológica centrada na depressão.

Muitos estudos sobre depressão infantil 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.²⁸

Dentre os sintomas preconizados para a caracterização do transtorno depressivo infantil, os que se tornaram mais evidentes foram o desenvolvimento de idéias autodepreciativas, a

diminuição na sociabilidade e respostas agressivas a estímulos sociais negativos. Esses dados estão de acordo com a literatura, que afirma que os infantes demonstraram que o isolamento e a ausência de interação social pode ser um indicativo de sintomatologia depressiva.¹³ Esses sintomas merecem destaque pois, como afirma Coutinho (2005), sentimentos de impotência, tristeza e desajuste com o meio, na infância tendem a ter conseqüências preocupantes no desenvolvimento cognitivo, afetivo e comportamental desses sujeitos, como baixo desenvolvimento escolar e dificuldade em socialização.¹³

Por fim, vale ressaltar que os sintomas explicados durante o desenvolvimento psicossocial, individualmente, não caracterizam o transtorno depressivo infantil. A patologia em si instala-se quando, esses sintomas, aliados a outros (humor disfórico, efeitos somáticos, baixo rendimento escolar, etc.) enraíza-se no sujeito. Assim, a partir desse estudo, percebe-se a necessidade de familiares, profissionais de saúde e da escola, observarem o comportamento das crianças, desde a primeira infância, buscando o diagnóstico precoce dessa patologia que, surgindo dentro de várias fases do desenvolvimento infantil, pode ser tratada, evitando danos futuros a esse sujeito.

5. REFERÊNCIAS

1. Lafer, B., & Amaral, J.A.M.S. (2000). *Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artes Médicas.
2. ANDI - Agência de Noticias dos Direitos da Infância. Disponível em <<http://homepage.mac.com/lauragcoelho/.Public/depress%C3%A3o.pdf>> no dia 17 de novembro de 2008.
3. Lima, D. Depressão e doença bipolar na infância e na adolescência. *Jornal de Pediatria (Rio J)*. 2004;80(2 Supl):S11-S20: Depressão infantil, transtorno afetivo, mania, transtorno bipolar.
4. Fichtner, N. (Org.) (1997). *Prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais da infância e da adolescência: um enfoque desenvolvimental*. Porto Alegre: Artes Médicas.
5. Rabello, E.T. e Passos, J. S. *Erikson e a teoria psicossocial do desenvolvimento*. Disponível em <<http://www.josesilveira.com>> no dia 17 de novembro de 2008.
6. Sadock BJ, Sadock VA. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*; trad. Claudia Dornelles ... [et al]. – 9. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 238-241.
7. Carvalho, C.V., Calderano, R.S.S. Depressão na infância: um estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 2, p. 181-189, mai./ago. 2005.
8. Spitz AR. *O primeiro ano de vida*. 2ª ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes Ltda; 1980.
9. Andriola, W. B., & Cavalcante, L. R. (1999). Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(2), 419-428.
10. Marcelli, D. (1998, 5ª. ed.). *Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra*. (P. C. Ramos, Trad.), Porto Alegre: ArtMed. (Trabalho original publicado em 1982).
11. Solomon, A. (2002). *O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*. (M. Campello, Trad.). Rio de Janeiro: Objetiva.
12. Steiner, J. (1997). *Refúgios psíquicos: organizações patológicas em pacientes psicóticos, neuróticos e fronteirços*. (R. Quintana & M. L. Sette, Trads.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1993).
13. Coutinho, M. P. L. (2005). *Depressão infantil e representação social*. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB.

14. Fernandes, C.J. A depressão na consulta clínica—identificação e orientação terapêutica *einstein*. 2006; 4(3):254
15. Ajuriaguerra, J., & Marcelli, D. (1991). *Manual de psicopatologia infantil*. Porto Alegre: Artmed.
16. Keuffer, A.R.P., Nahmia, T.A. Depressão infantil: uma análise comportamental. *Lato & Sensu*, Belém, v.2, n.4, p.5, dez, 2001.
17. Souza R. P. & Eisenstein, E. (1993). *Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro: Vozes.
18. Camon, V. A. A. (2001). Depressão como um processo vital. In V. A. A. Camon (Org.), *Depressão e psicossomática* (pp. 1-44). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
19. Barreto, A. (1993). Depressão e cultura no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 42(Supl.), 13-16.
20. White, J. (1989). *Depression*. In J., White. *The Troubled adolescent*. (pp.111-142). Oxford: Pergamon Press.
21. Cruvinel, M., Boruchovitch, E. Sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar de alunos do ensino fundamental. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 3, p. 369-378, set./dez. 2004.
22. Colbert, P., Newman, B., Ney, P., & Young, J. (1982). Learning Disabilities as a Symptom of Depression in Children. *Journal of Learning Disabilities*. 15(6), 333–336.
23. Brumback, R.A, Jackoway, M.K. & Weinberg, W.A. (1980). Relation of Intelligence to childhood depression in children referred to Educational Diagnostic Center. *Perceptual and Motor Skills*. 50, 11–17.
24. Bahls, S. C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes: Clinical features. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-366.
25. Ballone, G. J. *Depressão na infância*. 2004. Retirado em 04 março 2008, de <http://www.psiqweb.med.br/geriat>.
26. Reis, R. L. R. & Figueira, I. L. V. (2001). Transtorno depressivo na clínica pediátrica. *Revista Pediatria Moderna*, 37, 212-222.
27. Regra, J. A . Depressão infantil: aspectos teóricos e atuação clínica. In: Delliti, M. (Org.). *Sobre comportamento e cognição*. (1997) São Paulo: v.2. ARBYTES.
28. Andrade, V. M. (2003). O ego corporal e o *continuum* cérebro mente: o modo de ação clínica da psicanálise na perspectiva da interface com a neurociência. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 37(4), 1051-1065.