

O PAPEL DOS ESTILOS PARENTAIS NA DEPRESSÃO INFANTIL

SILVEIRA, F. A. S.¹
MAGALHÃES, K. A.²

RESUMO

O tema depressão infantil, relativamente novo na literatura, vem crescendo em proporções consideráveis. A depressão infantil, assim como a depressão de forma geral, caracteriza-se por um transtorno comportamental, com sintomas como: desinteresse e tristeza. Neste sentido o presente trabalho, através de dados da literatura, procurou investigar os motivos desencadeadores desse transtorno. Sabe-se assim que a depressão é causada por múltiplos fatores, podem ser ambientais ou genéticos, em alguns casos, pois são os comportamentos aprendidos através do meio que moldarão a personalidade de cada indivíduo, bem como sua forma de se adaptar ao ambiente. Neste sentido, os pais, como primeiro meio socializador com o qual a criança tem contato e suas formas de lidar com seus filhos, refletirão nas maneiras pelas quais os filhos se comportarão diante do mundo. Cada família, ou ainda, cada cultura, tem sua forma de ver o mundo e de agir de formas diversas, assim cabe aos pais serem conscientes de sua responsabilidade em educar e o fazer da melhor forma. O diagnóstico precoce desta desordem, bem como um bom tratamento terapêutico, principalmente o de orientação comportamental, associado ou não a medicamentos, de acordo com cada caso, contribuirá para a melhora na maioria dos casos de crianças depressivas.

Palavras-chave: Depressão. Depressão infantil. Estilos parentais.

ABSTRACT

The theme childhood depression, relatively new in the literature, is growing in considerable proportions. Childhood depression, just as depression, generally speaking, is characterized because of a behavior disorder, with symptoms as: indifference and sorrow. At any rate, this study, through literature's data, attempted to investigate the unleashed reasons of these disorders. In such case the depression is motivated by multiple factors, they can be environmentals or genetics, sometimes, because the behaviour learned through environment are whom will mould the personality from each individual, as well as his form to adapt him to environment. At any rate, parents, like first way to socialize with whom the child has proximity and the way to this parents work with their children, they will reflect about the way with that the children will have behaviour before the world. Each family, or yet, each culture, has its way to see the world and to act of various forms, in such case, parents should be conscious about their responsibility to educate and to do it well. The precocious diagnostic of this disturbance, as well as a good therapeutics treatment, principally behavioural guidance, associate or not associate to medicines, according to the of each case, it will contribute for a improvement of a great number of cases of depressive children.

Key-words: Depression. Childhood depression. Parental methods.

¹ Francielle Aparecida Strioto da Silveira. Acadêmica do quinto ano do Curso de Graduação em Psicologia da Faculdade Ingá-Uningá. Endereço: Rua Álvares Cabral, 578. Centro. Cep: 87200-000. Cianorte, Pr. Brasil. franciellestrioto@hotmail.com

² Karine Amaral Magalhães. Docente do Curso de Psicologia da Faculdade Ingá – Uningá e Psicóloga da Faculdade de Apucarana – FAP. Especialista em Psicoterapia na Análise do Comportamento e Mestre em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento. Endereço: Av Colombo 9727 Km 130, CEP: 87070-810, Maringá – Pr. Brasil. karinemagalhaes@gmail.com

INTRODUÇÃO

O presente trabalho que tem como foco a depressão infantil é uma tentativa de pesquisar e conhecer as condições presentes que possam promover o desenvolvimento e manutenção desta desordem que vem afetando crianças.

A primeira imagem de pessoa depressiva que vem a cabeça é a de um adulto, esgotado pela correria do dia-a-dia e por todas as informações a que é acometido diariamente, e nunca de uma criança que não tem responsabilidade nem preocupações na vida. O fato é que cada vez mais se encontram crianças alienadas pelo consumismo e prazeres fáceis, nos quais o mínimo de esforço é realizado para se conseguir o que se almeja. O amor e o carinho são substituídos por bens materiais e a educação aos filhos, em grande parte, vem ficando a mercê da escola, somada aos veículos de comunicação. Verifica-se, portanto, que o mundo agitado dos adultos resulta de forma direta no mundo das crianças, uma vez que as coisas se modernizaram, mas os sentimentos e necessidades continuam os mesmos de tempos atrás. Contudo, verificou-se a importância em se estudar o tema depressão infantil, tentando averiguar como os estilos parentais contribuem para o surgimento deste transtorno comportamental.

Para uma classificação de transtornos mentais é preciso, de acordo com Cavalcante e Tourinho (1998), basear-se em um manual padronizado como o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais).

Para Cavalcante e Tourinho (1998), destacam-se como principais objetivos sobre a utilidade do DSM: 1) a prática clínica; 2) o compromisso do Manual com a adesão de uma linguagem clara; 3) critérios concisos e descrições explícitas dos construtos reunidos nos critérios diagnósticos. Contribui também para a pesquisa e a melhoria da comunicação entre os profissionais que se utilizam do Manual, bem como o seu uso como instrumento didático.

Para uma integração do sistema de classificação, é necessária a padronização da terminologia a fim de simplificar a comunicação entre os especialistas. Bem como a função de recuperação de informação que auxiliem o profissional com dados sistematizados sobre cada tipo de transtorno. A descrição de cada etiologia facilitaria a identificação de características próprias de cada transtorno. Com essa facilidade, seria possível um prognóstico para o paciente psiquiátrico, que teria sua síndrome previamente reconhecida, sistematicamente. (CAVALCANTE; TOURINHO, 1998).

Cavalcante e Tourinho (1998, p. 142) apontam algumas restrições quanto ao uso do DSM por terapeutas analítico-comportamentais, entre elas estão: “objeções relativas à classificação, que incluem a crítica à redução de eventos dinâmicos (não estáticos) a coisas e, ainda, à exclusão de detalhes que integram a qualidade de vida de um indivíduo”. As

classificações em torno de um transtorno poderiam prejudicar os indivíduos que os apresentam, na medida em que rotulariam os portadores de forma indiscriminada.

Ainda para uma classificação de transtornos mentais, é preciso que os profissionais que lidam com o diagnóstico consigam distinguir entre o que é considerado normal ou patológico, de acordo com a especificidade de cada indivíduo.

Da análise entre o que é considerado normal e “anormal” surge o Modelo Psicológico. De acordo com Gongora (2003), o principal conceito deste modelo é o de que todo comportamento aprendido, seja ele “normal ou patológico”, segue os mesmos princípios de aprendizagem, pois os dois desenvolvem-se a partir dos mesmos princípios comportamentais.

Segundo Gongora (2003), diante das variadas formas de cultura presentes em todo o mundo, os comportamentos em cada cultura também variam, o que pode ser considerado normal em uma cultura, em outra pode ser anormal. Um exemplo são as respostas de chorar, sorrir, beijar, trabalhar, rezar, agredir, fazer sexo, que podem ser consideradas tanto normais quanto anormais, dependendo dos contextos nos quais ocorram.

Gongora (2003) considera que se alguém procura tratamento psicológico é porque deseja algum tipo de mudança ou alívio do sofrimento. Se a mudança não é de ordem biológica, ela é comportamental. Verifica-se então que algum ou alguns comportamentos são considerados indesejáveis e/ou prejudiciais para a pessoa ou aqueles que a cercam.

Para uma pessoa ser considerada normal ela precisa ser hábil. Habilidades sociais são entendidas como qualquer outra habilidade. Trata-se da resposta “certa”, no lugar “certo”, no tempo “certo”, em direção à pessoa “certa”, por motivos “certos”. (GONGORA, 2003).

Em geral, as pessoas são consideradas anormais quando não desenvolveram certos comportamentos que são desejáveis, ou porque os que aprenderam não condizem com o contexto no qual está inserido. Esta categoria pode ser observada principalmente quando a pessoa muda bruscamente de ambiente ou quando o ambiente em que está sofre algumas modificações. Já em casos de mudanças pequenas, não identificadas com facilidade, para uma pessoa pode ser de grande importância, pois torna seu repertório comportamental ineficaz, tendo que ser modificado (GONGORA, 2003). Para tanto, a categoria de transtorno comportamental especificada no presente trabalho, é a depressão e, ainda, a depressão infantil.

De acordo com a American Psychiatric Association (2002, p. 348), para se caracterizar um Episódio Depressivo Maior, é preciso que se estenda a um período mínimo de 2 semanas, contendo um humor deprimido ou ainda perda de interesse por quase todas as atividades. O indivíduo deve apresentar concomitantemente pelo menos quatro dos seguintes sintomas: “alterações no apetite, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de

desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio”.

Segundo Dougher e Hackbert (2003), a depressão é a causa mais prevalente da procura dos serviços de saúde mental. Evidências apontam para fato de que os casos de depressão vêm aumentando consideravelmente entre a população mundial, o que demonstra o crescente aumento na investigação e pesquisa sobre a etiologia da doença.

De acordo com Dougher e Hackbert (2003), os especialistas em análise do comportamento estão preocupados com o prejuízo comportamental apresentado por pessoas deprimidas e, também, com os fatores ambientais que os produzem. Mas, o caráter afetivo ligado à depressão é o primeiro sintoma diagnóstico e a principal causa da busca do tratamento por parte dos clientes. Isso se deve ao fato de que as reações emocionais são fontes de sofrimento primordial, que contribui ainda para o entendimento dos sintomas depressivos, tais como: perturbações do sono, irritabilidade, dificuldade na concentração, dores de cabeça e estresse prolongado.

Um ponto em comum entre depressivos é a queixa sobre a perda do interesse em realizar atividades antes consideradas prazerosas. Do ponto de vista analítico-comportamental, essa perda do interesse efetivo sugere o envolvimento de operações supressoras, que “diminuem o efeito reforçador das conseqüências, aumentam a freqüência de respostas que tenham produzido reforços estabelecidos no passado e aumentam a efetividade evocativa de estímulos discriminativos associados a reforços estabelecidos”. (DOUGHER; HACKBERT, 2003, p. 5).

Os aspectos culturais podem ser fortes influências para a depressão. Fato é que o aumento da depressão é atribuído ao crescente desenvolvimento da globalização e modernidades, resultando no aumento da alienação e características das sociedades industriais. (DOUGHER; HACKBERT, 2003).

Geralmente, a cultura transmite quais comportamentos humanos sejam considerados adequados e também não os sejam. Dois pressupostos são considerados relevantes: o primeiro diz respeito às causas do comportamento; e o segundo, está relacionado com as características de saúde psicológica ou inversamente, desordens psicológicas. (DOUGHER; HACKBERT, 2003).

Os autores Dougher e Hackbert (2003) apontam para funções consequenciais de uma explicação analítico-comportamental da depressão como a *baixa densidade de reforço; extinção; punição* entre outros.

Baixa Densidade de Reforço, de acordo com estes autores, caracteriza-se pela redução de atividades antes reforçadoras somadas com incidência de reclamações, choro e irritabilidade. A baixa taxa de comportamento é atribuída a uma escassez de reforços

contingentes aos comportamentos. Assim, a depressão pode ocorrer quando o reforço para o não responder for maior do que para o responder. Ou seja, há maiores consequências positivas para o não comportar-se do que para o comportar-se.

Extinção caracteriza-se pela redução na frequência do comportamento. Em geral, as histórias relatadas por clientes depressivos são caracterizadas por um ambiente social não responsivo. Porém, os clientes que procuram tratamento trazem consigo como causa uma perda muito significativa e óbvia, como a morte de uma pessoa amada, o fim de um relacionamento, a não obtenção de um resultado desejado, como a entrada em uma universidade, a perda de um emprego, aposentadoria ou a partida dos filhos de casa. (DOUGHER; HACKBERT, 2003).

Punição, comum entre os clientes com depressão, caracteriza-se por apresentação de estímulos aversivos (condicionados ou incondicionados) ou, ainda, retirada de estímulos reforçadores positivos. A estimulação aversiva repetida sem possibilidade de fuga resulta em uma redução generalizada do comportamento. (DOUGHER; HACKBERT, 2003).

No que diz respeito à herança genética e às condições biológicas na influência dos problemas mentais, Gongora (2003) discorre que a genética influencia superficialmente na vida das pessoas como em aspectos de cor, altura, sexo e em características autonômicas, porém a especificidade comportamental que caracteriza cada pessoa é basicamente produto de aprendizagem e não diretamente de herança genética. O que não se pode negar é que as condições biológicas e genéticas facilitam ou não certos tipos de aprendizagem e o desenvolvimento de certos distúrbios emocionais. O resultado dessas considerações é que mais uma vez o contexto social é parte essencial no desenvolvimento e manutenção de certos comportamentos, portanto, torna-se necessário o conhecimento dos processos de ordem ontogenética, isto é, processo pelo qual o indivíduo vai se modificando ao longo de sua vida (sua história de vida).

As crianças também são afetadas pelas influências genéticas e ambientais, portanto, são também alvos das doenças ditas mentais, como a depressão. Os fatores que levam uma criança ter disposição para desenvolver depressão são muito variados: genéticos, sociológicos e antecedentes psicológicos. Ou ainda por problemas de naturezas diversas como problemas familiares ou de personalidades, que podem propiciar o surgimento dos sintomas depressivos. (LIMA, 2004).

Segundo Regra (1997), quando se fala em depressão, a primeira coisa que se tem em mente são pessoas adultas, sobrecarregadas com seus exaustivos trabalhos, numa vida cada vez mais turbulenta. Porém, existem autores que estudam as características depressivas também em adolescentes.

Segundo Pereira e Amaral (2007), hoje em dia os fatores depressivos são reconhecidos cientificamente na população infantil, já que antes da década de 70, os pesquisadores apontavam para o fato de que, apesar de as crianças demonstrarem afetos de tristeza frente uma situação de perda, esses sintomas não poderiam ser considerados característicos de depressão. Foi a partir da década de 70 que a depressão infantil foi reconhecida pela primeira vez especificamente.

Achados apontam para o fato de que sintomas depressivos podiam ser observados em crianças como lentidão psicomotora, fracasso escolar, perda de interesse, retraimento na fase depressiva e hiperatividade motora e na fala. (REGRA, 1997).

De acordo com Regra (1997), a depressão infantil como em qualquer outra faixa etária é resultante de uma desorganização do comportamento decorrente da perda de uma pessoa amada, de seu papel social ou de alguma mudança drástica que acarreta em profunda tristeza, portanto, são consequências normais. O que ocorre é que o indivíduo frente a uma nova situação precisa se adaptar novamente, pois os estímulos anteriores não estão mais presentes.

Porém, quando o indivíduo possui uma auto-estima baixa ele tem dificuldades em conseguir reorganizar-se. Ou ainda com o prolongamento da organização outros comportamentos podem desenvolver-se somados aos depressivos. (REGRA, 1997).

As influências no surgimento da depressão infantil seriam: “a genética, os fatores orgânico adquiridos, a história de vida e as contingências ambientais” .(REGRA, 1997, p. 156).

Segundo Regra (1997), a influência do contexto familiar no desenvolvimento e manutenção do comportamento infantil deve ser levada em conta, de modo que as implicações negativas possam ser modificadas.

Para Ballone, Ortolani e Neto (2007), as comorbidades recorrentes a depressão infantil em escolares são: anorexia, desinteresse, agressividade, hiperatividade, medo, frustração, baixa auto-estima, recusa em ir à escola, perda de interesse em atividades que antes lhe davam prazer, sentimentos de profunda tristeza ou desesperança.

Torna-se importante, frente a uma mudança de comportamento em crianças, verificar os sintomas existentes, antes de se diagnosticar uma depressão infantil, já que o quadro não é o mesmo de um adulto. Portanto, não se deve procurar pela tristeza como comprovante do diagnóstico de depressão infantil, como os autores verificaram com o autor Deuber (apud BALLONE, ORTOLANI, NETO, 2007, p. 300).

De acordo com Ballone, Ortolani e Neto (2007), não é raro as crianças reagirem melhor do que os adultos, frente a eventos traumáticos. Por exemplo, em relação ao diagnóstico de câncer, a criança em geral é capaz de lidar com a doença melhor do que os adultos com câncer, ou lidarem melhor que seus pais com a notícia. Sem perceber, os pais dos pacientes com câncer podem agravar seu quadro influenciando os filhos com sua ansiedade,

depressão, e mesmo sugerindo uma dor maior do que a esperada. Isso acontece pela dificuldade dos adultos em lidar com situações graves.

Para Pereira e Amaral (2007, p.189), existem diversos fatores que dificultam no diagnóstico da depressão infantil, são eles: “as diversas classes de depressão existentes, variação do quadro clínico em diferentes contextos culturais, as variáveis funcionais, comorbidades e a sobreposição de sintomas com outras psicopatologias da infância”. E ainda um fator importante que é a resistência em se considerar a gravidade da depressão infantil.

O diagnóstico da depressão é alcançado por meio de manuais padronizados e classificatórios como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e a Classificação de Transtornos Mentais de Comportamento (CID-10). Esses manuais servem para se seguir um padrão de diagnóstico fidedigno e evitar erros no processo. (PEREIRA; AMARAL, 2007).

Segundo Pereira e Amaral (2007, p. 193), para contribuir na construção do diagnóstico da criança, é necessário que as pessoas que convivam com as mesmas (pais e professores) verifiquem seus comportamentos, pois são importantes fontes de informações, como as relacionadas ao tempo da depressão como: “início do quadro, quanto tempo passou, como os sintomas se apresentam na média semanal e quantos sintomas se passam no curso do dia”. Um problema da interação dos pais na construção do diagnóstico é que esses podem negar informações importantes ou ainda relatar informações não verdadeiras do caso.

Outra fonte de informação para elaboração do diagnóstico é o auto-relato das crianças. Essa forma de medida favorece um precoce aparecimento de sintomas depressivos o que contribui para um rápido tratamento elevando o nível de melhora, resultante das informações subjetivas que cada criança leva para o *setting*. (PEREIRA; AMARAL, 2007).

A maior parte das pesquisas sobre a depressão infantil faz uso de escalas de avaliação, que além de sua função de avaliar contribui para o conhecimento científico. Para ser considerado válido, o instrumento de avaliação deve apresentar validade, precisão e normas, seguindo um rigor científico. Também são importantes para detectar o grau de gravidade dos sintomas depressivos, utilizado em conjunto com outros dados na elaboração do diagnóstico, e ainda colaboram para a detecção de um diagnóstico precoce. (PEREIRA; AMARAL, 2007).

De acordo com Weber, Prado, Viezzer e Brandenburg (2004), sempre os pesquisadores preocuparam-se com a questão da educação considerada adequada de pais em relação aos filhos, pois nunca houve uma receita pronta sobre a melhor forma de fazê-la. Os autores atentam para o fato de que diferentes formas de pais possuem formas diferentes de educar, resultando em diversas formas de comportamento nos filhos.

Segundo Weber et al (2004) existem três formas de classificação de pais, são elas: pais autoritativos (considerado o mais eficaz); estilo parental autoritário e, os permissivos. Com

relação à forma de comportar-se dos filhos de pais autoritativos, estes demonstram maior índice de maturidade, independência, habilidades sociais, maturidade psicológica, entre outros, o que demonstra que é o estilo parental mais adequado. Os pais autoritativos incluem no seu repertório educacional, um nível racional de limites, ao mesmo tempo em que respeitam os direitos dos filhos, incentivam o diálogo, não cedem a tudo o que o filho requer, enfim há um equilíbrio respeitando seus interesses e os dos filhos, visando o bem-estar e a coesão da afetividade familiar. (WEBER et al, 2004).

Para Weber et al (2004), os pais autoritários como o próprio nome sugere, são extremamente controladores com seus filhos, são inflexíveis e requerem obediência de suas ordens todo o tempo. Além do que, adotam medidas punitivas quando os filhos optam por não obedecerem.

Os pais permissivos tentam sempre demonstrar uma imagem positiva aos filhos, realizando todas suas vontades, não os frustram de nenhuma maneira, não se impõem, e assim, não servem como um modelo o qual deve ser seguido. (WEBER et al, 2004).

Os filhos de pais autoritativos apresentam melhor rendimento nos estudos, e são sempre associados aos aspectos positivos. Porém os filhos de pais autoritários, também obtêm bons rendimentos escolares devido às imposições dos pais quanto a isso, mas demonstram pouco nível de interação social, baixa auto-estima, e depressão. E os filhos de pais permissivos apresentam alta incidência no uso de substâncias tóxicas, baixa capacidade de auto-regulação, e não sabem se defender frente às diversidades. (WEBER et al, 2004).

Para Weber et al (2006, p. 4), poucos pesquisadores da transmissão dos estilos parentais, se preocuparam em estudar a relação entre as mães com suas próprias mães e destas com seus filhos. Por isso, realizaram uma pesquisa que será apresentada abaixo, com “a hipótese teórica de que as mães aprendem as estratégias de relacionamento experienciadas com seus cuidadores e recriam esses padrões com seus próprios filhos”.

O método da pesquisa das autoras Weber et al. (2006) contou com a participação de 21 mulheres, de sete famílias distintas de classe média, respeitando-se a linearidade trigeracional (avó/filha/neta).

Na versão do instrumento utilizado continham 72 questões divididas em 12 escalas (relacionamento afetivo, envolvimento, regras, reforçamento, comunicação positiva dos pais, comunicação positiva dos filhos, comunicação negativa, punição adequada, modelo, sentimento dos filhos, clima conjugal positivo e clima conjugal negativo).

Na análise dos dados realizada pelas autoras Weber et al. (2006), as gerações foram comparadas duas a duas, 1ª e 2ª, 2ª e 3ª e a 1ª e 3ª. Os valores de baixa significância ($p < 0,05$) indicam que as duas variáveis diferem na distribuição. Já quando o valor do teste for

maior que 0,05, aceitaram a hipótese de que não havia diferença significativa entre os dois grupos.

Os resultados encontrados na realização da pesquisa que analisou as doze escalas tiveram em todas valores de significância acima de 0,05, o que remete que não há diferença entre as gerações, mas houve exceção de três variáveis quando comparadas entre a primeira e a terceira geração, são elas: relacionamento afetivo em relação à mãe ($p=0,015$), envolvimento em relação à mãe ($p=0,045$), comunicação positiva dos filhos em relação à mãe ($p=0,017$). (WEBER et al, 2006).

Não houve transmissão de intergeracionalidade em três itens da escala, as autoras sugerem que essa não transmissão se deva as mudanças culturais, e atentam ainda para o detalhe que nas três dimensões não transmitidas nas gerações estão ligadas ao afeto, carinho e envolvimento. (WEBER et al, 2006). A comprovação da intergeracionalidade na maioria das escalas investigadas remete ao fato da importância de uma boa educação.

Como se pôde observar de acordo com Weber et al., 2006, a criação que os filhos recebem de seus pais e ou responsáveis é um indicador essencial para o surgimento do transtorno depressivo, comprovando o quanto o ambiente é fator essencial para a construção e manutenção do comportamento a ser aprendido.

Assim, como a depressão, em adultos, conta com diversas pesquisas e, portanto, estratégias de tratamento para o transtorno, a depressão infantil também possui algumas formas de tratamento consideradas eficazes.

Os autores Dougher e Hackbert (2003) discorrem sobre as diversas estratégias para se tratar a depressão:

Como o uso de medicamentos antidepressivos que podem funcionar como operações estabelecedoras que neutralizam funções estabelecedoras de eventos que produzem depressão. O efeito comportamental dessas drogas é despotencializar contingências depressivas e potencializar contingências não-depressivas. As drogas antidepressivas podem produzir efeitos a longo prazo se o comportamento do cliente estiver preso a contingências não-depressivas. A psicoterapia é útil para manter os efeitos do tratamento após a retirada das drogas. (DOUGHER; HACKBERT, 2003, p. 9).

Para Lima (2004, p. 10), o tratamento de crianças com sintomas depressivos deve ser o mais precoce possível frente ao diagnóstico. Levando-se em consideração o que ocasionou os sintomas, com suas possíveis associações: “diagnóstico, falhas na educação, prejuízo no funcionamento psicossocial, transtornos psiquiátricos, maus tratos”. O tratamento mais indicado para o caso são tratamentos psicológicos associados ou não com drogas (fármacos).

Entre o tratamento psicológico mais indicado para essa sintomatologia está a terapia cognitivo-comportamental com a criança e os familiares, treinamento de necessidades sociais, psicoterapia interpessoal, e terapia familiar. Já as drogas indicadas para os sintomas

depressivos, são os antidepressivos tricíclicos: “imipramina, clomipramina, maprotilina, amitriptina ou nortriptina. Essas drogas são muito antigas e as mais utilizadas em crianças”. (LIMA, 2004, p. 10).

Segundo Rocha e Brandão (1997), faz-se importante o atendimento psicológico também aos pais e não só aos filhos, para que os mesmos obtenham reais percepções sobre seus comportamentos e comportamentos de seus filhos e diferir as contingências presentes na interação entre pais e filhos. O resultado desse reconhecimento por parte dos pais é uma possibilidade de modificação comportamental tanto dos pais quanto de seus filhos.

OBJETIVOS

O objetivo da pesquisa realizada era verificar como as relações estabelecidas entre pais e filhos podem contribuir no desenvolvimento e manutenção da depressão infantil. Além desse, desmembram-se com as seguintes especificidades:

- Verificar quais as consequências, nas crianças, de cada estilo parental discutido na literatura;
- Analisar como as mudanças na vida moderna afetam a vida das crianças;
- Apontar as principais causas do aparecimento da depressão infantil.

MÉTODO

Para a realização desta pesquisa de revisão literária com o tema: “O papel dos estilos parentais na depressão infantil” foram utilizados materiais bibliográficos, artigos de sites científicos e revistas de psicologia científicas.

Pesquisou-se nos sites Scielo (SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE) e, Pepsic (PERIÓDICOS ELETRÔNICOS EM PSICOLOGIA), cinco artigos científicos, através das palavras-chaves: depressão infantil, estilos parentais e, depressão.

A escolha das palavras-chaves para a pesquisa resultou do interesse em se verificar o tema da depressão em crianças, e constatar se o estilo parental dos pais contribui para o surgimento desta desordem afetiva. A palavra depressão em um contexto amplo foi utilizada, pois antes de se chegar aos artigos sobre depressão infantil, a depressão principalmente em adultos, era o que mais sobressaía.

Além dos sites científicos, houve a revisão da literatura por meio de livros e revistas de psicologia que tratam do tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise realizada com a leitura sobre o tema depressão infantil, pôde-se constatar que as causas da depressão são multifatoriais, podem englobar tanto os aspectos ambientais aos quais as crianças estão inseridas, quanto os fatores biológicos e/ou genéticos e ainda antecedentes psicológicos.

Quanto à especificidade do transtorno comportamental da depressão, os artigos de Gongora (2003), Dougher e Hackbert (2003) salientam como os fatores sociais e culturais influenciam para o desencadeamento da depressão, como a particularidade de cada cultura irá lidar com o conceito de depressão, ou ainda, verificar se os sintomas condizem com determinada classificação para um transtorno mental.

Para Lima (2004) e também Gongora (2003), a genética do indivíduo é um fator relevante para o aparecimento da depressão infantil, mas é um fator superficial e não substancial para surgimento da mesma.

De acordo com os autores Regra (1997), Pereira e Amaral (2007) e Rocha e Brandão (1997), a depressão infantil vem sendo reconhecida entre os pesquisadores de forma cada vez mais abrangente, já que até pouco tempo atrás, nada se conhecia a respeito do tema, levando-se em consideração que uma criança triste, com auto-estima baixa, não representaria um transtorno mental, mas sim um comportamento natural, que logo passaria.

Segundo Regra (1997), a influência do contexto familiar no desenvolvimento e manutenção do comportamento infantil deve ser levada em consideração. O comportamento da criança é reflexo do meio no qual está inserida, portanto, a forma como são criadas e educadas para o mundo resultará na personalidade que cada criança desenvolverá.

A maneira adotada por cada pai em cuidar de seus filhos pode ser classificada de acordo com Weber et al (2004) em três estilos: o autoritativo (o mais eficaz), o autoritário, e os permissivos. Esses estilos adotados pelos pais, segundo a literatura, podem interferir na maneira de se comportar de seus filhos.

O ambiente criado pelos pais, na hora de educar seus filhos, tenderá a moldar o comportamento do filho, e como explanado anteriormente, os estilos autoritários e permissivos, que de uma forma geral, suprem suas dificuldades em uma forma exagerada ou desapegada em educar, fará com que os filhos também compensem esses problemas das mais diversas formas, principalmente as negativas, incluindo no contexto os transtornos comportamentais.

Em relação ao tratamento da depressão infantil, Lima (2004), Dougher e Hackbert (2003), Abreu (2006) mantêm um consenso de que o quanto antes o diagnóstico for efetivado e

começado o tratamento, principalmente com terapias de orientação comportamental, as chances de uma melhora significativa da criança sair do quadro depressivo são grandes. Também é interessante ressaltar que, em geral, o tratamento para os pais também é indicado, pois como já foi dito, são os comportamentos destes que influem no comportamento dos filhos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante os dados coletados com a pesquisa, constatou-se que a depressão infantil é uma desordem comportamental que vem sendo recorrente entre as crianças. Contudo, pôde-se observar que o principal fator responsável por este transtorno é o ambiente que as crianças estão inseridas: seu ambiente familiar, social, os aspectos de aprendizagem e ainda cultural. Os estilos adotados pelos pais na hora de educar irão contribuir nos casos de desenvolvimento da depressão infantil.

A depressão infantil apresenta sintomas de tristeza, isolamento, perda de interesse em realizar atividades antes consideradas prazerosas, principalmente porque antes contavam como um reforçamento positivo, mantendo essas atividades. Verificou-se que quando as taxas reforçadoras se tornam consideradas baixas para determinada criança, ocorre a diminuição dos comportamentos considerados adequados.

Faz-se necessário que pais, professores, os profissionais envolvidos no cuidado com as crianças estejam atentos às menores alterações comportamentais, pois são os responsáveis por cada criança, já que diferente dos adultos, a criança não tem autonomia para diferenciar o que é desejável ou não para ela, absorvendo tudo que lhe é passado de forma distinta.

Nesse sentido, também se mostra importante, que os profissionais que cuidam dessas áreas de atendimento psi dediquem-se mais a pesquisas em torno do tema, já que é uma área que está crescendo consideravelmente; em especial, na direção de se levantar dados sobre o que pode ocasionar o transtorno, já que os achados até aqui, sugerem influências ambientais e até mesmo genéticas em alguns casos, mas que não chegam a conclusões específicas, para que assim possam ser elaboradas estratégias de tratamentos eficazes, assim como planos preventivos para evitar que o transtorno se instale nas crianças.

REFERÊNCIAS

ABREU, P. R. Terapia analítico-comportamental da depressão: uma antiga ou uma nova ciência aplicada? **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 6, p. 322-328, São Paulo, mar. 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Episódio Depressivo Maior. In: -----. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**: DSM-IV-TR. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 348-355.

BALLONE, G. J.; ORTOLANI, I. V.; NETO, E. P. Considerações sobre a depressão na infância e na adolescência. In: -----.**Da emoção à Lesão**: Um guia de Medicina Psicossomática. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2007. p. 297- 300.

CAVALCANTE, S. N.; TOURINHO, E. Z. Classificação e Diagnóstico na Clínica: Possibilidades de um Modelo Analítico-Comportamental. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, Curitiba, v. 14 n. 2, p. 139-147, mai./ago. 1998.

DOUGHER, M. J.; HACKBERT, L. Uma Explicação Analítico-Comportamental da Depressão e o Relato de um Caso utilizando Procedimentos Baseados na Aceitação. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 5, n. 2, dez. 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 06 jul. 2008.

GONGORA, M.A.N. Noção de psicopatologia em Análise do Comportamento. In: COSTA, C. E.; LUZIA, J. C.; SANT'ANA, H. H. N. **Primeiros Passos em Análise do Comportamento e cognição**. São Paulo: Esetec, 2003.

LIMA, D. Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80. n. 2, abr. 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 25 nov. 2008.

PEREIRA, D. A. P.; AMARAL, V. L. A. R. do. Validade e Precisão da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 189-204, dez. 2007. Disponível em <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo>> Acesso em: 08 jul. 2008.

REGRA, J. A. G. Depressão infantil: aspectos teóricos e atuação clínica. In: DELITTI, M. **Sobre Comportamento e Cognição**: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental.. São Paulo: ARBytes, 1997. v. 2.

ROCHA, M. M.; BRANDÃO, M. Z. da S. A importância do autoconhecimento dos pais na análise e modificação de suas interações com os filhos. In: In: DELITTI, M. **Sobre Comportamento e Cognição**: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental.. São Paulo: ARBytes, 1997. v. 2.

WEBER, L. N. D.; PRADO, P. M.; VIEZZER, A. P.; BRANDENBURG, O. J. Identificação de Estilos Parentais: O Ponto de Vista dos Pais e dos Filhos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Curitiba, v. 17 n. 3, p.323-331, mar. 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 22 jul. 2008.

WEBER, L. N. D. et al. Continuidade dos estilos parentais através das gerações – transmissão intergeracional de estilos parentais. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 16 n. 35, set./dez. 2006. Disponível em < <http://www.scielo.br>> Acesso em: 08 jan. 2009.