

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA



**TESE DE MESTRADO EM PSICOPATOLOGIA
E PSICOLOGIA CLÍNICA**

Estudo Exploratório da Prevalência de Depressão numa População
Estudantil Representativa de todos os Concelhos do Distrito de Beja

Francisco António Revés Barrocas

ORIENTADOR: Professor Doutor Eduardo Sá
Universidade de Coimbra

2002

	
Instituto Superior de Psicologia Aplicada	
Universidade de Coimbra	
R. 15682	
E. 04/05	
Tel: 21 301 1700 - info@psico.aplicada.pt	

*O meu Destino disse-me a chorar:
“Pela estrada da Vida vai andando,
E, aos que vires passar, interrogando
Acerca do Amor, que hás-de encontrar.”*

*Fui pela estrada a rir e a cantar,
As contas do meu sonho desfiando...
E noite e dia, à chuva e ao luar,
Fui sempre caminhando e perguntando...*

*Mesmo a um velho eu perguntei: “Velhinho,
Viste o amor acaso em teu caminho?”
E o velho estremeceu...olhou...e riu...*

*Agora pela estrada, já cansados,
Voltam todos pra trás desanimados...
E eu paro a murmurar: “ninguém o viu!...”*

Florabela Espanca

Agradecimentos

Ao Prof. Doutor Eduardo Sá, pela orientação deste trabalho.

À ARS Alentejo, Sub - Região de Saúde de Beja, na pessoa da sua coordenadora Dra. Maria Conceição Margalha, pelo parecer favorável emitido e todo o apoio Institucional garantido.

À Direcção Regional de Educação do Alentejo, pela autorização para a efectivação do estudo, por despacho do seu Director Dr. José Travassos e pelo Director dos Serviços Técnico - Pedagógicos de Acção Social e Desporto Escolar Dr. Luís Capitão.

Ao CAE de Beja nas pessoas do Dr. Vaz Pinto e Dra. Maria Conceição Casa Nova, pelo interesse e colaboração demonstrados, pois permitiram-me o acesso informático a todo o Universo Escolar do Distrito.

Às Professoras Ivone e Conceição, pela preciosíssima ajuda na articulação com as diferentes escolas (contacto com as direcções, outros professores, distribuição e recolha de material, etc.), sem a qual teria tornado muito mais difícil a realização deste trabalho.

A todos os professores que de forma muito responsável e obedecendo aos critérios estabelecidos, se dignaram passar os questionários no espaço e tempo destinado às suas aulas.

Ao serviço de reprografia do Hospital José Joaquim Fernandes, mais concretamente ao Sr. José Gerónimo, que apesar das máquinas terem ficado todas avariadas, teve um desempenho brilhante.

Ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (meu local de trabalho), em que todos os colegas de uma forma ou de outra me ajudaram, incentivando e dando força

para prosseguir, com especial destaque para o meu caro colega e amigo Dr. Carlos Gradiz cujas opiniões foram preciosas.

Para a Educadora de Infância Mariana Arnaud que várias horas do seu tempo livre dedicou a esta causa, o meu bem haja.

À minha família pela paciência e espírito de sacrifício demonstrados.

ÍNDICE

Resumo.....	11
Introdução.....	13
1. Pertinência do estudo.....	16
2. Revisão bibliográfica.....	19
2.1. Características da Depressão, sintomatologia e dificuldades de operacionalização.....	19
2.2. Diferentes perspectivas teóricas sobre a depressão.....	27
2.2.1. Perspectiva psicanalítica.....	27
2.2.2. Perspectiva cognitivo comportamental.....	34
2.3. A depressão na criança e no adolescente.....	41
3. Momento de reflexão O propósito e o que se espera encontrar com esta investigação.....	51
4. Metodologia.....	60
4.1. Tipo de estudo.....	60
4.2. Constituição e caracterização da amostra.....	61
4.3. Instrumentos.....	70
4.3.1. Apresentação da escala (CDI).....	70
4.3.1.1. Características psicométricas do CDI.....	72
4.3.1.1.1. Consistência interna.....	72
4.3.1.1.2. Correlações.....	72
4.3.1.1.3. Teste - reteste.....	72
4.3.1.1.4. Análise factorial.....	73
4.3.1.1.5. Validade discriminante.....	73
4.3.1.1.6. Validade concorrente.....	74

4.3.1.2. Características normativas.....	75
4.3.2. Apresentação do questionário.....	78
4.4. Procedimento.....	80
5. Resultados.....	82
5.1. Tratamento estatístico.....	82
5.2. Apresentação e análise dos resultados.....	84
5.3. Discussão dos resultados.....	109
6. Limitações do estudo.....	124
7. Conclusão.....	125
Referências bibliográficas.....	131
Anexos.....	145
Anexo 1.....	146
Anexo 2.....	147
Anexo 3.....	148
Anexo 4.....	149
Anexo 5.....	150
Anexo 6.....	151

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número de Inquiridos por Concelho e por Escola.....	61
Tabela 2: Ano Escolar em que se Verificaram Repetições.....	64
Tabela 3: Problemas de Nervos.....	66
Tabela 4: Problemas de Nervos na Família Directa.....	66
Tabela 5: Problemas de Nervos na Família Afastada.....	66
Tabela 6: Profissão do Pai.....	67
Tabela 7: Profissão da Mãe.....	68
Tabela 8: Consistência Interna da Escala - Alpha de Cronbach.....	84
Tabela 9: Estatística Descritiva do Total da CDI – Amostra total.....	85
Tabela 10: Resultados na CDI por Concelho.....	86
Tabela 11: Resultados na CDI por Escola de cada Concelho.....	87
Tabela 12: T de Student para Amostras Independentes – Diferenças entre 2 Grupos de Idade no Total do CDI.....	90
Tabela 13: Qui-Quadrado: Diferenças entre os 2 Grupos de Idade na Existência de Depressão.....	91
Tabela 14: T de Student para Amostras Independentes – Diferenças entre sexo Feminino e sexo Masculino no Total do CDI.....	92
Tabela 15: Qui-Quadrado: Diferenças entre sexo Feminino e sexo Masculino na Existência de Depressão.....	93
Tabela 16: Anova – Diferenças entre 3 Níveis de Escolaridade no Total do CDI.....	94
Tabela 17: Qui-Quadrado: Diferenças entre os 3 Níveis de Escolaridade na Existência de Depressão.....	95
Tabela 18: Anova :Diferenças entre Grupos com Diferentes Números de Repetições no Total do CDI.....	96
Tabela 19: Qui-Quadrado: Diferenças entre Grupos com diferentes	

Números de Repetições na Existência de Depressão.....	97
Tabela 20: Anova: Diferenças entre Grupos com Diferentes Números de Problemas Disciplinares no Total do CDI.....	98
Tabela 21: Anova: Diferenças entre Grupos com Diferentes Números de Problemas Disciplinares na Existência de Depressão.....	100
Tabela 22: T de Student: Diferenças entre quem tem “Problemas de Nervos” e quem não tem “Problemas de Nervos” no Total do CDI.....	101
Tabela 23: Qui-Quadrado – Diferenças entre quem tem “Problemas de Nervos” e quem não tem “Problemas de Nervos” na Existência de Depressão...	102
Tabela 24: T de Student : Diferenças entre quem tem “Problemas de Nervos” na Família Directa e quem não tem “Problemas de Nervos” na Família Directa no Total do CDI.....	103
Tabela 25: Qui-Quadrado: Diferenças entre quem tem “Problemas de Nervos” na Família Directa e quem não tem “Problemas de Nervos” na Família Directa na Existência de Depressão.....	104
Tabela 26: T de Student : Diferenças entre quem tem ”Problemas de Nervos” na Família Afastada e quem não tem “Problemas de Nervos” na Família Afastada no total do CDI.....	105
Tabela 27: Qui-Quadrado: Diferenças entre quem tem”Problemas de Nervos” na Família Afastada e quem não tem “Problemas de Nervos” na Família Afastada na Existência de Depressão.....	106
Tabela 28: T de Student para Amostras Independentes : Diferenças entre Diferentes Agregados no Total do CDI.....	107
Tabela 29: Qui-Quadrado: Diferenças entre diferentes agregados na Existência de Depressão.....	108

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Caracterização da Amostra relativamente à idade.....	62
Gráfico 2: Caracterização da Amostra relativamente ao Género Sexual.....	63
Gráfico 3: Caracterização da Amostra relativamente à Escolaridade.....	63
Gráfico 4: Caracterização da Amostra relativamente às Repetições de Anos Escolares.....	64
Gráfico 5: Caracterização da Amostra relativamente à Frequência de Problemas Disciplinares.....	65
Gráfico 6: Caracterização da Amostra relativamente ao Agregado Familiar.....	67
Gráfico 7: Amostra Total, resultados na CDI.....	86
Gráfico 8: Total do CDI vs Idade.....	90
Gráfico 9: Depressão vs Idade.....	91
Gráfico 10: Total do CDI vs Género Sexual.....	92
Gráfico 11: Depressão vs Género Sexual.....	93
Gráfico 12: Total do CDI vs Escolaridade.....	94
Gráfico 13: Depressão vs Escolaridade.....	95
Gráfico 14: Total do CDI vs Repetições.....	97
Gráfico 15: Depressão vs Repetições.....	98
Gráfico 16: Total do CDI vs Problemas Disciplinares.....	99
Gráfico 17: Depressão vs Problemas Disciplinares.....	100
Gráfico 18: Total do CDI vs Problemas de Nervos.....	101

Gráfico 19: Depressão vs Problemas de Nervos.....	102
Gráfico 20: Total do CDI vs Problemas de Nervos na Família Directa.....	103
Gráfico 21: Depressão vs Problemas de Nervos na Família Directa.....	104
Gráfico 22: Total do CDI vs Problemas de Nervos na Família Afastada.....	105
Gráfico 23: Depressão vs Problemas de Nervos na Família Afastada.....	106
Gráfico 24: Total do CDI vs Agregado Familiar.....	107
Gráfico 25: Depressão vs Agregado Familiar.....	108

RESUMO

Várias são as concepções teóricas acerca da depressão, umas colocando mais ênfase nos factores externos, no adquirido, nos acontecimentos de vida, nos processos e distorções cognitivas, outras com um maior empenhamento num conhecimento mais profundo, na compreensão da dinâmica intrapsíquica e um acento privilegiado na relação objectal. Que se traduz por um lado, no medo de perda do amor do objecto com toda a culpa e angústia daí resultante, por outro lado as tentativas de reparação para não perder o objecto em fuga.

De qualquer das formas, a depressão parece efectivamente tratar-se de uma problemática complexa a nível psicológico, que se pode manifestar em qualquer idade e para a qual contribuem inúmeros factores, tais como os biológicos, os sociais, familiares, contextuais, etc.. Esta problemática pode ser mais ou menos influenciada ou desencadeada pela conjugação de vários factores e com repercussões a vários níveis, emocional e afectivo, vegetativo e somático, processos cognitivos e resultados escolares, motivação, na relação com os outros, etc..

Trata-se efectivamente de um problema grave e com consequências imprevisíveis, constituindo um motivo suficientemente forte para que lhe seja dada a devida atenção.

A importância de um diagnóstico precoce, será pois fundamental, até como forma de obviar em termos de consequências no desenvolvimento e integração social dos indivíduos.

É no sentido, de pelo menos tentar clarificar um pouco melhor este fenómeno, que se procedeu à realização deste trabalho. Trata-se de um estudo exploratório e transversal, com um único grupo e apenas testado uma vez. Foi avaliar-se a prevalência de sintomas depressivos, numa população estudantil, em escolas representativas de todos os concelhos do Distrito de Beja.

A amostra é constituída por 1793 sujeitos (depois de terem sido excluídos todos os indivíduos que não preenchiam os requisitos exigidos), de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 9 e os 17 anos e a frequentarem entre o 5º e o 12º ano de escolaridade.

Foram utilizados como instrumentos de avaliação, uma escala de autoavaliação, CDI (Children's Depression Inventory) de Maria Kovacs e um questionário por nós construído, que permite determinar: idade, sexo, ano de escolaridade, número de repetições, problemas disciplinares, antecedentes de problemas de saúde mental, agregado familiar e profissões dos pais.

Foi obtido nesta investigação, uma percentagem de 24% de depressão no total da nossa amostra, apresentando-se as raparigas significativamente mais deprimidas do que os rapazes.

Constatou-se igualmente a existência de diferenças estatisticamente significativas, nos sujeitos com mais repetições escolares, estando bastante mais deprimidos do que os outros com menos repetições ou que nunca repetiram.

Também os indivíduos com maior número de problemas disciplinares, se encontram muito mais deprimidos do que os outros.

Encontraram-se igualmente, valores de depressão significativamente muito mais elevados nos indivíduos que já foram ao médico por "problemas de nervos", tal como nos indivíduos em que os seus familiares directos, também já recorreram a este tipo de ajuda.

Relativamente aos resultados encontrados, foram discutidos e feitos paralelismos com outras investigações realizadas.

Foram igualmente feitas algumas reflexões acerca desta temática, desde a prevenção, os possíveis factores causais, interaccionais, actuação imediata, não deixando de ter sempre em conta a necessidade de conjugar esforços, de forma a tornar possível o desenvolvimento de futuras estratégias de intervenção.

INTRODUÇÃO

Apesar da depressão desde sempre, ter preocupado o Homem, foi no que se refere às crianças e jovens durante muitíssimo tempo ignorada.

A infância era considerada a idade da inocência, um período de vida idealizado e um lugar privilegiado para fantasiar o prazer e a alegria. Os problemas psíquicos não se colocavam e quando não se podiam escamotear eram atribuídos a causas sobrenaturais.

Parece que só praticamente com Freud e com as teorias de formação precoce da personalidade, é que se inicia o estudo das diferentes temáticas psicopatológicas antes da vida adulta, sabendo-se hoje da importância e das implicações de todo o desenvolvimento infantil nos seus diferentes contextos.

Parece igualmente haver indicadores, de que nas últimas duas décadas as perturbações psicológicas das populações mais jovens, tem vindo a merecer especial atenção por parte dos investigadores, nomeadamente no campo educacional, onde uma verdadeira explosão de fenómenos de grande complexidade se tem vindo a verificar, provavelmente o reflexo da sociedade em que vivemos. É no entanto difícil admiti-lo, como é difícil admitir a depressão na infância com todo o enorme sofrimento que arrasta. É incómodo e vergonhoso admitir a falha e a impotência para a colmatar, depois de toda a revolução tecnológica e científica sem precedentes que vivenciamos. É pois, bem mais fácil catalogar, segregar e excluir, remetendo finalmente para as forças da ordem e da justiça, "...é a juventude de hoje...geração rasca...".

É indiscutível a importância do diagnóstico precoce nas desordens afectivas das crianças e adolescentes, não só no despiste da doença como no planeamento de estratégias futuras de intervenção.

É precisamente por isso, porque se acredita noutras soluções e noutras possibilidades, com vista a minimizar as consequências a vários níveis, nomeadamente em termos de desenvolvimento e integração social destas crianças e adolescentes, que nos propusemos fazer esta investigação, esperando que de alguma forma possa contribuir ou acrescentar algo, aos vários trabalhos que estão a ser desenvolvidos pelos estudiosos desta problemática .

Pretende-se assim estudar a prevalência da depressão em crianças e jovens (população estudantil) no Distrito de Beja. Constatou-se ainda ao longo da experiência, o que parece ser de consenso, no que respeita às dificuldades metodológicas, aos desacordos e falta de sínteses pragmáticas, entre outros.

Este trabalho compreende primeiramente uma abordagem teórica, em que é feita uma revisão de carácter geral dos vários autores sobre as principais características da depressão, a forma como se pode manifestar através dos seus diferentes sintomas, bem como a falta de entendimento quanto à operacionalização deste conceito. Seguidamente far-se-á uma revisão das principais correntes ou modelos explicativos sobre a depressão, nomeadamente os de natureza mais psicanalítica e os de natureza mais cognitivo comportamental, realçando no entanto que apesar das perspectivas teóricas serem muito diferentes, não existe propriamente uma fronteira estanque entre elas. Será feito igualmente um desenvolvimento sobre algumas das especificidades da depressão na criança e no adolescente.

A fase seguinte tem a ver com a metodologia em que será feita uma descrição dos procedimentos, técnicas usadas, instrumentos de avaliação, caracterização da amostra, etc..

O capítulo cinco tem a ver com os resultados em que será abordado o tratamento estatístico bem como a análise, apresentação e discussão dos resultados estabelecendo-se o paralelismo com outros estudos efectuados.

Por último a conclusão em que serão focados os factores mais relevantes e significativos, discutindo-se a correspondência e/ou correlações, ou não, dos factores encontrados com as proposições teóricas enunciadas.

Julga-se que esta avaliação da prevalência da depressão numa população dita normal será pertinente, não só para o despiste da doença, como para o planeamento de estratégias futuras de intervenção, nomeadamente em termos de prevenção, pois a intervenção precoce pode alterar o curso das doenças, diminuindo a necessidade de utilização futura de unidades de serviços de saúde psiquiátricos, melhorando a qualidade de vida da população e aumentando a saúde de uma forma geral. Talvez sejam algumas das razões por que temos assistido nos últimos anos a um enorme desenvolvimento do interesse clínico e científico no estudo e tratamento da depressão ao longo do ciclo de vida.

1. PERTINÊNCIA DO ESTUDO

Pretendeu-se com este trabalho, caracterizar uma população escolar de crianças e jovens, relativamente à depressão, através dum estudo exploratório transversal descritivo.

Esta investigação teve lugar em escolas representativas dos vários concelhos do Distrito de Beja.

Procurou-se, após selecção e constituição da amostra, estabelecer as várias correlações entre: idades; sexo; profissão dos pais; problemas de comportamento; diferentes níveis de escolaridade; repetições escolares; diferentes concelhos; diferentes agregados familiares; com ou sem antecedentes em termos de patologia mental e o grau de depressão encontrada.

Parece não restar dúvidas que a depressão pode ter como origem uma enorme variedade de causas e que também se pode manifestar de diferentes formas. Assim a avaliação da depressão numa população dita normal, parece ser importante não só em termos do rastreio da doença como já foi referido, mas também poderá ajudar à compreensão do fenómeno e permitir delinear estratégias quer em termos de prevenção, quer em termos de uma intervenção o mais precoce possível.

As várias investigações realizadas mostram que as patologias sócio-emocionais, em particular a depressão, podem surgir em etapas precoces do desenvolvimento, evidenciando assim a premência em explorar e perceber estas disfunções psicológicas e afectivas antes da idade adulta, para de alguma forma podermos contribuir para a promoção de ambientes mais saudáveis, através de um planeamento de acções com vista a serem considerados os determinantes psicológicos responsáveis por essa alteração de qualidade ambiental.

Há um outro motivo, que nos levanta algumas interrogações e ao mesmo tempo fez aumentar ainda mais o meu interesse em fazer este trabalho, o facto de este distrito de Beja possuir uma das mais elevadas taxas de suicídio da Europa.

Esta região apresenta a maior prevalência de suicídios do País, sendo que o nosso país se situa entre os 35 países do mundo com taxa mais elevada.

Num estudo realizado por Gradíz em 1987 (“Contributo para o Estudo do Suicídio Consumado”, que tentou estudar e conhecer alguns factores de suicídio), a taxa de suicídio no sul do país é muito superior à média nacional e que ainda assim, no distrito propriamente dito, é ainda muito mais elevada (a taxa de suicídio em Beja p/ 100 000 em 1987, foi de 39,5 contra 9,6 no resto do país).

Existe ainda uma razão pessoal e profissional, que tem a ver com a constatação ao longo da minha experiência clínica, do elevado número de condições depressivas nos utentes, tentativas de suicídio, e outras perturbações emocionais, sociais e escolares, nomeadamente em crianças e jovens.

Até que ponto a psicologia não poderá contribuir para alterar esta situação?

De qualquer forma torna-se indispensável uma partilha de saberes. Depois de uma maior clarificação e compreensão do fenómeno (dai a necessidade deste tipo de estudos), torna-se importante a colaboração com os vários agentes sociais, professores, pais, outros educadores, profissionais de saúde, etc..

Um dos objectivos desta articulação, entre muitos outros, seria o de promover o desenvolvimento de competências por parte dos diferentes intervenientes, de forma que lhe permitissem funcionar como promotores de saúde e agentes de mudança.

A implementação destas medidas visariam uma aquisição precoce de comportamentos saudáveis, comportamentos protectores de saúde através do ganho dessas competências sociais, tendo como alvo prioritário as crianças e os adolescentes com maior fragilidade social.

Até que ponto com este tipo de iniciativas não estaremos a contribuir para aumentar o êxito escolar e diminuir os efeitos negativos sobre a saúde?

Ao considerarmos a fenomenologia da depressão (principalmente quando se trata de crianças e jovens), um problema suficientemente grave e com implicações dramáticas e imprevisíveis, entendemos de fundamental importância a investigação desta temática. De realçar ainda que existem pouquíssimos estudos feitos à População Portuguesa, sendo que os trabalhos que existem foram praticamente todos realizados em outros países, havendo um desconhecimento (em termos objectivos e concretos) quase total da realidade nacional.

Será pois importante e urgente que se façam mais trabalhos de investigação nesta área, com vista a uma melhor compreensão do fenómeno, tendo como principal objectivo, uma redução do sofrimento psíquico e consequentemente um melhoramento da qualidade de vida das pessoas.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. Características da depressão, sintomatologia e dificuldades de operacionalização

Ao abordarmos a depressão, constatamos que esta pode ter como origem uma enorme variedade de causas, manifestar-se de diferentes formas e apresentar vários quadros clínicos. É assim um quadro de complexidade variável, podendo apresentar sintomas psíquicos e somáticos, respeitantes a situações psicofisiológicas e clínicas diversas.

Estima-se que mais de metade da população mundial padece desta patologia e que é mais predominante no sexo feminino.

Para Burus & Beck, (1978); Cantwell, (1990), no síndrome depressivo, as três manifestações fundamentais são a alteração dos afectos, a lentificação psicomotora e a auto desvalorização. Ou seja, para além de um complexo conjunto de elementos ligados ao afecto, a depressão compreende todo um leque de sintomas específicos nos campos cognitivo, motivacional, comportamental e vegetativo.

Também Lefkowitz e Tessiny (1980), referem que a depressão é um estado caracterizado por uma diminuição da felicidade e da capacidade em obter experiências gratificantes. Nesta forma de funcionamento podem estar abrangidas quatro áreas distintas: a afectiva, a motivacional, a cognitiva, e a vegetativa.

Assim, descrevem-se como pertença de uma listagem sintomática depressiva, comportamentos como: dificuldades de concentração, irritabilidade, inactividade, isolamento social, ideação suicida, entre outros.

Apesar da tristeza constituir o afecto nuclear, podem emergir outros estados emocionais secundários como a ansiedade, irritabilidade e mesmo a hostilidade.

A expressão fisionómica é normalmente caracterizada por um olhar triste e mortiço, uma expressão abatida que denota sofrimento e falta de esperança. Na base da depressão como perturbação afectiva que é (do ponto de vista nosológico), está o humor depressivo, em que há uma tristeza profunda que vai afectar o indivíduo a nível do seu relacionamento intra pessoal, dada a sua auto desvalorização e abaixamento da auto estima, e inter pessoal pelo modo como se relaciona com tudo aquilo que o rodeia.

No que diz respeito à forma de pensar do deprimido, Beck (1976), refere que esta se caracteriza por: expectativas negativas, auto depreciação, desânimo e falta de esperança, imagens negativas e distorcidas de si, do mundo em geral e do futuro.

Nos indivíduos deprimidos está presente um desânimo e incapacidade, que ocupam um lugar privilegiado no seu pensamento podendo em casos mais graves conduzir a ideias delirantes em que tudo gira à volta da culpa, da ruína e hipocondria (Vallejo, 1991).

A sua tendência para evocar as experiências negativas leva a que a memória esteja em défice, processando-se o pensamento lentamente, o que se reflecte ao nível do próprio discurso, um discurso perturbado com conteúdos de uma tonalidade afectiva negativa. Também do ponto de vista cognitivo há uma diminuição da atenção e concentração, dada a falta de energia vital para a realização de tarefas específicas com clareza e eficácia. Qualquer tarefa pode envolver um esforço excessivo sentindo-se o indivíduo cansado mesmo antes de a iniciar. A par desta fadiga intensa, a sensação de fraqueza e o nervosismo, são também frequentes outras repercussões fisiológicas como a perda de peso, cefaleias, amenorreia, alteração dos padrões de sono, perda de apetite e diminuição da apetência sexual.

Os sujeitos deprimidos têm tendência a menosprezar as suas capacidades e sucessos, realçando os aspectos negativos das suas vivências. Mas também pode acontecer que o síndrome depressivo: sentimento de tristeza; lentificação e inibição psicomotora; auto-desvalorização; baixa auto estima e baixo auto conceito; alterne com o síndrome maníaco: exaltação do humor; aceleração psicomotora; sentimentos desadequados de auto valorização; valorização grandiosa de si; auto estima elevada. As defesas maníacas, numa perspectiva dinâmica são a manifestação inversa da depressividade. São defesas contra o afecto depressivo, originadas por uma depressão marcada.

Há que atender às características próprias da depressão como perturbação do humor e as dificuldades encontradas em estabelecer a fronteira do que se situa entre os pólos da tristeza esperada enquanto forma reactiva a situações de perda e acontecimentos difíceis (forma transitória e esperada), e a depressão clínica propriamente dita com carácter patológico.

Para Kashani & Simons, (1979), o humor depressivo parece ser muito comum nas populações escolares ditas normais.

Já Costello, (1986), refere que não existem confirmações empíricas para que possamos afirmar que o humor depressivo, seja um preditor fiável do resto da sintomatologia depressiva.

O humor é um afecto básico, que oscila entre dois pólos: a alegria e a tristeza. Representa os aspectos tímicos do funcionamento mental e traduz a adaptação activa do sujeito ao meio exterior.

A este respeito Bowlby (1985), refere que a depressão pode ser um estado de espírito vivido ocasionalmente pela maioria das pessoas como consequência de uma desorganização momentânea do comportamento, confrontados com uma situação de perda por exemplo e que irá permanecer até ao momento que o indivíduo consiga estabelecer novos padrões de intercâmbio direccionados a um novo objecto.

Outros autores como Rutter, (1986), confirmam que a depressão reactiva face a uma importante perda ou situação stressante, e apesar de poder apresentar manifestações comportamentais, emocionais, cognitivas, tem um carácter de adaptação à situação vivida e que se trata de um fenómeno “anormal” dentro da normalidade.

Também Schwartz & Schwartz, (1993), referem que, o que não é normal, será a inexistência de sintomas depressivos em determinados momentos do ciclo de vida. Considera-se portanto perfeitamente normal e mesmo adaptativo, a vivência de sintomas depressivos em determinadas situações.

Assim de acordo com vários autores, a sintomatologia depressiva passa a ser considerada patológica e deixa de estar dentro dos limites considerados normais, conforme a sua intensidade ou profundidade, a persistência ou frequência com que aparece, e a disfuncionalidade e gravidade da perturbação de humor. Havendo necessidade para discriminar a depressão, de fazer confluír vectores qualitativos e quantitativos. Só a conjugação de ambos podem esclarecer com mais precisão, a distinção entre “tristeza normal” e “depressão patológica”.

Também Amaral Dias (1984), cita alguns autores, em que estes se referem à depressão sem depressão, de equivalentes depressivos ou depressão mascarada, em que o sujeito apresenta sintomas somáticos, doenças dérmicas, doenças como cefaleias, etc., em que confundem ou disfarçam a sintomatologia afectiva. Segundo este mesmo autor, a depressão neste momento tem que ser considerada um síndrome e não uma doença, uma vez que lhe faltam elementos de ordem etiológica, epidemiológica, patogénica evolutiva e terapeutica para ser considerada como tal.

Uma questão que parece estar muito presente e suscitar algumas dúvidas, é a forma como se deve entender a depressão enquanto entidade clínica, isto é, deverá ou não ser preocupante e considerada grave, independentemente de ter ou não carácter endógeno, ou haver ou não razões psicológicas e/ou contextuais para o seu aparecimento.

Segundo Vaz Serra (1986), as depressões são classificadas em: endógenas, de que fazem parte as de natureza hereditária, depressões primárias; depressões maniaco-

depressivas; e reactivas em que cabem as que resultam da fragilidade do Eu ou outros aspectos da personalidade e os provocados pela acção de factores exteriores de stress.

Autores como Nolen-Hoeksema, (1988); Raskin, (1977), referem-se à distinção entre as manifestações depressivas que não se enquadram nos critérios de diagnóstico psiquiátrico, consideradas sub-clínicas, menos complicadas, eventualmente causadas por factores psicossociais e aquelas depressões que preenchem os critérios de diagnóstico psiquiátrico, considerados clínicos e que provavelmente tem por trás factores biológicos. Parece que a inexistência de causas externas a que se possa atribuir a sintomatologia depressiva, bem como a duração, gravidade e o grau de incapacitação desses sintomas, são a referência diagnóstica dos critérios de psicopatologia.

Quanto à tentativa por parte de vários autores em categorizar a depressão clínica mostrou ser uma tarefa difícil e insatisfatória na classificação e definição do problema (Rutter, 1988; Blatt & Maroudas, 1992; Maag & Forness, 1991).

No entanto parece perceber-se uma tendência para um tipo de categorização dicotómica da depressão: depressão endógena/biológica e exógena/reactiva; primária/secundária; aguda e crónica; psicótica e neurótica; unipolar e bipolar.

No que diz respeito mais especificamente à depressão infanto juvenil, parece mais uma vez não haver consenso sob o ponto de vista conceptual, alguns autores defendem que é raro o aparecimento de depressões do tipo endógeno, o mais frequente são sim as depressões reactivas a acontecimentos de vida precipitadores (Graham, 1981), portanto com menos gravidade e melhor prognóstico. Mas também existem outros autores, a defenderem quase o contrário, que a depressão determinada biologicamente é muito frequente nos mais jovens e em termos endócrinos parecida à dos adultos (Poznansky, 1982).

Quanto às outras categorias mencionadas anteriormente a que parece estar mais relacionada com os jovens é a unipolar (sendo a bipolar rara).

Parece assim faltar alguma clareza e consenso no que respeita à definição de depressão em termos nosológicos, e no que respeita à forma, estrutura e significado do conceito (Clarizio, 1989; Kazdin, 1990).

Também Cantwell & Carlson, (1979), referem que não tem havido entendimento quanto à operacionalização do conceito de depressão clínica relativamente ao número, forma, significado e conteúdo dos sintomas de depressão.

Não há igualmente acordo no que respeita às especificidades de cada faixa etária, para o que contribui, entre outros, o facto de alguns comportamentos característicos da depressão permanecerem ao longo de todo o ciclo de vida e outros sofrerem alteração.

Segundo Vaz Serra (1986), a depressão é susceptível de acontecer quando há uma convergência entre factores predisponentes (mecanismos genéticos e vulnerabilidades psicológicas) e factores precipitantes (condições do meio ambiente).

Os investigadores Carlson e Kashani (1988), efectuaram um estudo tendo chegado à conclusão que, algumas dessas manifestações características aumentam de frequência com a idade, outras diminuem e outras ainda se mantêm inalteráveis independentemente da fase de desenvolvimento.

Para Dias e Vicente (1984), a gravidade de um quadro depressivo varia e é indicada pela sintomatologia e a forma como esta se apresenta, pela duração mais ou menos longa desses sintomas, pela alteração que parece ocorrer entre a personalidade anterior e o estado depressivo (modificação quanto ao seu modo de viver, aos seus hábitos, às relações inter pessoais e aos seus projectos de vida futuros).

Parece no entanto haver necessidade de estabelecer critérios, permitindo uma maior uniformização da linguagem. Para se poder chegar a um diagnóstico de depressão, torna-se assim necessário que se conjuguem alguns sintomas fundamentais, bem como a sua prevalência durante determinado tempo. São eles:

>O núcleo base é o humor depressivo, há uma polarização triste do humor, é observável uma diminuição do tónus afectivo. O desencorajamento, sentimentos de desinteresse, abatimento, infelicidade e esgotamento, facilmente detectáveis através de uma expressão fisionómica, caracterizada por um olhar triste e mortiço, denotando sofrimento interior, falta de esperança. Podem também emergir outros estados emocionais secundários à depressão como a ansiedade, irritabilidade e a hostilidade. A continuidade desta depressão do humor vai abranger toda a existência do sujeito e o futuro é algo visto sem esperança.

As repercussões ao nível da inibição psicomotora, podem levar ao aparecimento de uma astenia marcada caracterizada por um estado de fadiga intensa, sensação de fraqueza e de nervosismo. Uma diminuição dos interesses e actividades, indecisão para a acção, perda de iniciativa. Também são frequentes sintomas mais fisiológicos como a perda de peso, cefaleias, amenorreia, boca seca, obstipação, palpitações. Em situações mais agudas podemos encontrar formas de estupor e mutismo. De uma maneira geral a motricidade é lenta e global, os movimentos realizam-se de forma pobre e lenta. A mímica verbal e gestual quase que não existe. Ao nível cognitivo, temos a concentração/atenção diminuídos, tal como a memória e a capacidade de raciocínio. O rendimento intelectual do sujeito está diminuído, há uma lentificação na associação de ideias.

>Para polarizar com clareza e eficácia a consciência para tarefas específicas é preciso uma certa quantidade de energia vital, que está em défice ou quase não existe nestes pacientes (Vallejo, 1991).

>Ao nível da auto-desvalorização, no discurso destes sujeitos predominam conteúdos de tonalidade afectiva negativa, há tendência para evocar experiências negativas. Sentimentos de culpa, pessimismo, a tomada de consciência de todo este sofrimento e infelicidade, gera no indivíduo uma auto depreciação e auto desvalorização, surgindo por vezes desejos de auto punição, culpando-se por faltas que não cometem. É aqui que pode aparecer o desejo de suicídio.

Assim, parece podermos ainda concluir que, a palavra depressão que normalmente é associada a tristeza, nem sempre ser correcta essa relação, uma vez que o humor só se torna significativo de acordo com um determinado conjunto de sintomas.

Que o facto de uma pessoa estar deprimida, não é sinónimo de perturbação grave ou de que a sua estabilidade psicossocial esteja comprometida, mas estar sim a atravessar um período inevitável e necessário à sua evolução normal.

Ao conceito de depressão tem sido atribuído um conjunto diversificado de níveis disfuncionais, variando entre o simples humor depressivo temporário e situações graves que podem comportar actos de auto destruição e conduzir mesmo à morte, passando por estados psicológicos crónicos e incapacitantes.

Assim podemos concluir que se trata efectivamente de uma problemática complexa a nível psicológico, que se pode manifestar em qualquer idade e para a qual contribuem inúmeros factores, tais como os biológicos, os sociais, familiares, contextuais, etc..

Conclui-se ainda que a depressão pode ser desencadeada e/ou mais ou menos influenciada pela conjugação de vários factores, podendo ter repercussões a vários níveis, emocional e afectivo, vegetativo e somático, processos cognitivos e resultados escolares, motivação, na relação com os outros, etc..

2.2. Diferentes Perspectivas Teóricas sobre a Depressão

As conceptualizações relativas às diferentes abordagens sobre a depressão envolvem perspectivas teóricas muito diferentes, não existindo no entanto uma fronteira estanque entre elas. Estas distinções tem implicações importantes na avaliação, identificação, tratamento e prognóstico desta perturbação. Nas diferentes abordagens, umas traduzem mais uma visão médico-psiquiátrica (modelo biomédico), enquanto que outras estão mais de acordo com modelos psicológicos.

2.2.1. Depressão vista numa perspectiva Psicanalítica

Parece que nos diferentes modelos a origem da depressão é defendida pelos vários autores, umas vezes mais relacionada com as estruturas psíquicas internas, outras com a experiência, havendo no entanto uma área em que quase todos parecem estar de acordo, são as inadequações do processo afectivo-relacional com os progenitores.

Autores como K. Abraham, S. Freud, M. Klein e Michael Balint, têm em conta os estádios mais precoces do desenvolvimento da criança, do tipo de relação de objecto que esta estabeleceu, da maneira como atravessou as diferentes etapas da sua evolução e afinal de contas do que construiu dentro de si, que irá influenciar ou determinar a sua existência futura. Também outros autores como, Margaret Maller, Spitz, Bowlby, deram importantes contributos para a compreensão da depressão na criança.

Foi Freud que possivelmente influenciado pela maturação biológica de determinadas zonas do corpo segundo uma certa sequência cronológica, vai designar os estadios de

desenvolvimento da libido do indivíduo: fase oral, anal, fálica e genital. Isto foi muito importante, pois do ponto de vista psicanalítico vai permitir a compreensão do desenvolvimento psíquico e da etiologia dos doentes mentais em que se inclui a depressão.

Karl Abraham foi dos primeiros autores a tentar perceber analiticamente a depressão. Freud em 1917, estabeleceu um paralelismo entre o estado normal de luto e o estado melancólico, no seu trabalho "Luto e Melancolia", constata-se que quer num estado quer no outro, há uma perda de interesse pelo mundo exterior.

Ao identificar-se com os valores e ideais dos pais que ama, mas que o rejeitam e criticam, o indivíduo fica magoado, vivencia sentimentos de raiva, ambivalência e vira essa raiva sentida contra o "outro introjectado", quer em forma de agressão, quer de culpa, iniciando uma batalha entre o ego e o superego, gerando um conflito interno em que o sujeito se auto-critica e auto-rejeita (Freud, 1917; Abraham, 1927; Mahler, 1961). Os sintomas depressivos reflectem assim este grande e inconsciente conflito.

Freud nomeou alguns aspectos que considerou fundamentais para caracterizar a organização depressiva: perda de objecto, desejo de incorporar o objecto, tendência narcísica, parte de si desvalorizada, depreciação de si, ambivalência, auto-agressão, poder moral causatório. Abraham, para além destes pontos acrescentou: constitucionalidade, predisposição durante a infância, personalidade pré depressiva e a relação ambivalente sobre o aspecto anal, futuro deprimido.

Surgiram depois outros modelos, agora mais apoiados em dados empíricos, tais como os Spitz e Bowlby, em que também apresentavam como mecanismo causal para a depressão a perda de objecto, a separação da figura de vinculação com prejuízo da ligação afectiva existente (Spitz, 1946; Bowlby, 1981).

Spitz parece ser um dos primeiros autores a falar dum quadro clínico depressivo isomórfico ou aproximado à depressão dos adultos, não acreditando no entanto que as crianças tivessem suficientes estruturas do ego para poderem desenvolver uma verdadeira depressão. Outros autores na mesma linha dinâmica defendem a

possibilidade da depressão nas crianças, seja na forma de estado depressivo clínico grave, seja noutras formas mais ligeiras.

Outros defendem que a depressão é consequência de grandes exigências feitas por parte de pessoas significativas para o sujeito (os pais, parceiro/a, etc.). A incapacidade por parte do sujeito em responder a essas exigências leva ao aparecimento do desespero, desânimo, que juntamente com uma baixa auto estima podia conduzir à depressão.

Os autores Marcelli e Braconnier (1984), referem que depois de 1925 houve duas tendências na forma de conceptualizar a depressão:

- uma sobre a sua etiopatogenia, caracterizada pela perda de estima e desvalorização de si mesmo, auto depreciação dolorosa, em que não há consciência da culpabilidade. Está relacionada com as dificuldades que a criança encontrou quando elaborou o ideal do Eu primitivo;
- a outra tendência baseia-se na psicogenética do desenvolvimento em que teve um papel importante a Melanie Klein (1985), com a introdução das posições: esquizo paranoide e a depressiva. Sendo esta última fase muito importante para a reparação do objecto total após a clivagem deste. A não resolução desta fase vai provocar uma fixação à problemática da angustia depressiva e por sua vez aos estados patológicos como a depressão.

Segundo Melanie Klein, o bebé vai reconhecer-se a si próprio e à sua mãe como objectos totais, e é precisamente ao descobrir que o mesmo objecto era fonte de prazer e de frustração, a consciência de amar e odiar a mãe deixa-o com medo de que essa sua agressividade possa ferir ou destruir o objecto central da sua vida, adquirindo aí a capacidade de sentir a depressão, normal ou patológica. São os primeiros sentimentos de culpa, de receio por perda irreversível e/ou de luto. A vivência de qualquer situação de perda futura, vai desencadear de novo esses sentimentos depressivos.

Ainda para a mesma autora, é da unificação do objecto na posição depressiva que vai nascer a culpabilidade. A autora refere que a crescente consciência da criança face à realidade, resulta na frustrante realização do que é o bom e mau objecto que

constituem diferentes facetas de um mesmo objecto. Sequelas desta união mental conduzem a uma ambivalência face ao objecto e conseqüentemente uma posição depressiva na criança que pode ou não perdurar, consoante ela ultrapasse melhor ou pior esta fase, face à unificação do objecto.

A autora M. Maller (1977), defende a reactividade depressiva do indivíduo ligada à fase de separação-individuação. No ser humano, a mais primitiva reacção à quebra da sua harmonia e equilíbrio interno, é de ansiedade perante os perigos e ameaças do meio.

Já Blatt (1974) e Blatt col., (1976), defendem uma teoria etiológica da depressão, que tem a ver com os efeitos precoces de estilos parentais inadequados, sugerindo dois tipos de depressão, as anaclíticas e as introjectivas, conforme os estilos educativos relacionais dos pais, restrito ou rejeitante. Estes tipos de experiências de parentalidade nos primeiros tempos de vida, vão ter influencia no desenvolvimento do estilo de personalidade, que poderá implicar um tipo de funcionamento de risco para o desencadeamento da depressão. São modelos influenciados simultaneamente, por conceitos de índole cognitiva e da aprendizagem social.

Segundo Coimbra de Matos (1982), a reacção depressiva corresponde à tristeza sentida pela falta de uma presença confortável e agradável. Para ele, a reacção depressiva só acontece, depois de uma experiência de vida confortável com o objecto.

O mesmo autor também faz referencia a três tipos de depressão: a depressão simples, a depressão narcisica e a depressão culposa. Na depressão simples ou amorfa, verifica-se uma queda libidinal, devido a uma impossibilidade de maturação genital, há uma relação de objecto do tipo oral, dependência e aderência ao objecto, é o que ele chama o selo da depressividade neurótica, a dependência afectiva ou rotura relacional é restituída, segundo ele, através da doença somática. A depressão narcisica, traduz-se por uma idealização do outro e uma desidealização do próprio, há aqui uma distância entre o Eu Ideal e o Ideal do Eu. Na depressão culposa ou de culpabilidade, há identificações projectivas patológicas e projecção das partes boas do Self.

O autor refere-se ainda a três traços característicos da organização depressiva em termos de estrutura: a dependência oral anaclítica, que tem por base a relação do objecto depressivo; a insuficiência da compleição narcísica, tem a ver com falhas narcísicas, repetam à diminuição e desvalorização da auto estima e do auto conceito dando lugar a uma agressividade reprimida; a severidade do Super Eu, que segundo aquele autor, é uma super estrutura, precoce, de origem pré-edipiana, mas extremamente severa quanto ao seu poder de crítica e de proibição.

Quanto ao funcionamento depressivo considera como aspectos centrais: o investimento inconsciente do objecto de amor perdido, em que a representação interna do objecto se faz gastando uma enorme quantidade de energia libidinal, é a explicação para o desinvestimento e para o desinteresse do deprimido nos objectos externos; a compreensão narcísica e erotização do contacto, duas defesas contra o afecto depressivo, o sentimento de inferioridade e a incapacidade de relacionamento inter pessoal; a reparação patológica, será a idealização do objecto abandonado sentida como mau.

Já numa outra perspectiva e de uma forma mais restrita e mais direccionada, Teresa Ferreira, num seu artigo em 1993, referindo-se á mãe e á sua decepção narcísica, defende que para além dos vários tipos de depressão e diferenças existentes entre elas, há nas mães das crianças deprimidas sempre qualquer coisa de parecido. Fala da segurança narcísica e núcleos depressivos, entendendo como segurança interna a estabilidade em termos de auto estima, o amor por si próprio, que cada um organizou como pessoa e integra na estrutura genital adulta.

Ao fala-se de uma possível depressão precoce, tem que se considerar a possibilidade de ter havido uma decepção reciproca e precoce, na vivência relacional. O que originaria uma evolução desarmonica e os tais núcleos depressivos precoces nestas crianças.

Dai que a autora referida anteriormente defenda que, "...a ajuda terapeutica aos pais é sempre necessária, e complexa, consiste em aproximar e conciliar o filho imaginário e inexistente como ser humano, com o filho real, na vida fantasmática da mãe,

mostrando-lhe a nossa própria imagem desse filho real, o nosso eco positivo dessa imagem. O pai pode ser um auxiliar precioso nesta reparação narcísica da mãe”.

Para Coimbra de Matos (2001), a depressão pode ser vista como uma estrutura ou organização mental mais ou menos estável, ou uma forma de funcionamento psíquico, preponderante e persistente.

Este autor aborda esta temática, distinguindo ou mencionando quatro aspectos: personalidade depressiva, reacção depressiva, desenvolvimento depressivo e processo depressivo.

Na personalidade depressiva, refere-se às principais características evidenciadas, baixa auto estima, sentimentos de culpabilidade, lentificação psicomotora e tendência à adinamia, maior fragilidade e vulnerabilidade à perda, um super ego muito rígido e severo e tendência à idealização do passado. Estas características são quase sempre egosintónicas e correspondem a uma depressão crónica lactente, como resultado de uma relação patogénica, em que o sujeito dá mais do que recebe, vai perdendo continuamente afecto, a que Coimbra de Matos chama de economia depressígena, referindo-se também a um processo de indução de culpa, em que o sujeito se identifica à imago-imagem de culpado proveniente do objecto.

A reacção depressiva é a forma que o indivíduo arranjou para reagir à perda ou abandono afectivo, dor, abatimento, raiva e revolta.

O desenvolvimento depressivo pode vir no seguimento da reacção depressiva e traduz-se numa auto desvalorização e/ou auto acusação, em que o indivíduo tenta arranjar uma explicação para o que lhe aconteceu, normalmente elaborando sentimentos de culpa e inferioridade que vão reforçar os anteriores, encontrando a depressão as condições óptimas ao seu desenvolvimento.

No processo depressivo, já entram em jogo mecanismos psicológicos mais profundos e arcaicos, tais como: projecções, introjecções, identificações projectivas e introjectivas maciças e violentas, características do funcionamento depressivo.

Assim, temos nesta perspectiva, uma explicação da depressão mais virada para as estruturas psíquicas internas e menos para a experiência. Foi com Freud que ao nomear as diferentes fases do desenvolvimento da libido do indivíduo (oral, anal, fática e genital), veio permitir uma melhor compreensão do desenvolvimento psíquico do indivíduo.

É pois colocado uma ênfase especial, num conhecimento mais profundo, na compreensão da dinâmica intrapsíquica, com um acento privilegiado na relação objectal.

Parece assim que neste modelo, é dada fundamental importância ao tipo de relação de objecto, mais ou menos precoce. A forma como se desenvolveram as diferentes etapas da sua evolução irão determinar e influenciar decisivamente em termos de futuro. Que se traduz, como já foi referido, no medo da perda de amor do objecto com toda a culpabilidade e angústia que isso provoca, bem como nas tentativas de reparação para não perder o objecto em fuga.

2.2.2. Perspectiva Cognitivo Comportamental da Depressão

A depressão vista à luz dos modelos cognitivos, de uma maneira geral, é directamente influenciada pelos factores cognitivos, seja como agentes desencadeadores, de agravamento etc.. Defende-se a interacção entre os processos, capacidades e conteúdos do pensamento, interpretação da realidade e consequente comportamento.

Parecem ser de grande importância as alterações cognitivas que se manifestam no deprimido, que variam de indivíduo para indivíduo, mas são a principal causa da depressão, Beck (1974, 1976, 1982). Os processos cognitivos estão significativamente alterados nos sujeitos depressivos, fazendo com que percepcionem de forma distorcida a realidade interna e externa. As distorções cognitivas mais frequentemente encontradas são: baixa da auto estima, pessimismo e sentimentos de culpa.

Também Kovacs & Beck, (1977), se referem aos exteriorizados comportamentos depressivos, como consequência inevitável de crenças inadequadas (crença na própria incompetência, auto-culpabilização incorrecta, pessimismo, ausência de valor ou capacidade de ser amado e de atingir a auto satisfação, antecipação de resultados negativos no futuro).

A esta alteração Beck dá o nome de tríade cognitiva (visão negativa, irrealista e sistemática) e tem lugar a três níveis: a nível do Eu, em que o deprimido se sente inútil, com muitos defeitos, sentimentos de inferioridade, e com uma imagem negativa de si próprio; a nível do mundo exterior, sente em tudo o que o rodeia demasiadas exigências e com obstáculos que não consegue superar, todos os acontecimentos de vida são negativos; a nível do futuro, pessimismo, nos projectos em que se envolve sente que vai falhar antecipadamente.

Apesar de inicialmente Beck ter pensado e desenvolvido o seu modelo da tríada cognitiva para as populações adultas, veio conjuntamente com Maria Kovacs (1977), atribuir e adaptar a mesma conceptualização às crianças e adolescentes. No entanto só a partir de meados da década de oitenta, com o aparecimento de novos instrumentos de avaliação para este tipo de perturbações cognitivas nos jovens deprimidos, começou a surgir a confirmação dos pressupostos deste modelo (tríade cognitiva negativa) nas crianças e adolescentes.

O mesmo autor em 1990, refere que existem estruturas cognitivas responsáveis pelo processo de pensamento, a essas estruturas ele chamou esquemas e diz serem mais ou menos estáveis. É através destes esquemas que o indivíduo organiza e entende o meio que o rodeia. Face a determinada situação entra em acção um esquema apropriado a ela.

A depressão do humor acontece dado existir uma alteração na forma de perceber o mundo e as coisas, tudo o que nos rodeia passa a ser visto de uma forma entristecida.

Na base destas distorções encontram-se os esquemas negativos do self, o mesmo autor menciona ainda uma continuidade entre o afecto e pensamento, por isso sempre que a interpretação é feita a partir de um esquema negativo ir-se-á exprimir um afecto igualmente negativo. Daí que tudo o que não se encaixe nesse esquema negativo seja anulado, levando a erros sistemáticos no processamento de informação e como tal a ideias distorcidas da realidade.

Os esquemas negativos mais comuns são: inferência arbitrária, em que o indivíduo chega sempre à mesma conclusão, mesmo que tenha indicadores do contrário; abstracção selectiva, o sujeito detêm-se num pormenor ou detalhe, ignorando outros muito mais evidentes; hiper generalização, generalizando um acontecimento isolado de forma despropositada; exagero e minimização, transformar acontecimentos que o

não são, em simples ou importantes; personalização, relacionar com o próprio determinadas ocorrências, sem que haja qualquer razão para isso acontecer.

Parece assim que quanto à aplicação desta teoria às crianças e jovens deprimidos se pode concluir que estas apresentam, padrões cognitivos distorcidos semelhantes aos dos adultos: erros cognitivos negativos isomórficos (sobregeneralização, personalização, abstracção selectiva e catastrofização); percepções e expectativas mais descrentes e negativas das suas competências; baixa auto estima; padrões de pensamento auto referenciado; enviesamentos negativos na memória, com um esquecimento selectivo de experiências e auto descrições positivas; e cognições de desesperança face ao futuro.

Numa tentativa de compreensão e explicação da depressão Beck (1967), vai dar grande ênfase aos acontecimentos da vida (life events) Para o autor são as experiências relacionadas com a aprendizagem de atributos negativos acerca do self, bem como os importantes acontecimentos de vida que acontecem na infância e que sensibilizam os processos cognitivos, no sentido de desempenharem um papel patológico em situações de stress, que vão predispôr para a depressão. Há assim um desenvolvimento precoce de uma esquematização cognitiva negativa no que respeita ao mundo, ao futuro e ao self.

Esta forma auto-referenciada de processar a informação emocionalmente relevante, foi-se construindo a partir de experiências interactivas com pessoas significativas, durante a infância e adolescência. Ou seja, as vivências traumáticas do passado levam à formação de atitudes e crenças desajustadas, “esquemas inadaptados precoces”. Esquemas estes que se vão elaborando ao longo da vida e dar origem a formas de pensamento duradoiros, em que o sujeito ao generalizar as experiências passadas acaba por influenciar e determinar a organização da informação actual (Young, Beck & Weinberger, 1993). Ao contactar com determinadas situações, estas vão funcionar como estímulos, que activam os esquemas negativos do self até ai latentes (Kovacs & Beck, 1978).

Os vários modelos que tem defendido a importância dos factores cognitivos no aparecimento ou exacerbação da depressão, partem do pressuposto que existe uma interacção entre os processos, capacidades e conteúdos do pensamento do sujeito, e a forma como ele sente, interpreta e se comporta na realidade (Reinecke, 1992). Parece ter sido preocupação comum aos vários investigadores, perceber o que está em causa na depressão, se uma distorção de processos e conteúdos, ou uma deficiência nas competências e processos. É um facto que existem alterações cognitivas nas crianças, adolescentes e adultos deprimidos, relativamente aos não deprimidos, o que não está efectivamente claro é qual a natureza das disfunções cognitivas, bem como qual o papel causal dos factores cognitivos no surgimento e prevalência da depressão (Kendall, Stark & Adam, 1990).

No que respeita às teorias comportamentais, na sua maioria a depressão tem sido descrita como o resultado dum fenómeno de extinção, que vai explicar os comportamentos em defeito e em excesso, desmotivação, alterações do humor, e alterações cognitivas.

Os modelos comportamentais e interacionais centram-se sobretudo nos acontecimentos de vida e nas relações com o ambiente físico e social em que o indivíduo está inserido.

É Skinner em 1953, quem faz a primeira abordagem comportamental e considera a depressão como um comportamento que se extingue, motivado pela interrupção de contingências de reforço do ambiente social do deprimido. Ele faz a primeira tentativa de relacionar a depressão, com o fenómeno de extinção do reforço positivo (redução de comportamentos positivamente reforçados).

Ou seja, o modelo do reforço comportamental, defende que quer os sentimentos, quer os comportamentos depressivos, resultam e/ou permanecem de acordo com a perda, inadequação ou insuficiência do reforço positivo, por parte do meio social que envolve o indivíduo. É o constructo de competência social, que se traduz na capacidade de produzir comportamentos que provocam nos outros, a demonstração

de comportamentos reforçadores positivos (Ferster, 1966; Lazarus, 1968; Lewinsohn, 1975).

Para Wolpe, J.,(1973), o papel desempenhado pela ansiedade condicionada é de grande relevância. Como certos estímulos provocam respostas emocionais condicionadas o indivíduo passa a evitá-los, mas se esses estímulos também se encontram ligados a fontes de gratificação, impedem a obtenção de reforço, dando origem à depressão.

O mesmo autor explica a depressão reactiva de acordo com três tipos de circunstâncias: como consequência de ansiedade prolongada e intensa; como incapacidade de controlar situações interpessoais; como exagero e prolongamento duma reacção normal a uma perda.

Para Lewinsohn (1974, 1975), a depressão é resultado e não causa, de défices em competências sociais.

Já Costello (1982), considera como causa da depressão uma perda da efectividade do reforço, ou seja, a explicação para o aparecimento da depressão não está na perda dos reforços propriamente ditos, mas sim na perda da sua eficácia.

Segundo Young, Beck & Weinberger, (1983), existe uma importante interacção entre estes diferentes componentes dos distúrbios depressivos (a cognição, o comportamento, e a bioquímica), em que cada um permite uma compreensão diferente e complementar do fenómeno.

As teorias comportamentais da depressão podem classificar-se segundo Relvas, J.S. (1985), em três grandes grupos: as teorias que salientam o papel do afecto como mediador, respeitam ao condicionamento clássico da ansiedade na indução e manutenção do estado depressivo; as teorias operantes, realçam os esquemas de reforço e das consequências, valorizando os aspectos ambientais; e as teorias do auto-controlo, dão ênfase à mediação dos processos cognitivos.

Ferster, cit. in., Relvas, J. S., (1985), valoriza as consequências da resposta, sobretudo as consequências negativas, para este autor a depressão poderia ser desencadeada por: mudanças ambientais súbitas que originassem baixos níveis de reforços; altos níveis de punição ou controlo aversivo; mudanças nas contingências de reforço tornadas possíveis pela remoção de estímulos discriminativos para as sequências resposta-reforço.

Outros autores como Lazarus, (1993), vêem a depressão como resultado de reforços inadequados ou insuficientes.

Para Lewinsohn e col. (1985), os défices de aptidões relacionais podem reflectir uma redução global nas capacidades de coping, gerando um aumento de stress e assim conjuntamente aumentar a vulnerabilidade à depressão. Ou seja, inicialmente os deprimidos passam por uma situação de quase total perda de reforços, para seguidamente e como consequência, apresentarem comportamentos e reacções emocionais que afastam os outros, levando-os ao isolamento.

Parece haver assim dois tipos de argumentação, um tenta explicar a depressão pela ausência de reforços, por carências do meio envolvente do sujeito, acontecendo o défice nas competências interaccionais como consequência disso, a outra explicação defende que são precisamente os défices nas competências relacionais do indivíduo, que não lhe permitem apresentar comportamentos susceptíveis de serem socialmente reforçáveis, não obtendo por isso os respectivos reforços.

Parece assim estar presente nas correntes dos vários autores, a importância dada aos mecanismos de aprendizagem na produção do comportamento depressivo, na perda de reforço positivo e em todos eles os sintomas resultam da interacção do sujeito com o meio.

Uma das críticas que se faz a estes modelos (de resto tal como se fazem a outros modelos), é a sua não possibilidade de generalização, nomeadamente nos casos da depressão endógena, a incapacidade em perceber perdas de reforço.

Estamos então perante uma perspectiva teórica em que é dado especial relevo aos factores externos, ao adquirido, aos acontecimentos de vida, aos processos e distorções cognitivas.

Enquanto que nos modelos mais cognitivos, parece atribuir-se mais importância a uma distorção nos processos e conteúdos do pensamento, ou seja, a padrões cognitivos distorcidos, os comportamentais parecem centrar-se principalmente nos acontecimentos de vida e nas relações com o ambiente físico e social do sujeito.

2.3. A Depressão na Criança e no Adolescente

Há um crescente interesse por parte de diversos autores acerca da depressão na criança, surgindo assim vários pontos de vista sobre o assunto. Para alguns, existe uma perturbação ou défice na regulação do afecto.

Porém as opiniões parecem divergir, para alguns autores a depressão no adulto e na criança são similares; para outros a depressão na criança é mascarada, manifestando-se através de problemas de comportamento e passagem ao acto; para outros ainda, a depressão é vista como rara ou não existente.

Autores como Kovacs e al, 1984; Rutter et al.,1986, consideram a depressão como um estado afectivo em que se manifestam sintomas típicos e comuns a todos os grupos etários. No entanto, enquanto que o adulto nos transmite por palavras o que sente ou pensa podendo queixar-se, a criança deprimida expressa de modo indirecto, falando através de comportamentos sintomáticos uma linguagem por vezes exuberante e/ou paradoxal.

Alguns dos sintomas depressivos mais específicos das crianças e jovens, podem ser: as birras, dificuldades e recusas escolares, nos mais jovens a enurese e encoprese, o isolamento social, irritabilidade e agressividade, estados ansiosos, baixa auto estima, baixo auto conceito, negativismo e comportamentos de risco tais como consumo de drogas (Cantwell,1990; Clarizio, 1984; Lefkowitz & Tessiny, 1980; Lefkowitz & Gordon, 1980; Kazdin, 1989).

Na depressão da criança pubertal pode estar presente uma ansiedade de separação ou outros medos. Na adolescência podem também estar presentes, o retraimento das actividades sociais e/ou relutância em participar nas actividades familiares.

Também T. Ferreira, (1993), se refere à forma particular como a criança deprimida exprime as suas queixas de forma indirecta, paradoxal e exuberante, falando em

actos sintomáticos, mostrando um “vazio” de dentro, solidão, decepção e/ou o desespero.

O discurso pode ser fluente ou pobre, com conteúdos de uma grandeza onnipotente, ou vazios que se podem traduzir em “não penso nada”, ou “não sonho nada” - simbólicos de uma perda. O jogo pode oscilar entre uma exuberância da acção com pobreza de simbolismo e uma inibição motora, sintomática de desistência dominante no interior do eu.

A semiologia da depressão infantil segundo P. Strecht (1997), é feita de muitos fragmentos, os equivalentes depressivos podem ter expressão em perturbações como: tipo funcional, alimentares e de sono (anorexia, bulimia, insónias, hipersónia); esfinteriano (enurese, encoprese); queixas somáticas (dores de cabeça, abdominais, etc.); de aprendizagem escolar; de comportamento.

As queixas de comportamento são comuns em crianças deprimidas bem como os comportamentos agidos (instáveis, hiperactivos), resultado de uma não mentalização do seu sofrimento psíquico.

São sintomas muito virados para o meio que as crianças hostilizam, mas onde esperam uma resposta contentora.

Para Spitz (1979) a existência de uma depressão anaclítica na criança, seria a consequência de um luto precoce da mãe de quem se separou, e com quem tinha estabelecido uma boa relação.

Essa depressão seria mais, ou menos grave, consoante os laços estabelecidos entre mãe e o filho, sendo mais grave caso existam laços relacionais fortes entre ambos uma vez que aqui há um objecto investido e sentido como objecto de amor sendo por isso mais difícil substituir um objecto satisfatório para a criança. Por outro lado é menos grave caso os laços relacionais tenham sido mais frágeis, tornando-se menos perturbador substituir um objecto insatisfatório.

Alguns sintomas observados em crianças (no que respeita à sintomatologia da depressão anaclítica) são por exemplo: a rigidez facial, em que a criança tem um olhar distante e sem expressão, sendo difícil entrar em relação com ela, reagindo esta muitas vezes com gritos ou choro agressivo. São crianças com dificuldades em gerir os seus impulsos (libidinais ou agressivos), estando estes desprovidos de um alvo para a sua descarga uma vez que não existe um objecto libidinal, o que leva a que muitas destas crianças se agarrem a um adulto que delas se aproxime como se estivessem na tentativa de recuperar o objecto perdido. O facto destes sintomas poderem desaparecer, por exemplo com o retorno da mãe, após um período de separação, não quer dizer que não deixe marcas na criança.

O mesmo autor compara esta sintomatologia à da depressão nos adultos, apesar de terem uma estrutura e dinâmica diferente, que é marcada (em termos de etiologia do distúrbio) pela perda de objecto de amor.

No adulto a depressão, a nível da sua dinâmica, é atribuída à presença de um super Ego sádico e forte podendo fragmentar-se face à perseguição do Ego; na criança este Super Ego não existe ainda, pelo que a dinâmica é diferente.

Já Glasser (in Kashani, J. et al., 1987), fala em depressão mascarada, incluindo aqui comportamentos como as fobias, psicossomáticas, subaquisições escolares e delinquência. Murray 1970 (in Kashani, J. et al, 1987) considerou como formas pelas quais a criança pode expressar a depressão: os distúrbios do sono, isolamento social, medo da morte, faltas à escola, agressão ansiedade generalizada, somatizações.

A partir de 1979, os estados depressivos passam a ser referidos como fazendo parte dos distúrbios mentais na criança e no adolescente (Kashani, J. et al, 1987), propondo-se já em 1972 (Malmquist, 1971, 1972) classificações de depressão na criança atendendo aos estádios de desenvolvimento. Também em 1970, Poznansky e Zrull falam na alta incidência da depressão nas crianças deprimidas. Estudos realizados em adolescentes com depressão, referem que o primeiro episódio das suas perturbações ocorre antes da adolescência. Parece também haver uma relação entre a

perturbação afectiva parental e a perturbação afectiva da criança (Weissman et al, 1988, Beardslee et al, 1983, Keller et al, 1986).

A DSM IV, usa o mesmo critério de diagnóstico que utiliza para os distúrbios afectivos no adulto, o humor disfórico ou perda de interesse ou prazer, juntamente com 4 dos 8 sintomas seguintes: alteração no apetite; dificuldades no sono; agitação ou retardação psicomotora; perda do interesse ou prazer em actividades usuais; perda de energia; sentimentos de auto reprovação ou culpa; queixas ou evidência de diminuição da capacidade de concentração; pensamento recorrente de morte ou suicídio. Estas características associadas diferem de acordo com a criança e com a idade desta.

Quando se avalia a depressão é no entanto de salientar que depende da população estudada e do critério de diagnóstico utilizado.

Para T. Ferreira (1993) o núcleo depressivo na criança pressupõe uma correspondente decepção narcísica da mãe. Há uma decepção da mãe que é projectada no filho real face ao filho imaginário existente dentro dela (e não separado dela própria). A mãe pode assim falar daquilo que a criança não é, dos seus aspectos negativos ou daquilo que deveria ser de acordo como o concebeu no seu imaginário. Assim a criança terá dificuldade em encontrar a sua identidade.

São mães que podem dar uma resposta ao apelo dos filhos mas sem grande envolvimento afectivo, pelo que não se podem considerar mães abandonicas.

Por outro lado há também outros aspectos a considerar que poderão ter a ver com esta questão, como seja o facto de uma criança, para estar receptiva ao afecto da mãe, por mais vivo e genuíno que este seja, tem que se sentir confortável de um modo geral, o que passa por aspectos como o calor, alimentação e outros aspectos básicos, que nalguns casos nem sempre são assegurados.

Para T. Ferreira (1993) a criança deprimida é ávida de um bom objecto, no Eu da criança em sofrimento depressivo são características constantes, a esperança libidinal de que Freud fala, bem como o desejo de um "encontro" objectal. Está no entanto

presente o medo do outro, em que o objecto deverá estar disponível, presente, de modo a ser possível uma reparação do Eu da criança.

Perante este medo do insucesso de uma nova experiência, há tendência para uma inibição relacional, podendo haver uma aparente indiferença ou uma provocação hostil face ao adulto. Ou ainda um olhar intenso, ávido, sedutor, logo seguido de uma retirada defensiva.

Tal como Pedro Strecht (1997) refere, se uma criança não é pensada, não poderá pensar, se não é amada, investida pelos pais desde os primeiros tempos, dificilmente ela se poderá organizar sozinha para se conhecer a si própria e então desejar conhecer e aprender. Há dificuldade em interiorizar bons objectos capazes de amar e proteger.

Quando se fala das repercussões psicológicas da perda (abandono, morte) implica ter presente a noção de luto. Em 1917 Freud falava em luto e melancolia, em que o afecto normal ligado à reacção de perda do objecto amado (luto), se opõe à perda do objecto transformada em perda do Eu (base da melancolia).

Ainda segundo P. Strecht (1997) a capacidade de fazer um luto implica que a criança tenha um desenvolvimento maturativo e uma interacção adequada com o meio que a envolve, caso contrário pode levar à psicopatologia.

As respostas clássicas referem-se mais a mecanismos defensivos como a clivagem, denegação (como base da defesa maníaca) e idealização, como forma de resposta à perda.

Há contudo estados maníacos que são denegados da depressão e as defesas maníacas que por vezes surgem na fase de recuperação da depressão.

Relativamente à idealização, também esta se pode ver pelo seu lado construtivo, podendo a criança sentir-se menos ameaçada relativamente a um lado mau e diminuir o seu sofrimento interno com imagens compensatórias.

Nestas crianças a idealização surge muitas vezes como um verdadeiro mecanismo de sobrevivência tornando o mundo mais tolerável.

Parece assim que a depressão na criança é inquestionável, manifestando-se esse sofrimento das formas mais variadas, muitas das vezes de maneira paradoxal e exuberante. Sejam queixas de comportamento como resultado de uma não mentalização do seu sofrimento psíquico, sejam somatizações, sejam tipo funcional, alimentares e de sono, entre outras.

Relativamente à adolescência, é um tempo de mudança. Há que distinguir a depressão ou momentos depressivos nesta etapa do desenvolvimento como resposta a situações de frustração e perda, de outras situações clínicas de depressão que se afastam do desenvolvimento normal. Quando se fala em adolescência fala-se em transformações e evolução, dando-se nesta altura alterações específicas, importantes e rápidas.

É uma etapa do desenvolvimento com características próprias e tarefas bem definidas e que incluem uma conquista progressiva da autonomia do adolescente, a aquisição de uma identidade estável e o desvio dos investimentos emocionais da família para o grupo de pares.

Há uma participação cada vez maior do adolescente na vida adulta e na sociedade em geral pelo que é através da mudança dos seus objectos privilegiados, dos pais para o seu objecto sexual, que ele vai tentar reconhecer as suas capacidades e potencialidades sexuais, amorosas e pessoais, que por sua vez vão conduzir à sua autonomia e auto afirmação.

O grupo de amigos é extremamente importante para o seu crescimento global em que as experiências partilhadas e o jogo de identificações têm particular importância.

A imagem corporal assume também nesta altura um papel relevante na constituição da sua identidade, do seu amor próprio e auto confiança como parceiro sexual.

É sobretudo um período de grande instabilidade em que as transformações ocorrem quer a nível físico social e psicológico, o jovem atravessa uma crise de identidade, pelo que todas as alterações vão produzir grande impacto na sua personalidade que se está a formar. O modo como cada adolescente vai vivenciar este período varia, sendo que em jovens cuja personalidade já contenha algo de instável, terão certamente maiores dificuldades em viver e lidar com todas estas novas experiências e vivências.

Como diz Daniel Sampaio (1991), não existe adolescência sem depressão. A adolescência é a negação e a busca da maturidade constituindo um período de inúmeros conflitos internos, que são expressos na relação com a família e a sociedade em geral, nesta fase o equilíbrio é frágil e difícil de manter.

É uma fase de turbulência recheada de descobertas, alegrias, fantasias, de trocas afectivas intensas, mas também de sofrimento, tristeza, desilusões, vergonha, isolamento, agressividade, dificuldades no relacionamento com pais, amigos da escola, etc.

O diagnóstico da depressão no adolescente engloba uma dupla perspectiva: a linha do desenvolvimento, em que se reconhece os momentos depressivos da adolescência, como necessários à elaboração reflexiva das perdas emocionais e resolução das tarefas da adolescência; o diagnóstico precoce de uma afecção psiquiátrica, os sintomas depressivos que não são explicáveis pela linha do desenvolvimento e que se identificam com uma classificação tipo D.S.M..

São momentos depressivos, expressivos das várias perdas que o jovem tem de viver nesta fase. É o período da vida no qual o aparelho psíquico opera as mudanças mais importantes, trazendo consigo enormes sentimentos de perda, causadores de afectos depressivos. Estes momentos depressivos são acontecimentos importantes e necessários para a resolução das tarefas da adolescência. Surgem no percurso da adolescência como reacções a períodos de frustração e perda. O adolescente será mais capaz de lidar com estas vivências se tiver um bom suporte que passa por ter uma boa auto estima paralelamente a ter amigos e uma família que o tornem mais forte e o levem a enfrentar e ultrapassar os problemas com que terá de se deparar.

Todo este processo implica o fazer um luto dos imagos parentais confrontando o modo como os idealizou no passado com as imagens dos pais reais. O adolescente vai assim ficar dividido entre os objectos familiares e os extra familiares que caracterizam esta etapa de desenvolvimento psico afectivo e social.

Pode ser fácil para o adolescente assumir a separação dos pais caso a etapa edipiana e o rever essa etapa, seja feito sem sentimentos de culpabilidade ou medo, o que lhe permitirá reassegurar a sua identidade e papel sexual.

O jovem sente assim por um lado desejo e por outro e em simultâneo, sente temor provocando nele mecanismos de resistência e de defesa.

Segundo Amaral Dias (1984) o adolescente tem que fazer cinco lutos obrigatórios:

- luto pela fonte de segurança, consiste no luto do refugio materno, é um processo importante e necessário no sentido da autonomização, agravado pela culpabilidade e sentimento de ferir a imago materna;
- luto renovado pelo objecto edipiano, relacionado com o desinvestimento dos aspectos edipianos dos pais em presença dos mesmos;
- luto pelo ideal do Eu, à medida que o adolescente cresce e se autonomiza contactando com a realidade exterior, há uma perda da imagem dos pais idealizados e onipotentes, fonte principal do Ideal do Eu
- luto pela bissexualidade, escolha do objecto heterossexual, verdadeiro organizador do psiquismo juvenil;
- luto pelo grupo, em que o adolescente a pouco e pouco se vai afastar do grupo e vai ser capaz de viver independentemente, aprendendo a estar só.

Está também presente a sua angústia de morte uma vez que é um período da vida em que a morte em geral constitui uma preocupação filosófica de base (pela sua capacidade de generalizada abstracção). A integração da sua autonomia passa pelo sentimento que cria acerca da morte daqueles que ama e da sua própria morte. A partir daqui o adolescente vai experimentar o máximo prazer, manipulando a ideia de morte, a materialização das suas pulsões de morte, bem como o prazer pela sua liberdade e os seus limites, os limites do seu poder.

No caso das tentativas de suicídio estas surgem na maior parte das vezes como um apelo, uma chamada de atenção, um pedido de ajuda, sem que haja uma verdadeira intenção de morrer mas sim face a algo que esta a mudar, algo que ele procura mudar e com o qual tem dificuldade em lidar.

Assim a grande diferença entre o que se designa por momento depressivo normal e uma depressão clínica reside na intensidade e na qualidade da resposta emotiva.

A dificuldade em fazer a distinção com a doença depressiva estruturada está no facto de muitos adolescentes não se queixarem directamente e os sintomas serem de certa forma atípicos.

Também Fernandes da Fonseca (1961), refere que a depressão pode surgir muitas vezes de forma não nítida. Este autor fez notar um conjunto de perturbações somáticas a que chamou “equivalentes afectivos” como crises reumatoides, nevralgias, asmatiformes, queixas gástricas, dermatoses, que depois desapareciam dando lugar a um estado depressivo.

Para Sampaio (1991), na depressão como doença, há quatro factores a considerar: uma tristeza muito intensa (patológica) ou um estado de euforia; uma visão negativa em relação a si próprio e em relação aos outros (baixa de auto estima); repercussões no sono, no apetite e na libido; e o isolamento.

Assim em síntese, e como já foi referido, esta problemática complexa que é a depressão, pode manifestar-se em qualquer idade e com reflexos a vários níveis, emocional, afectivo, vegetativo, somático, processos cognitivos, nas relações intra e interpessoal, etc..

Fala-se de verdadeira depressão no sentido clínico, quando a intensidade, duração e características dos sintomas vão interferir no crescimento e adaptação social.

Parece que, num processo de desenvolvimento adolescente normal, há uma flexibilização a nível da personalidade para encontrar estratégias alternativas. Contudo quando surgem dificuldades na adolescência, as perdas ou o aparecimento de situações inesperadas podem precipitar uma depressão.

De qualquer maneira, é importante que se valorize a depressão na adolescência, mas não se deve dramatizar. Há que ter em conta os sinais de alarme, principalmente por parte dos pais, professores e educadores, médicos de família, etc., para que em caso de despiste o jovem seja enviado para uma intervenção terapêutica especializada.

3. MOMENTO DE REFLEXÃO; O PROPÓSITO E O QUE SE PREVÊ ENCONTRAR COM ESTA INVESTIGAÇÃO

Durante muitos anos acreditou-se que os mais jovens (crianças e adolescentes), não eram afectados pela depressão. Baseava-se esta lógica, entre outros raciocínios, no suposto de que a depressão era exclusivamente uma resposta emocional à problemática existencial. Como tal, era muito cedo para que este grupo etário padecesse desses “males”.

Puro engano, actualmente sabe-se que a depressão pode manifestar-se em qualquer idade e com interferência na vida diária do indivíduo a todos os níveis, repercutindo-se no seu bem estar geral.

Parece não restarem dúvidas, que as crianças e os adolescentes são tão susceptíveis à depressão quanto os adultos. Os vários trabalhos realizados, apontam para o aparecimento em idades bastante precoces do ciclo de vida, da existência de disfunções psicológicas graves, nomeadamente a depressão e outras patologias sócio emocionais.

Assim, o que era até há algum tempo atrás em termos clínicos, meramente insignificante, assume agora e tudo indica que cada vez mais também no futuro, uma fundamental importância. Constitui um motivo de profunda reflexão no que diz respeito aos diferentes factores e variáveis em jogo. Será pois importante, estar atento a toda a sua interacção, nomeadamente os comportamentos de desmotivação geral, a tristeza e/ou euforia com passagem ao acto, as dificuldades relacionais com os vários problemas de inadaptação, as dificuldades de aprendizagem quando aparentemente não existem problemas de natureza cognitiva, etc.. Até que ponto estas manifestações podem ou não ser entendidas como comportamentos depressivos, como a forma, muitas vezes a única que encontraram e conseguiram para interagir com o que os rodeia nos diferentes contextos?

Parece que sim, de acordo com as pesquisas efectuadas a depressão clínica nas crianças e nos jovens, começa a ser reconhecida pela grande parte dos investigadores que trabalham na área. Mas, apesar da já inquestionável e sobejamente documentada designação da depressão infanto juvenil como uma entidade psicopatológica autónoma, os sinais e as manifestações de sofrimento e dificuldades que presenciamos diariamente nos mais jovens, a frequência com que estes acontecimentos nos aparecem, bem como da sua potencial gravidade em termos de consequências, ainda não é encarada com a seriedade que o assunto merece.

Independentemente das definições e conceitos, o que se percebe como verdade insofismável, é que a criança com esta perturbação, parece construir um cenário negro das diferentes realidades da vida com que se confronta, começando por ela própria, por o que espera do futuro, pelos sentimentos de infelicidade, mal estar, decepção e desprazer, tornando o seu quotidiano uma tortura permanente.

Há todo um conjunto de processos cognitivos, que se podem traduzir numa forma mais ou menos disfuncional e particular de lidar com o real, particularidade que pode ter a ver sobretudo, com a forma de sentir e processar a informação.

Nesta forma negativa de funcionar em termos cognitivos, as repetições de ano vão provocar profundas alterações e readaptações sócio escolares.

Ao repetir o ano, o jovem perde os seus colegas e amigos, sendo obrigado a integrar-se num novo grupo, fazer novas relações e esforçar-se por ser aceite. Porém, os novos colegas podem ser mais jovens, com interesses diferentes dada a eventual diferença de maturidade. Por outro lado estas crianças ou adolescentes repetentes, são geralmente acompanhados de um rótulo ou estigma, originando por parte de todos, principalmente dos professores, a formação de expectativas negativas. Também os castigos e imposições da família, proibições de brincar, etc., podem obrigar a um maior isolamento.

A conjugação de todos estes factores, de todas estas e outras adversidades, poderão estar na origem ou contribuir para o despoletar de situações de grande sofrimento psicológico (depressão?), colocando o sujeito cada vez mais vulnerável e à mercê da

estimulação e manutenção das dificuldades e conseqüentemente, mais repetições, confirmando assim as expectativas de toda a gente.

As razões enunciadas anteriormente são por si só motivos mais que suficientes, para que os responsáveis e os demais directamente relacionados com eles, tomem as medidas necessárias por forma a sensibilizar os diversos intervenientes, nos vários contextos e nos diferentes momentos.

Só assim poderão ser dadas outro tipo de respostas mais adequadas (não apenas, a exigência do cumprimento meticoloso dos programas pedagógicos, das boas maneiras e comportamentos, ou como alternativa obrigatória a segregação e exclusão...), com vista a uma melhor aceitação e compreensão dos diferentes fenómenos envolvidos. Será necessário um trabalho multidisciplinar, um espírito de cooperação e inter ajuda, tendo sempre como objectivo último uma minimização do sofrimento, a integração e o respeito pelas diferenças atendendo às várias realidades existentes.

Com uma formação adequada dos educadores e dos professores na área da promoção e educação para a saúde, com uma melhor formação dos próprios profissionais de saúde para a intervenção em saúde escolar, talvez possamos contribuir para diminuir o insucesso escolar, diminuindo paralelamente os efeitos negativos sobre a saúde de uma forma geral.

Não se pode ignorar as enormes mudanças que a sociedade do nosso tempo sofreu, estando a tornar-se cada vez mais complexa, competitiva e exigente. As crianças começam a dar-se conta, pelo menos a partir da idade escolar, da valorização excessiva das coisas materiais, da competição desenfreada e da forma como são penalizados pelos outros se não conseguem atingir os objectivos propostos pelo exterior, que os seus esforços e o seu empenho por vezes são insuficientes, para ultrapassarem os obstáculos mais variados e adversos que surgem no seu caminho. E como tudo isto lhes deve soar a injustiça...e os deve tornar profundamente infelizes.

Paralelamente ao aumento da complexidade da vida moderna, aumentam também as solicitações e as dificuldades dos nossos jovens, para responderem e se adaptarem às novas circunstâncias.

Todas estas situações e pressões de vária ordem, constituem condições suficientes, para tornar o nosso jovem vulnerável e susceptível ao aparecimento de sintomas como, flutuações de humor, descontentamento, confusão, solidão, incompreensão, comportamentos agressivos ou de rebeldia.

A não aceitação e não compreensão por parte do sistema, da cada realidade particular, das suas especificidades e individualidades próprias, em toda a amplitude das suas dificuldades contextuais, agrava e é responsável em parte, na nossa opinião, pelo agravamento deste crescente e preocupante fenómeno.

Por outro lado e noutra perspectiva, são muitos os trabalhos e investigações que tem estudado a possível relação existente entre depressão e suicídio nos adultos, apesar de ser aceite e já confirmado a correlação entre estas duas variáveis, parece ainda pouco esclarecido no que diz respeito aos comportamentos de teor suicidário entre os mais jovens.

Sabemos que Portugal como já referimos anteriormente, se encontra entre os 35 países do mundo com a mais elevada taxa de suicídio, sendo no Baixo Alentejo (região onde a nossa investigação vai ter lugar) a sub região do País com maior índice de suicídio. Segundo Freitas (1984), cit. por Gradiz (1987), o suicídio no Sul é pelo menos duas vezes superior à média do resto do País, e 3 a 5 vezes maior do que no Norte, sobressaindo no Sul os distritos de Beja e Faro.

Através da pesquisa realizada, pode registar-se que os vários estudos efectuados apontam uma elevada incidência de depressão nos mais novos. Deparamo-nos igualmente com um crescente diário de queixas, por parte das escolas e outras instituições de jovens, de um aumento nunca antes visto dos problemas de comportamento, indisciplina, insucesso escolar e o abandono precoce e extemporâneo da escola por um número cada vez maior de alunos.

Estas e outras constatações levaram a que desde há muito nos interrogássemos, nos colocássemos algumas questões, sendo no entanto escassas as certezas acerca das suas respostas, mas que pelo menos, de certa forma, influenciaram para a realização deste estudo. Modesto contributo, mas com o verdadeiro desejo e intenção, de poder de alguma forma, acrescentar algo mais a esta complexa problemática.

O objectivo principal deste estudo visa pesquisar a presença de sintomas e/ou comportamentos depressivos em jovens dos 9 aos 17 anos, bem como e em caso da sua confirmação positiva e significativa, avaliar as possíveis correlações com outras variáveis já mencionadas e sobre as quais voltaremos a debruçarmo-nos mais adiante.

Percebeu-se ao longo das pesquisas efectuadas, o que aliás já foi manifestado anteriormente, da falta de consenso entre os diferentes autores, no que se refere a uma definição inequívoca e clara de depressão infantil e juvenil.

Uns acham que se trata de um estado afectivo caracterizado por um conjunto de sintomas típicos e comuns a todos os grupos etários. Outros pelo contrário entendem que se trata de uma constelação independente de sintomas nas populações pediátricas. Outros ainda definem a depressão como um estado em que há uma manifesta diminuição da felicidade e da capacidade de obter experiências gratificantes, podendo abranger áreas de funcionamento, tais como: a afectiva (manifestações de euforia); a cognitiva (manifestação de auto depreciação); a motivacional (baixa do rendimento e isolamento); a vegetativa (fadiga, problemas de sono e da perda de apetite).

Partiu-se também do conceito mais ou menos generalizado de depressão, como todo o estado psíquico em que coexistem vários sintomas tais como: o humor depressivo, desencorajamento e um sentimento de desvalorização pessoal, com tristeza, infelicidade e uma lentificação psicomotora, no sentido de um futuro sem esperança.

De acordo com a DSM IV tal como já foi referido quando da revisão teórica, o critério de diagnóstico é o mesmo que se utiliza para os distúrbios afectivos do adulto, ao humor disfórico ou perda de interesse ou prazer, juntam-se mais quatro

dos oito sintomas: alteração do apetite; dificuldades no sono; agitação ou retardação psicomotora; perda do interesse ou prazer em actividades usuais; perda de energia; sentimentos de auto reprovação ou culpa; queixas ou evidência da diminuição da capacidade de concentração; pensamento recorrente de morte ou suicídio, características que como foi dito podem ser diferentes conforme a criança ou a idade dela.

Colocam-se no entanto algumas dúvidas, será que é possível e assim tão fácil fazer esta avaliação? Ainda mais e principalmente quando se trata de crianças ou jovens, toda a interpretação que é necessário fazer (correctamente como convém) de determinados comportamentos e formas de agir, sinais e manifestações com significação por vezes tão contraditória e ambígua?

Provavelmente, a estas dificuldades em delimitar com precisão e de comum acordo as fronteiras deste fenómeno da depressão, não será estranho a heterogeneidade da sua expressão sintomática, bem como a relação interactiva mantida com o contexto em que a criança ou o adolescente funciona.

Parece então, que o mais importante será o estar sensível e alerta para a detecção precoce de quaisquer desajustamentos, psicológico e/ou social, que se possam manifestar, quer em termos vegetativos, emocionais, cognitivos, relacional ou motivacional.

Estes desajustamentos serão logicamente influenciados por vários factores tais como: vulnerabilidades genéticas ou biológicas, a influencia do meio ou experiência social, com todas as interacções ou acontecimentos de vida (familiar, grupo, etc..) mais ou menos difíceis, que irão exigir ao indivíduo adaptações com influencia no seu funcionamento geral, e consequentemente repercussões nas suas competências globais e processos de desenvolvimento e de estabilidade.

Assim e cientes da subjectividade e complexidade do fenómeno e consequentemente de todas as dificuldades de avaliação entre o que é normal e o que é perturbação psicológica, decidiu-se fazer esta investigação, tentando não descurar as medidas de rigor inerentes ao acto de investigar.

Neste estudo e por se tratar de um estudo exploratório, não serão formuladas propriamente hipóteses concretas e objectivas, trata-se de tentar perceber de que forma as diferentes variáveis que vão ser estudadas se influenciam mutuamente, ou seja, queremos explorar a realidade desta população no que respeita a essa temática.

Obviamente que a selecção das variáveis (idade, sexo, os diferentes níveis de escolaridade, as repetições escolares, problemas de comportamento, as diferentes origens concelhos, a existência ou não de antecedentes em termos de patologia mental, as diferentes composições em termos do agregado familiar, a profissão dos pais, isto tudo com o grau de depressão encontrada), não foi feita por acaso, mas sim por pensarmos e baseados em estudos anteriores feitos por outros investigadores, que de alguma forma podem estar correlacionadas.

Dai a decisão relativamente à escolha das variáveis. Toda a diversidade em termos de normas, exigências, expectativas, relação e pertença ao grupo de pares e familiar, toda a interacção entre as variáveis contextuais e as variáveis pessoais, poderão decidir e determinar que o mesmo comportamento considerado como patológico num determinado contexto possa ser aceite como perfeitamente normal noutro.

Então o que é que se pretende encontrar ou descobrir?

Em primeiro lugar e baseados conforme referimos noutros estudos, partiu-se do pressuposto que na população jovem exista desde logo muito cedo, um elevado índice de depressão, pretendemos com esta investigação acreditar as nossas previsões, confirmando uma elevada taxa de depressão na população que constitui a nossa amostra e universo de estudo.

Em segundo lugar é importante ficar claro que nunca se deixou de ter presente, que os sujeitos da amostra (representativos da população escolar de uma maneira geral), são oriundos de contextos muito diferentes, sejam eles, culturais, sócio económicos, a pertença ao grupo familiar e escolar com exigências, normas e expectativas muito diferentes.

Não deixando de considerar outras características do próprio sujeito como sendo o sexo, idade, o nível de desenvolvimento, o seu desempenho habitual, etc..

Assim, vamos supor e colocar a “hipótese” inicial de que na população jovem existe desde logo muito cedo, um elevado índice de depressão. Pretendemos assim com esta investigação acreditar as nossas previsões, confirmando a nossa hipótese através de uma elevada taxa de depressão na população que constitui a nossa amostra e universo de estudo, bem como atender à interação e possível correlação entre algumas das variáveis contextuais e pessoais e o que caracteriza a perturbação propriamente dita que estamos a estudar (depressão).

Para começar e depois de avaliarmos a percentagem total de depressão em toda a população, vamos ver em termos dos diferentes concelhos a percentagem de depressão (julgamos ser pertinente dadas as diferenças em termos de interioridade versus urbano, os de maior isolamento relativamente aos outros, etc..).

Relativamente à idade, o nosso universo ficou dividido em dois grupos, dos 9 aos 13, e dos 14 aos 17 anos, para desta forma podermos avaliar em qual dos grupos haverá maior índice de depressão, se nos mais jovens ou nos menos jovens.

Da mesma forma quanto ao género sexual, vamos ver qual deles é mais deprimido.

No que diz respeito à escolaridade, a população foi dividida pelos 3 níveis ou seja, 2º ciclo do ensino básico, 3º ciclo do ensino básico e ensino secundário, para podermos avaliar relativamente aos níveis de depressão se existem diferenças entre eles.

Outra variável muito importante que resolvemos considerar para estudo, foi o número de repetições escolares, dizemos muito importante, porque é consensual que o insucesso escolar envolve factores significativamente influenciáveis pelo síndrome depressivo, tais como: a parte motivacional, a cognitiva, afectiva e mesmo em termos vegetativos. Assim fomos dividir em 3 classes, os que nunca tiveram nenhuma repetição, com uma repetição, e com mais do que uma repetição, o que nos vai permitir avaliar em qual deles há mais depressão.

Pretendemos igualmente avaliar os indivíduos com problemas disciplinares ou de comportamento e de que forma essa variável se correlaciona com a depressão, para isso dividimos a nossa amostra nos indivíduos que nunca tiveram problemas, os que tiveram uma vez e os que tiveram mais do que uma vez, calculando de seguida cada um deles.

Seguidamente queremos também saber até que ponto os indivíduos que já foram ao médico por doença de nervos, estão ou não mais deprimidos do que os que nunca foram.

Da mesma forma, será que nos sujeitos que já tiveram familiares directos a ir ao médico por doenças de nervos são mais deprimidos do que os outros. E aqui estabelecemos como familiares directos, os pais, os irmãos e avós.

E os que tem familiares afastados que já foram ao médico por doenças dos nervos, serão eles mais deprimidos do que os restantes?

No que respeita ao agregado familiar fomos averiguar se o facto de se pertencer a uma família numerosa ou a uma família reduzida teria alguma influência em termos do resultado da depressão encontrada. Para isso dividimos a nossa amostra em dois grupos, os que tem um agregado familiar inferior ou igual a quatro pessoas e o outro cujo agregado é superior a quatro pessoas.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Este trabalho de investigação sobre a depressão consiste num estudo com carácter exploratório e transversal, existindo um único grupo a observar, sem grupo de control e apenas testado uma vez. Procurou-se determinar a prevalência da depressão em crianças e jovens (população estudantil dos 9 aos 17 anos) de ambos os sexos, num total de 1931, tendo sofrido tratamento estatístico 1793 sujeitos (depois de terem sido excluídos 138 indivíduos, por não preencherem os requisitos exigidos). Foi utilizada uma escala de auto avaliação (auto preenchimento que permite a quantificação de sintomas da depressão nas áreas da cognição, afecto e comportamento), CDI (Children's Depression Inventory) de Maria Kovacs e um questionário por nós construído para avaliar: idade, sexo, ano de escolaridade, nº de repetições, problemas disciplinares, antecedentes de problemas de saúde mental, agregado familiar e profissão dos pais.

É importante referir que os valores da prevalência da depressão traduzem um diagnóstico sintomático e não um diagnóstico de doença depressiva. Pois um diagnóstico de doença depressiva efectiva, exige a realização de uma avaliação clínica individual e o cruzamento posterior dessa informação com os critérios para a depressão e distimia da DSM ou outra classificação.

4.2. Constituição e caracterização da amostra

A amostra é constituída por 1793 sujeitos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 9 e os 17 anos, todos estudantes residentes em concelhos alentejanos. Na tabela 1 apresentamos o número de sujeitos inquiridos por concelho e por escola.

Tabela 1 : Número de Inquiridos por Concelho e por Escola

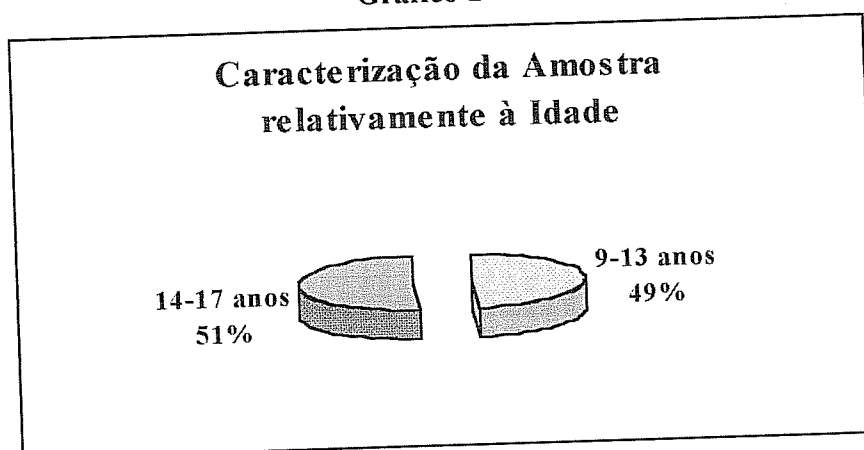
CONCELHOS	ESCOLAS
Aljustrel – 7% (n=138)	- Escola EB 2,3 de Aljustrel - 5% (n = 98) - Escola Secundária de Aljustrel – 2% (n = 40)
Barrancos – 5% (n= 91)	- Escola EBI/JI de Barrancos – 5% (n = 91)
Beja – 20% (n= 369)	- Escola EB 2,3 Mário Beirão – 7% (n =125) - Escola EB 2,3 de Santa Maria – 4% (n=75) - Escola EB 2,3 de Santiago Maior – 5% (n=95) - Escola Secundária Diogo de Gouveia – 2% (n=43) - Escola secundária D. Manuel I – 2% (n=31)
Castro Verde – 4,5% (n= 80)	- Escola EB 2,3 de Castro Verde – 3% (n=57) - Escola Secundária 3 de Castro Verde – 1,5% (n= 23)
Cuba – 4% (n = 63)	- Escola EBI/JI Fialho de Almeida – 4% (n =63)
Ferreira do Alentejo – 3% (n=53)	- Escola EB 2,3 São José Gomes Ferreira - 3% (n=53)
Mértola – 9% (n= 159)	- Escola EB 2,3 de São Sebastião – 9% (n=159)
Moura – 6% (n= 113)	- Escola EBI/JI de Amareleja – 4% (n =73) - Escola Secundária de Moura – 2% (n = 40)

Cont. Tabela 1 : Número de Inquiridos por Concelho e por Escola

CONCELHOS	ESCOLAS
Odemira – 15% (n= 268)	- Escola EBI/JI Eng ^o Manuel R Amaro – 2% (n =36)
	- Escola EBI/JI de Saboia – 4% (n =63)
	- Escola EB 2,3 de Colos – 4% (n = 71)
	- Escola EB 2,3 Damião de Odemira – 4% (n= 77)
	- Escola Secundária de Odemira – 1% (n=21)
Ourique – 6% (n= 109)	- Escola EB 2,3 S. de Ourique – 6% (n =109)
	- Escola EBI/JI Abade Correia Serpa – 6% (n = 102)
Serpa – 16% (n = 270)	- Escola EBI/JI de Pias – 2% (n = 37)
	- Escola EBI/JI de Vila Nova de São Bento – 5% (n=86)
	- Escola Secundária de Serpa – 3% (n = 45)
	- Escola EBI/JI Frei António Chagas – 4,5% (n=80)
Vidigueira – 4,5% (n= 80)	- Escola EBI/JI Frei António Chagas – 4,5% (n=80)

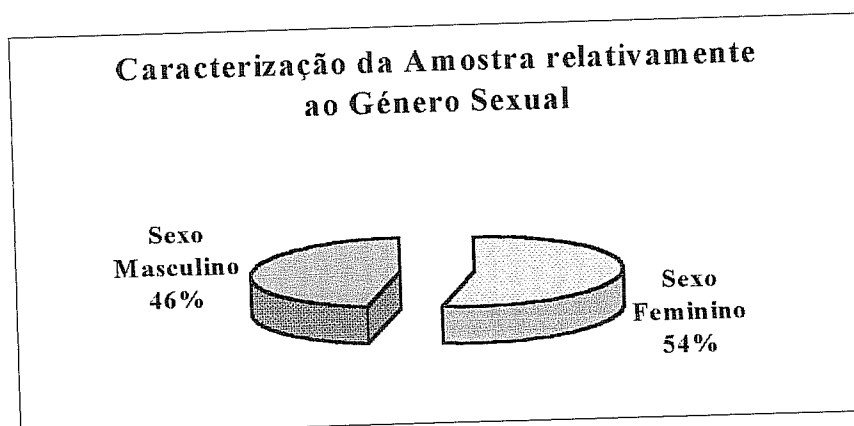
De seguida procedemos à caracterização da amostra relativamente às variáveis idade, género sexual, escolaridade, repetições, problemas disciplinares, “problemas de nervos” e profissão dos pais.

Gráfico 1



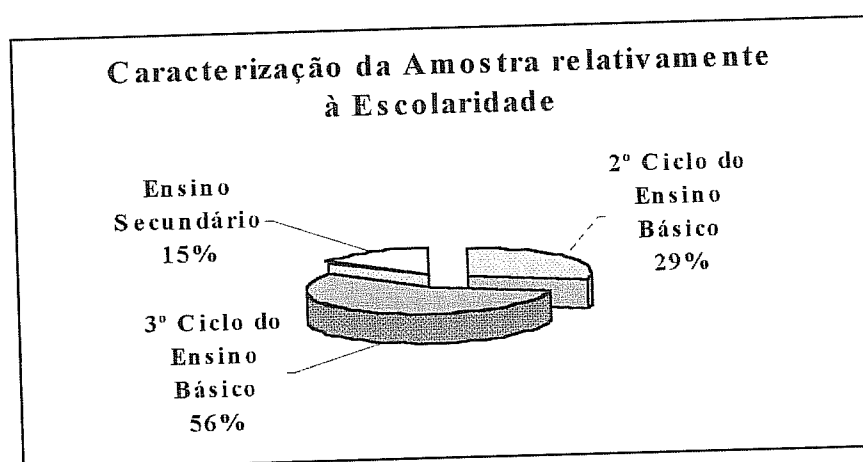
A amostra é constituída por 49% (880 sujeitos) com idade entre os 9 e os 13 anos e 51% (911 sujeitos) com idade entre os 14 e os 17 anos. Não responderam a esta questão 2 sujeitos. A média de idades é de 13,53 anos, o desvio padrão é 1,89, a mediana 14 e a idade mínima é de 9 anos e a máxima de 17 anos.

Gráfico 2



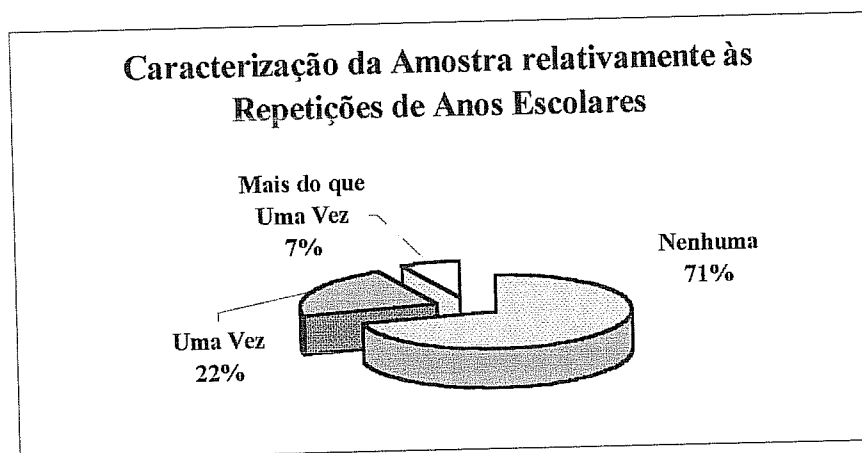
A amostra é constituída por 54% (959 sujeitos) do sexo feminino e por 46% (830 sujeitos) do sexo masculino. Não responderam a esta questão 4 sujeitos.

Gráfico 3



A amostra é constituída por 29% (514 sujeitos) que frequentam o 2º ciclo do ensino básico, 56% (1001 sujeitos) que frequentam o 3º ciclo do ensino básico e 15% (278 sujeitos) que frequentam o ensino secundário.

Gráfico 4



A amostra é constituída por 71% (1258 sujeitos) que nunca repetiram nenhum ano escolar, 22% (399 sujeitos) que repetiram um ano e 7% (129 sujeitos) repetiram mais do que um ano.

Tabela 2

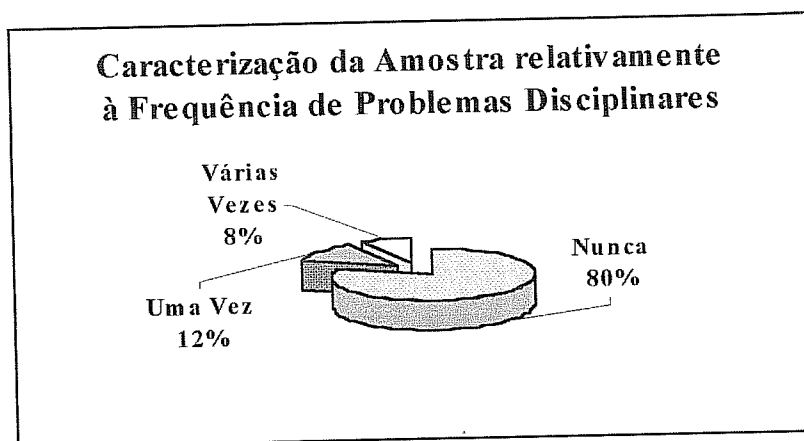
Ano Escolar em que se Verificaram Repetições	%
1º ano	3% (17)
2º ano	8% (42)
3º ano	11% (56)
4º ano	20% (105)
5º ano	14% (76)
6º ano	13% (69)

Cont. Tabela 2

Ano Escolar em que se Verificaram Repetições	%
7º ano	20% (103)
8º ano	12% (64)
9º ano	6% (29)
10º ano	7% (37)

Dos 528 sujeitos que já repetiram anos escolares, há uma maior percentagem de repetições no 4º ano (20% - 103 sujeitos) e no 7º ano (20%- 103 sujeitos) e uma menor percentagem de sujeitos percentagem de repetições no 1º ano (3%- 17 sujeitos), no 9º ano (6%-29 sujeitos) e no 10º ano (7% - 37 sujeitos).

Gráfico 5



A amostra é constituída por 80% (1440 sujeitos) que nunca tiveram problemas disciplinares, por 12% (211 sujeitos) que tiveram uma vez problemas disciplinares, e por 8% (138 sujeitos) que tiveram problemas disciplinares várias vezes.

Tabela 3

PROBLEMAS DE NERVOS	%
Já Foram ao Médico por terem Problemas de Nervos	6% (114)
Nunca Foram ao Médico por Terem Problemas de Nervos	94% (1675)

Já foram ao médico por terem problemas de nervos 6% dos sujeitos (114 sujeitos). Não responderam a esta questão 4 sujeitos.

Tabela 4

PROBLEMAS DE NERVOS NA FAMÍLIA DIRECTA	%
Familiares Directos já foram ao Médico por terem Problemas de Nervos	23% (413)
Familiares Directos nunca foram ao Médico por terem Problemas de Nervos	77% (1377)

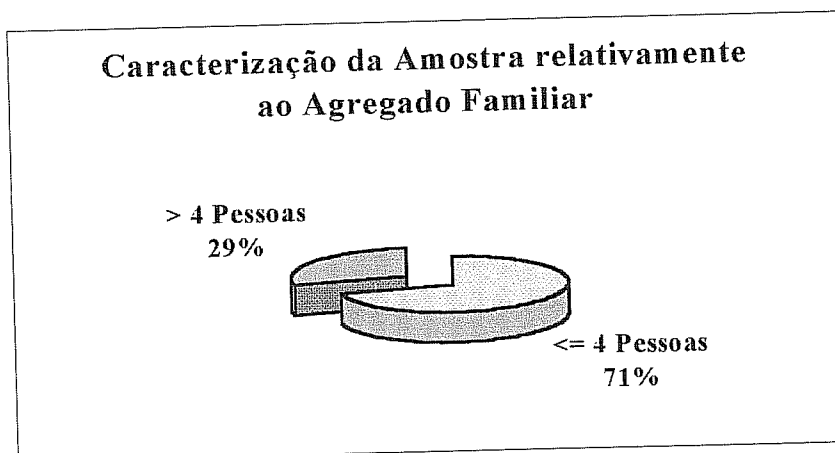
Relativamente à existência de problemas de nervos em familiares directos, 23% (413 sujeitos) referiram que têm familiares directos que já consultaram o médico devido a problemas deste foro.

Tabela 5

PROBLEMAS DE NERVOS NA FAMÍLIA AFASTADA	%
Familiares Afastados já foram ao Médico por terem Problemas de Nervos	8% (137)
Familiares Afastados nunca foram ao Médico por terem Problemas de Nervos	92% (1650)

Relativamente à existência de problemas de nervos na família afastada, 8% (137 sujeitos) referiram que têm familiares afastados que já consultaram o médico devido a problemas deste tipo.

Gráfico 6



A amostra é constituída por 72% (1273 sujeitos) que têm um agregado familiar inferior ou igual a 4 pessoas e por 28% (484 sujeitos) que têm um agregado familiar superior a 4 pessoas.

Tabela 6

PROFISSÃO DO PAI	%
1- Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas	0,40% (7)
2- Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	4,80% (84)
3 – Técnicos Profissionais de nível Intermédio	6,07% (106)
4 – Pessoal Administrativo e similares	4,29% (75)
5 – Pessoal dos Serviços e Vendedores	19,18% (335)
6 – Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	10,88% (190)

Cont. Tabela 6

PROFISSÃO DO PAI	%
7 – Operários, Artífices e Trabalhadores similares	27,88% (487)
8 – Operadores de Instalações de Máquinas e Trabalhadores Similares	9,39% (164)
9 – Trabalhadores não Qualificados	7,96% (139)
10 – Desempregados	2,12% (37)
11- Falecido/Ausente	5,27% (92)
12 – Reformado Invalidez	0,57% (10)
13 – Reformado Idade	1,14% (20)
14 – Estudante	0,05% (1)

Relativamente à profissão do pai, as profissões mais referidas por uma maior percentagem de sujeitos são as que se enquadram no grupo 7 da Classificação Nacional das Profissões- Operários Artífices e trabalhadores similares (27,88% - 487 sujeitos) e no grupo 5 – Pessoal dos Serviços e Vendedores (19,18% - 335 sujeitos).

Tabela 7

PROFISSÃO DA MÃE	%
2- Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	6,07% (106)
3 – Técnicos Profissionais de nível Intermédio	4,75% (83)
4 – Pessoal Administrativo e similares	7,21% (126)
5 – Pessoal dos Serviços e Vendedores	15,86% (277)
6 – Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	0,80% (14)

Cont. Tabela 7

PROFISSÃO DA MÃE	%
6 – Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	0,80% (14)
7 – Operários, Artífices e Trabalhadores similares	2,92% (51)
8 – Operadores de Instalações de Máquinas e Trabalhadores Similares	1,26% (22)
9 – Trabalhadores não Qualificados	57,53% (1005)
10 – Desempregados	1,32% (23)
11- Falecido/Ausente	1,37% (24)
12 – Reformado Invalidez	0,34% (6)
13 – Reformado Idade	0,46% (8)
14 – Estudante	0,11% (2)

Relativamente à profissão da mãe, as profissões mais referidas por uma maior percentagem de sujeitos são as que se enquadram no grupo 9 da Classificação Nacional das Profissões- trabalhadores não qualificados (57,53% - 1005 sujeitos) e no grupo 5 – Pessoal dos Serviços e Vendedores (15,86% - 277 sujeitos).

4.3. Instrumentos

4.3.1. Apresentação da escala CDI

O CDI (Children's Depression Inventory), de Maria Kovacs (anexo 1), é uma escala de avaliação da depressão em crianças e adolescentes. Este instrumento foi traduzido e aferido para a população portuguesa por A. Ferronha e é constituído por 27 itens, cada um deles com 3 hipóteses de resposta, cotadas de 0 a 2, em que um resultado igual ou superior a 19 é indicador da existência de depressão.

Trata-se de uma escala de auto avaliação, que permite à criança a escolha de uma resposta alternativa, que melhor descreva as suas ideias e sentimentos. Essas alternativas reflectem assim a natureza e a frequência dos sintomas característicos da depressão na criança. Pode ser aplicada em crianças dos 8 aos 17 anos.

Tendo em conta a natureza do estudo e as características da população, esta parece ser bastante adequada. É considerada uma escala de larga difusão internacional, tendo sido aplicada em vários estudos, muitos deles em populações estudantis, de modo a avaliar a prevalência da depressão especialmente em adolescentes.

O inventário de depressão para crianças, de Maria Kovacs (C.D.I.), parece ser um dos instrumentos mais estudados e utilizados com populações infantis e juvenis. Foi traduzido e aferido para a população portuguesa por A. Ferronha.

Avalia a prevalência e as características da depressão na criança entre os 8 e os 17 anos de idade. O instrumento abrange a quantificação de sintomas (sinais da depressão) nas áreas da cognição, afecto e comportamento. Envolve questões descritivas relativas a, tristeza, pessimismo, sentimentos de insucesso, insatisfação, culpa, não gostar de si, auto agressão, isolamento social, suicídio, indecisão,

mudança na auto imagem, dificuldades no trabalho escolar, fadigabilidade, problemas de sono e de alimentação.

É uma escala de auto avaliação que permite à criança a escolha de uma resposta alternativa que melhor descreva as suas ideias e sentimentos, mostrando três possibilidades, ordenadas por gravidade de expressão sintomática. As respostas, marcadas pelo próprio sujeito na folha do questionário, reflectem assim a natureza e a frequência dos sintomas característicos da depressão na criança.

Contém 27 itens, cada um deles como já foi referido, com 3 hipóteses de resposta, devendo o sujeito escolher apenas uma em cada item, seleccionando aquela que melhor represente e descreva o seu comportamento nas últimas duas semanas.

A cotação é de 0 a 2, com um potencial escore total de 0 a 54, em que um resultado total igual ou superior a 19 é considerado indicador da existência de depressão. Metade dos itens iniciam as suas escolhas com uma frase descritiva correspondente ao limite superior de gravidade ou seja 2, e a outra metade inicia-se com as escolhas correspondentes à gravidade mínima que é 0.

O C.D.I. (Children's Depression Inventory, Kovacs & Beck, 1977; Kovacs, 1978; Kovacs, 1980/81) é uma extensão mais pequena do B.D.I. (Beck Depression Inventory, Beck, 1967), este último largamente utilizado em adultos e considerado por muitos autores, como uma das melhores medidas de auto descrição, para avaliação da gravidade geral da depressão.

O (C.D.I.) é uma adaptação do (B.D.I.), concebida para a utilização em crianças. A versão actual do C.D.I., é o resultado do aperfeiçoamento através de várias fases de teste junto das diferentes populações, de reajustamentos e introdução de novos itens com melhor validade facial, após as variadíssimas análises psicométricas a que o instrumento foi sujeito.

A partir de 1979, o conhecimento e a divulgação do C.D.I. foi imparável, tendo sido traduzido em várias línguas, nomeadamente, francês, italiano, espanhol, alemão e português.

Este teste parece ter sido inicialmente, concebido e desenvolvido para aplicação individual em contexto clínico, mas, posteriormente, dadas a sua simplicidade de aplicação, com instruções específicas e muito claras, permitindo ao avaliador a leitura em voz alta, a sua aplicação colectiva começou a revelar-se útil, em particular junto das crianças mais novas, quer em contexto de sala de aula quer fora dele.

O objectivo principal da utilização deste teste é o de avaliar a gravidade dos sintomas depressivos e não de funcionar como meio de diagnóstico, podendo no entanto ser útil como medida de mudança terapêutica. Assim os contextos em que parece ser mais proveitoso serão selecção e investigação.

4.3.1.1. Características psicométricas do CDI

4.3.1.1.1. Consistência interna, o CDI demonstrou possuir uma boa consistência interna em termos de precisão. A análise feita por intermédio do coeficiente alfa de Cronbach, apresenta valores entre .70 e .94, sendo a maior incidência com resultados superiores a .80.

4.3.1.1.2. Correlações, do ponto de vista psicométrico é adequado e permite uma correlação significativa com valores clínicos de depressão, discriminando entre crianças deprimidas e não deprimidas (Kovacs, 1980-1981, Saylor, Finch, Spirito, Bennett, 1984).

Os **coeficientes de correlação itens-resultado global** mostraram-se adequados, havendo apenas os itens 5, 15 e 18 que não contribuíram quase nada para o resultado total.

4.3.1.1.3. Os valores encontrados nos **resultados do teste-reteste**, têm sido variados, desde o grau de estabilidade de “excelente” a “pobre” ($r_s = .94$ a $.38$). As

características da população (sexo, idade e situação clínica) parecem estar na origem da diversidade dos resultados, tal como o tamanho do intervalo (Saylor et al., 1984).

O mesmo autor refere ainda que se verifica uma atenuação significativa dos resultados, aquando de administrações repetidas do instrumento.

Em outros estudos (Friedman & Butler, 1979; Mietzis et al., 1978), dão como exemplo a diferença de resultados de . 51 em duas semanas, . 74 a . 77 em três semanas, . 43 ou . 82 num mês, . 59 em seis semanas, . 84 entre nove e treze semanas, . 69 num ano, tendo encontrado também resultados de . 38 numa amostra de crianças ditas normais e . 87 numa amostra de crianças com perturbações do foro emocional num período de uma semana.

4.3.1.1.4. Relativamente à análise factorial, o CDI quando aplicado em grandes amostras escolares mede um constructo unidimensional.

4.3.1.1.5. Validade discriminante, de todas as propriedades psicométricas do CDI a validade discriminante é a que tem sido mais discutida e criticada, em virtude de ter provocado conclusões contraditórias. Tem acontecido em alguns trabalhos, este instrumento não diferenciar entre populações ditas normais e populações em apoio clínico. Mas nem sempre isso acontece, uma vez que noutros faz perfeitamente essa distinção.

Moretti et al., em 1985, fazem um trabalho com um grupo clínico, mostrando que o CDI identificava claramente as crianças depressivas, mas que nos doentes internados a discriminação era fraca entre depressivos e não depressivos. Apesar das médias serem muito diferentes, os resultados entre crianças depressivas e crianças com outros distúrbios de conduta estavam muito sobrepostos.

Num outro estudo em que as amostras eram coincidentes em termos de idade e sexo, o CDI distinguia perfeitamente as crianças em apoio clínico, das crianças de uma população escolar.

Noutros estudos verificou-se que crianças avaliadas em contexto escolar, mostrando níveis elevados de depressão, também mostravam níveis elevados de ansiedade, o que leva a pensar que o CDI não avalia apenas a depressão como entidade específica, mas avalia todo um mal estar emocional geral.

Alguns autores argumentam que os sintomas descritos pelo CDI parecem coincidir com outras patologias psiquiátricas, tornando as fronteiras pouco claras. Surge a dúvida do CDI poder medir um constructo, que se sobreponha a outras psicopatologias infanto-juvenis.

Nos estudos efectuados por Kovacs em relação à validade discriminante, esta concluiu que o CDI conseguia discriminar entre crianças em apoio ambulatorio, com diagnóstico clínico de depressão e crianças com outros diagnósticos clínicos, de acordo com os critérios do DSM-III, sendo sensível à extensão e gravidade do síndrome depressivo, podendo assim ser usado para apoiar a sua validade de diagnóstico.

Há no entanto que ter em atenção, que esta limitação ou inadequação, não parece ser específica deste instrumento, nem destas idades, mas comum a todos os instrumentos auto-descritivos, seja qual for a faixa etária.

4.3.1.1.6. Validade concorrente, parece haver uma boa correlação com as medidas de constructos conceptualmente ligados à depressão, como por exemplo o locus de control externo, as atribuições cognitivas negativas, auto-estima, e o desânimo aprendido.

A autora (Kovacs,1985), determina a validade concorrente do CDI em relação a duas escalas de autodescrição, ansiedade e auto estima. Encontrando uma correlação altamente significativa, entre, as escalas de depressão e de ansiedade, bem como as de depressão e baixa auto-estima (numa população em apoio psiquiátrico).

De acordo com vários autores, tem-se igualmente verificado a existência de uma correlação positiva significativa, entre os resultados mais elevados do CDI e o baixo

rendimento escolar, problemas de atenção e com o baixo funcionamento e aceitação social.

Em amostras não clínicas, o CDI normalmente tende a apresentar uma média aproximada de 9.00 e um desvio padrão também aproximado de 7.00.

4.3.1.2. Características normativas

O C.D.I. (Kovac, 1981) é o instrumento mais completo e mais comumente usado para auto avaliação relativamente à depressão na infância (Kazdin, 1981, Saylor, Finch, Spirito, Benneth, 1984).

Parece haver poucos estudos que determinem claramente os dados normativos relativamente ao CDI. Por vezes os resultados são consonantes, mas noutras vezes não há concordância total nas conclusões a que se chega.

Dois estudos realizados em países diferentes e obrigatoriamente com populações diferentes, em que as características de cotação e distribuição nas amostras, uma canadiana (curva de J invertida) e outra norte americana, normativa, evidenciavam resultados praticamente idênticos.

De acordo com a autora da escala, estudos efectuados junto de crianças normais e em apoio clínico, não mostraram haver grande relação, nem com a idade nem com o sexo (Kovacs, 1985). No entanto, numa população estudantil estudada com 705 rapazes e 758 raparigas entre os 7 e os 16 anos, verificou que as diferenças apresentavam resultados significativos (embora não estatisticamente significativos), apresentando as raparigas menos sintomas depressivos que os rapazes.

Saylor et al. (1984 ; 1988), referem haver uma tendência para as crianças mais novas terem resultados mais elevados, ou seja, dados empíricos mais recentes indicam que pode haver alteração dos resultados em função destas variáveis.

Também Hesel et Matson (1984), constataram que a idade podia ser um factor significativo nos resultados da depressão, apresentando as crianças mais velhas mais sintomas e de maior gravidade.

Smucker e colaboradores (1986), referem que em alguns itens encontraram diferenças entre os sexos (correlações item-resultado total). Referindo-se ainda à existência de diferenças entre os sexos a nível da validade teste reteste (no intervalo de um ano e com relevância nas raparigas e no 8º ano de escolaridade).

Assim de acordo com os vários estudos, de diferentes investigadores, parece podermos concluir que as crianças mais pequenas (2º e 3º ano de escolaridade), tem tendência a ter menos sintomas do que as mais velhas (7º e 8º anos).

É considerada uma escala de larga difusão internacional, tendo sido aplicada nalguns estudos, muitos deles com populações estudantis, de modo a avaliar a prevalência da depressão especialmente em adolescentes.

Em Portugal, tendo em conta o número elevado de utentes, que ocorrem aos departamentos de psiquiatria com sintomatologia depressiva, nomeadamente na população juvenil e dadas as graves repercussões a vários níveis, nomeadamente, socialização, sucesso escolar, da própria estrutura da personalidade, etc., foi feito um estudo (aplicando o CDI) numa escola secundária de Lisboa.

Assim, foi passada a escala na escola secundária Rainha D. Amélia de Lisboa, tendo sido a depressão correlacionada com características sócio demográficas e o percurso escolar.

Foi aplicado a 96 alunos entre os 11 e os 15 anos, frequentando o 7º ano de escolaridade. Como resultados obtidos, dos 96 adolescentes, 10 obtiveram resultados iguais ou superiores a 19 pelo que a prevalência da depressão encontrada foi de

10,4%, sendo a média de resultados obtidos de 22,1, contra 10,45 no total da amostra. Encontrou-se uma correlação da depressão em repetências escolares anteriores ($p < 0,02$) e uma tendência à relação com a depressão no que se refere a situações de divórcio ou separações dos pais ($p < 0,07$). No entanto não é algo muito bem explicitado uma vez que nem a natureza dos problemas familiares nem o início dos sintomas foram especificados. Não se encontraram diferenças significativas relativamente à idade, sexo, posição na frateria, nível sócio económico e repetências escolares actuais.

Alguns adolescentes reagem com algum desconforto a determinadas questões da escola no que respeita à auto imagem, auto estima e relação com pares que parecem ser as áreas mais sensíveis desta faixa etária.

Outros estudos em populações clínicas estimam prevalências da depressão da ordem dos 15-30%, segundo critérios da DSM III (Bailly, 1992) e ainda Y. Knonenberg (1988) que ao comparar diferentes métodos de avaliação da depressão infanto-juvenil encontrou resultados positivos na CDI que se correlacionam positivamente com o diagnóstico da depressão segundo os critérios da DSM III.

Kovacs (1994) concluiu que a perturbação no que respeita à depressão tinha pelo menos 3 anos de evolução relativamente à data do diagnóstico e que 70% dos adolescentes a mantinham 5 anos depois. O grau de expectativa da família face a estes adolescentes no que respeita ao sucesso escolar parece ser muito investido pelo que poderá levar a repercussões a nível da sua auto estima no caso de falharem as expectativas.

4.3.2. Apresentação do questionário

Atendendo aos objectivos e projecto de estudo delineado, tive necessidade de construir um pequeno questionário (anexo 2), que juntei à escala mencionada anteriormente (CDI).

Foi minha preocupação arranjar um instrumento de fácil percepção e fácil resposta e que ao mesmo tempo me fornecesse a informação pretendida, informação esta fundamental e indispensável para poder estabelecer as várias correlações, com o grau de depressão encontrado através da escala do CDI.

Assim o questionário é constituído por 10 pequenas questões:

- Idade;
- Sexo;
- Ano de escolaridade em que se encontra;
- Se já repetiu algum ano de escolaridade e número de repetições;
- Se já teve problemas disciplinares e quantas vezes;
- Se já alguma vez foi ao médico por ter problemas de nervos (sim ou não);
- Se têm alguém na família que se trate, ou tenha tratado dos nervos;
- Quem são as pessoas que vivem consigo lá em casa;
- Profissão do pai;
- Profissão da mãe.

A idade e tendo em conta que pretendíamos abranger estudantes a partir do 2º ciclo, por um lado porque reduzia consideravelmente o número de escolas facilitando a colheita da amostra, por outro lado porque a aplicação da escala está indicada só a partir dos 8 anos e até aos 17, estabeleceu-se então a faixa etária dos 9 aos 17.

Quanto ao número de repetições de anos de escolaridade, consideramos para efeitos de tratamento estatístico: nenhuma; uma; e mais do que uma repetição.

Na questão dos problemas disciplinares entendemos de forma semelhante: nunca teve; teve uma vez; teve mais que uma vez.

Relativamente aos familiares que se tratem ou tenham tratado dos nervos, dividimos em: familiares directos (pais, irmãos e avós); familiares afastados (todos os outros). A intenção foi de tentar perceber em termos de antecedentes de história de doença mental.

Quanto à composição do agregado familiar, dividimos em: inferior ou igual a quatro e superior a quatro.

No que respeita às profissões do pai e da mãe, seguimos a tabela da classificação Nacional das Profissões. Ainda aqui relativamente a estas mesmas profissões, tivemos que criar outros itens para podermos tratar todos os tipos de resposta, foram eles: desempregado; falecido ou ausente; reformado; estudante.

4.4. Procedimento

Começamos por apresentar um projecto do trabalho de investigação que pretendíamos fazer, à Coordenação da Sub-Região de Saúde ARS Alentejo que após apreciação mereceu todo o apoio daquela Instituição (anexo 3).

Seguidamente e com aquele parecer favorável, foi apresentado o mesmo projecto à Direcção Regional de Educação do Alentejo que se dignou autorizar a aplicação do respectivo instrumento de avaliação nas diferentes escolas (anexo 4). Pelo que contactamos de seguida o CAE (Centro de Apoio Educativo) de Beja, que nos forneceu os mapas de toda a Área Educativa do Alentejo (toda a população escolar pertencente a todas as escolas existentes nos vários concelhos, a distribuição pelos vários níveis ou anos escolares, o que nos permitiu delinear a nossa área de intervenção.

No momento seguinte foram contactadas as diferentes escolas num total de 26 em 12 concelhos, em que foi explicado a natureza e objectivos do estudo, bem como a explicação dos pormenores práticos da aplicação da escala do CDI, mais o questionário por nós construído.

A distribuição das escalas pelas diferentes escolas, foi uma boa parte feita por 2 professoras do apoio educativo com quem trabalhamos regularmente, outra parte distribuída por mim próprio e ainda outra em muito menor número pelo correio.

Procuramos escolher as turmas aleatoriamente e em cada escola, apenas uma turma por cada ano lectivo. Pretendeu-se neste estudo exploratório abranger todo o distrito de Beja, com uma representação significativa das escolas dos seus diferentes concelhos.

A aplicação dos instrumentos foi feita pelo professor da turma e disciplina sortida, que de seguida lia e explicava para todos os alunos o mesmo conteúdo (anexo 5), que estava escrito na folha de rosto (apresentação de quem estava a fazer o estudo,

objectivos e características da avaliação, realçando o carácter voluntário podendo recusar se quisessem, confidencialidade, pois os dados de todos os inquiridos seriam misturados e tratados estatisticamente, nem colegas, pais ou professores saberiam quais as respostas que tinham dado. Sendo ainda condição fundamental a sinceridade.

Solicitamos de seguida a cada sujeito que respondesse por escrito e individualmente, primeiro à escala do CDI (Children Depression Inventory) (anexo 1), colocando a cruz na frase com que mais se identificassem e depois em anexo na última folha um pequeno questionário muito prático em termos de preenchimento e parte dele também de cruz (anexo 2).

Responderam aos questionários um total de 1931, que depois de excluídos os que saíam da faixa etária previamente estabelecida (dos 9 aos 17anos) e alguns semipreenchidos, ficamos com uma amostra de 1793 de ambos os sexos (do 5º ao 12º ano).

A aplicação dos instrumentos foi feita no 3º período do ano lectivo de 1999/2000.

5. RESULTADOS

5.1. Tratamento Estatístico

Iniciámos o tratamento estatístico procedendo ao estudo da consistência interna da escala, recorrendo para tal ao Alpha de Cronbach.

Recorremos à estatística descritiva, nomeadamente à média , desvio padrão, mediana, mínimo , máximo e à análise de frequências , no sentido de apresentarmos os resultados dos sujeitos na escala CDI.

Relativamente à estatística inferencial e no sentido de averiguarmos a existência de diferenças significativas entre vários grupos (variáveis independentes) recorreremos a testes paramétricos para trabalhar o total da escala CDI . O recurso a testes paramétricos foi possível pelo facto de termos uma escala intervalar e uma amostra de grande dimensão com uma distribuição normal.

Os testes Paramétricos utilizados foram :

T de Student para Amostras Independentes : No sentido de se comparar médias (do total apresentado na CDI) de dois grupos . Utilizou-se este teste para comparar o grupo com idade entre os 9 e os 13 anos e o grupo com idade entre os 14 e os 17 anos; para comparar sexo feminino e sexo masculino ; para comparar a existência de “problemas de nervos” com a inexistência de “problemas de nervos” (no próprio, na família afastada e na família directa) e para comparar sujeitos com um agregado familiar inferior ou igual a 4 pessoas e sujeitos com um agregado familiar composto por mais de 4 pessoas.

ANOVA- ONE WAY – No sentido de comparar médias (do total apresentado na CDI) de 3 ou mais grupos. Utilizou-se este teste para comparar o grupo do 2º ciclo do ensino básico, o grupo do 3º ciclo do ensino básico e o grupo do ensino secundário; para comparar sujeitos que nunca repetiram um ano, sujeitos que repetiram um ano e sujeitos que repetiram mais do que um ano; e para comparar sujeitos que nunca tiveram problemas disciplinares, sujeitos que tiveram uma vez problemas disciplinares e sujeitos que tiveram várias vezes problemas disciplinares.

Fomos averiguar para a amostra total e para cada grupo a percentagem de sujeitos com valores de CDI inferiores a 19 (que significa a ausência de depressão) e a percentagem de sujeitos com valores iguais ou superiores a 19 (que significa a existência de depressão). No sentido de investigar a existência de diferenças significativas entre 2 ou mais grupos no número de sujeitos que apresentam depressão recorreremos ao Teste Não – Paramétrico – **Qui- Quadrado**.

5.2. Apresentação e Análise dos Resultados

Iniciámos o tratamento estatístico procedendo ao estudo da consistência interna da escala, recorrendo para tal ao Alpha de Cronbach.

Tabela 8 : Consistência Interna da Escala – Alpha de Cronbach

ALPHA DE CRONBACH = 0,81	
ITEMS :	Alpha se o Item for Eliminado :
Item 1	0,79
Item 2	0,78
Item 3	0,79
Item 4	0,79
Item 5	0,79
Item 6	0,79
Item 7	0,78
Item 8	0,80
Item 9	0,78
Item 10	0,78
Item 11	0,79
Item 12	0,79
Item 13	0,79
Item 14	0,78
Item 15	0,79
Item 16	0,79
Item 17	0,79
Item 18	0,79
Item 19	0,80
Item 20	0,78
Item 21	0,78
Item 22	0,79

Cont. Tabela 8 : Consistência Interna da Escala – Alpha de Cronbach

ALPHA DE CRONBACH = 0,81	
ITEMS :	Alpha se o Item for Eliminado :
Item 23	0,79
Item 24	0,79
Item 25	0,79
Item 26	0,78
Item 27	0,78

O Alpha de Cronbach do total da escala é de 0,81 o que significa a existência de uma elevada consistência interna ou seja existe uma grande coerência entre todos os itens da escala CDI. Constata-se ainda, que eliminação de qualquer um dos itens provocaria uma descida do nível de consistência interna.

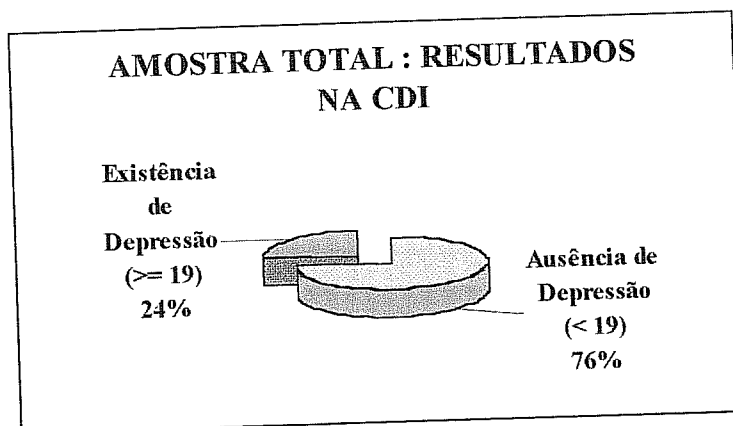
Tabela 9 : Estatística Descritiva do Total da CDI – Amostra Total

AMOSTRA TOTAL (N =1793)	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Total CDI	14,44	6,47	14,00	1,00	49,00

A amostra total apresentou uma média de 14,44 no total da CDI, com um desvio padrão de 6,47 e uma mediana de 14. O valor mínimo no total da escala que surgiu neste estudo foi de 1,00 e o máximo de 49,00.

De seguida fomos averiguar quantos sujeitos tinham valores no total da CDI inferiores a 19 (ausência de depressão) e quantos tinham valores superiores ou iguais a esse valor (Existência de depressão).

Gráfico 7



Dos 1793 sujeitos que integraram este estudo, 76% (1359 sujeitos) não apresentam depressão, enquanto que 24% (434 sujeitos) revelaram depressão.

De seguida apresentamos os resultados na CDI por concelho e por escola.

Tabela 10 – Resultados na CDI por Concelho

CONCELHOS	< 19 Ausência de Depressão	≥ 19 Existência de Depressão	Médias e Desvios Padrão do Total da CDI
Aljustrel (n=138)	71% (98)	29% (40)	$\bar{X} = 14,92$ Dp = 6,84
Barrancos (n= 91)	79% (72)	21% (19)	$\bar{X} = 14,37$ Dp = 6,30
Beja (n = 369)	76% (279)	24% (90)	$\bar{X} = 14,82$ Dp = 6,40
Castro Verde (n= 80)	70% (56)	30% (24)	$\bar{X} = 15,16$ Dp =6,75
Cuba (n= 63)	79% (50)	21% (13)	$\bar{X} = 14,07$ Dp = 6,50

Cont. Tabela 10 – Resultados na CDI por Concelho

CONCELHOS	< 19 Ausência de Depressão	≥ 19 Existência de Depressão	Médias e Desvios Padrão do Total da CDI
Ferreira (n = 53)	83% (44)	17% (9)	$\bar{X} = 14,01$ Dp = 6,74
Mértola (n=159)	74% (117)	26% (42)	$\bar{X} = 14,16$ Dp = 6,38
Moura (n = 113)	78% (88)	22% (25)	$\bar{X} = 13,71$ Dp = 6,23
Odemira (n = 268)	76% (205)	24% (63)	$\bar{X} = 14,74$ Dp = 5,90
Ourique (n= 109)	75% (82)	25% (27)	$\bar{X} = 13,73$ Dp = 7,87
Serpa (n=270)	76% (205)	24% (65)	$\bar{X} = 14,38$ Dp = 6,45
Vidigueira (n = 80)	79% (63)	21% (17)	$\bar{X} = 13,51$ Dp = 6,07

O concelho em que existe uma menor percentagem de sujeitos que apresentaram depressão foi o concelho de Ferreira (17% dos sujeitos com depressão); nos concelhos de Castro Verde e de Aljustrel foi onde se verificaram um maior número de depressões, 30% e 29% respectivamente.

Tabela 11 – Resultados na CDI por Escola de cada Concelho

CONCELHOS	ESCOLAS	< 19 Ausência de Depressão	≥ 19 Existência de Depressão	Médias e Desvios Padrão do Total da CDI
Aljustrel	- Escola EB 2,3 de Aljustrel	69% (68)	31% (30)	$\bar{X} = 15,22$ Dp = 7,02
	- Escola Secundária de Aljustrel	75% (30)	25% (10)	$\bar{X} = 14,17$ Dp = 6,42
Barrancos	- Escola EBI/JI de Barrancos	79% (72)	21% (19)	$\bar{X} = 14,37$ Dp = 6,30

Cont. Tabela 11 – Resultados na CDI por Escola de cada Concelho

CONCELHOS	ESCOLAS	< 19 Ausência de Depressão	≥ 19 Existência de Depressão	Médias e Desvios Padrão do Total da CDI
Beja	- Escola EB 2,3 Mário Beirão	78% (97)	22% (28)	$\bar{X} = 14,58$ Dp = 6,86
	- Escola EB 2,3 de Santa Maria	75% (56)	25% (19)	$\bar{X} = 15,21$ Dp = 6,55
	- Escola EB 2,3 de Santiago Maior	72% (68)	28% (27)	$\bar{X} = 14,77$ Dp = 6,73
	- Escola Secundária Diogo de Gouveia	79% (34)	21% (9)	$\bar{X} = 14,97$ Dp = 5,18
	- Escola secundária D. Manuel I	77% (24)	23% (7)	$\bar{X} = 14,80$ Dp = 4,93
Castro Verde	- Escola EB 2,3 de Castro Verde	65% (37)	35% (20)	$\bar{X} = 15,44$ Dp = 6,93
	- Escola Secundária 3 de Castro Verde	83% (19)	17% (4)	$\bar{X} = 14,47$ Dp = 6,38
Cuba	- Escola EBI/JI Fialho de Almeida	79% (50)	21% (13)	$\bar{X} = 15,07$ Dp = 6,71
Ferreira do Alentejo	- Escola EB 2,3 São José Gomes Ferreira	83% (44)	17% (9)	$\bar{X} = 14,01$ Dp = 6,74
Mértola	- Escola EB 2,3 de São Sebastião	74% (117)	26% (42)	$\bar{X} = 14,17$ Dp = 6,38
Moura	- Escola EBI/JI de Amareleja	75% (55)	25% (18)	$\bar{X} = 13,95$ Dp = 6,24
	- Escola Secundária de Moura	83% (33)	17% (7)	$\bar{X} = 13,27$ Dp = 6,27
Odemira	- Escola EBI/JI Eng ^o Manuel R Amaro	92% (33)	8% (16)	$\bar{X} = 12,05$ Dp = 4,67
	- Escola EBI/JI de Saboia	71% (45)	29% (18)	$\bar{X} = 15,07$ Dp = 6,71
	- Escola EB 2,3 de Colos	70% (50)	30% (21)	$\bar{X} = 15,66$ Dp = 6,19
	- Escola EB 2,3 Damião de Odemira	81% (62)	19% (15)	$\bar{X} = 14,29$ Dp = 4,74
	- Escola Secundária de Odemira	71% (15)	29% (6)	$\bar{X} = 16,86$ Dp = 6,77
Ourique	- Escola EB 2,3 S. de Ourique	75% (82)	25% (27)	$\bar{X} = 13,73$ Dp = 7,87

Cont. Tabela 11 – Resultados na CDI por Escola de cada Concelho

CONCELHOS	ESCOLAS	< 19 Ausência de Depressão	≥ 19 Existência de Depressão	Médias e Desvios Padrão do Total da CDI
Serpa	- Escola EBI/JI Abade Correia Serpa	73% (74)	27% (28)	$\bar{X} = 14,79$ Dp = 6,75
	- Escola EBI/JI de Pias	68% (25)	32% (12)	$\bar{X} = 15,64$ Dp = 5,30
	- Escola EBI/JI de Vila Nova de São Bento	81% (70)	19% (16)	$\bar{X} = 13,45$ Dp = 7,09
	- Escola Secundária de Serpa	80% (36)	20% (9)	$\bar{X} = 14,22$ Dp = 5,15
Vidigueira	- Escola EBI/JI Frei António Chagas	79% (63)	21% (17)	$\bar{X} = 13,51$ Dp = 6,07

No concelho de Beja , na escola EB 2,3 de Santiago Maior existe uma percentagem mais elevada de depressões (28%) comparativamente com o que se passa nas outras escolas do concelho que integraram o nosso estudo.

No concelho de Castro Verde , na escola EB 2,3 de Castro Verde existe um número elevado de depressões (35%) , na escola secundária de Castro Verde esse número é bastante inferior (17%).

No concelho de Odemira há 3 escolas (EBI/JI de Saboia, Escola EB 2,3 de Colos e a Escola Secundária de Odemira que apresentam um maior número de casos de depressão (entre 29% e 30%), nas outras 2 escolas (escola Manuel R. Amaro e escola EB 2,3 Damião de Odemira esse número é bastante inferior , 8% e 19% respectivamente).

No concelho de Serpa é a escola EBI/JI de Pias que apresenta mais casos de depressão (32%).

IDADE VS DEPRESSÃO

Tabela 12 : T de Student para Amostras Independentes – Diferenças entre 2 Grupos de Idade no Total da CDI

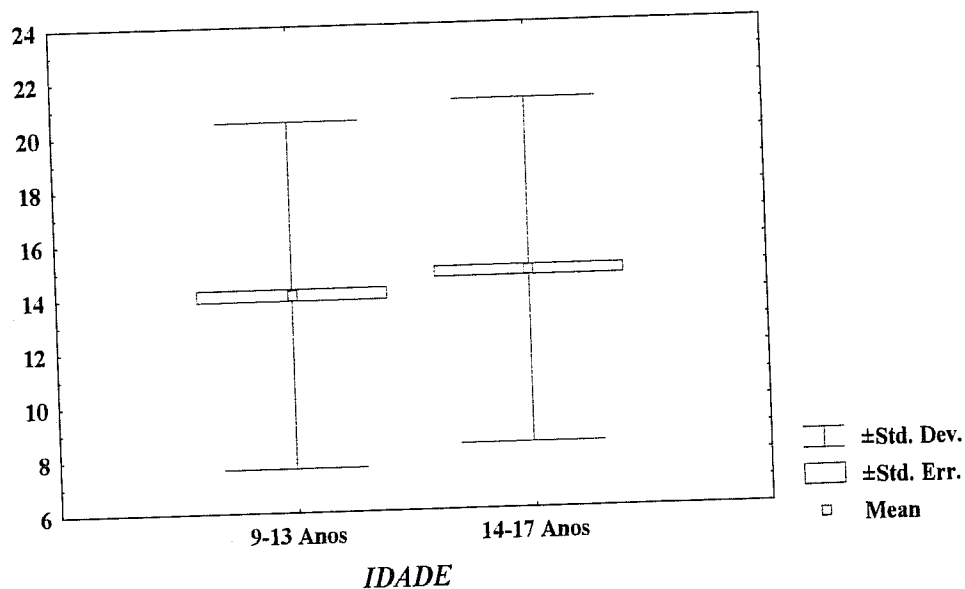
IDADE	Idade : 9 – 13 anos (n = 880)	Idade : 14 – 17 anos (n = 911)	T	p
TOTAL CDI	$\bar{X} = 14,03$ Dp= 6,42	$\bar{X} = 14,77$ Dp= 6,37	-2,44	0,01**

(**Significativo para $p \leq 0,01$)

O teste T de Student para amostras independentes revelou para $p \leq 0,01$, a existência de diferenças significativas entre o grupo com idade entre os 9 e os 13 anos e o grupo com idade entre os 14 e os 17 anos. O Grupo mais velho revelou um resultado no total da CDI significativamente mais elevado que o grupo mais novo.

Gráfico 8

TOTAL CDI



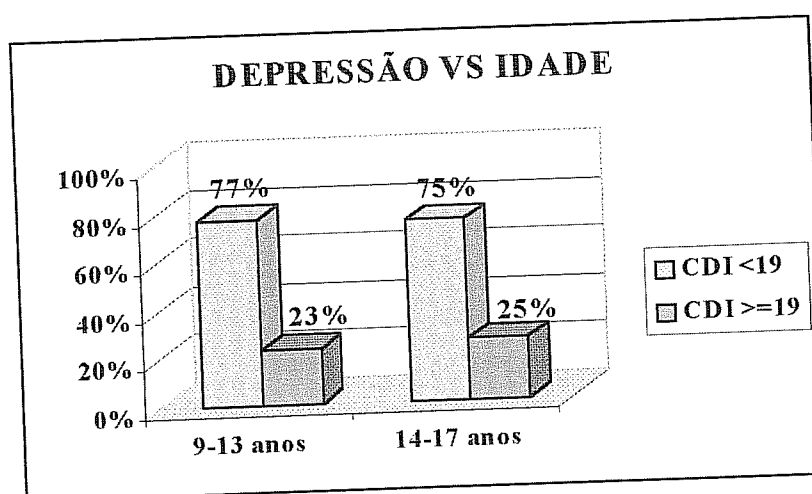
Fomos de seguida averiguar se também havia um número significativamente mais elevado de casos de depressão (resultados na CDI iguais ou superiores a 19) no grupo dos mais velhos (14-17 anos) comparativamente com o grupo dos mais novos (9-13 anos) para tal recorremos ao teste Qui-Quadrado.

Tabela 13 – Qui-Quadrado : Diferenças entre os 2 Grupos de Idade na Existência de Depressão

IDADE	CDI < 19 Ausência de Depressão	CDI ≥ 19 Existência de Depressão
Idade : 9 – 13 anos (n = 880)	77% (674)	23% (206)
Idade : 14 – 17 anos (n = 911)	75% (685)	25% (226)
$X^2 = 0,47$ $p = 0,48$		

O teste Qui-Quadrado não revelou a existência de diferenças significativas no número de casos de depressão existentes nos 2 grupos de idade (23% no grupo com idade entre os 9 e os 13 anos e de 25% no grupo com idade entre os 14 e os 17 anos).

Gráfico 9



GÊNERO SEXUAL VS DEPRESSÃO

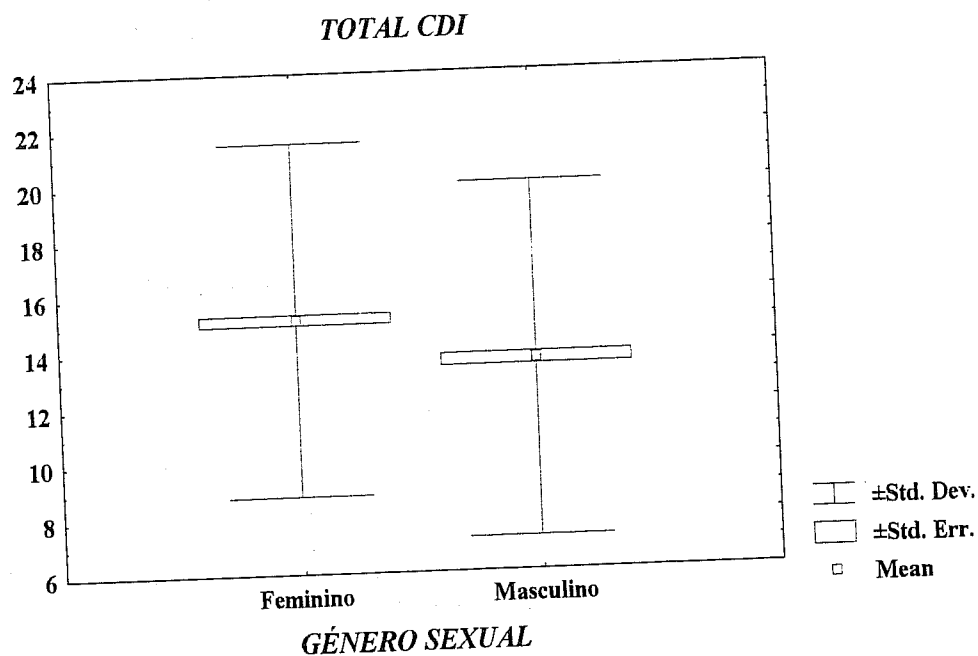
Tabela 14 : T de Student para Amostras Independentes – Diferenças entre Sexo Feminino e Sexo Masculino no Total da CDI

GÊNERO SEXUAL	Sexo Feminino (n = 959)	Sexo Masculino (n = 830)	T	p
TOTAL CDI	$\bar{X} = 15,14$ Dp= 6,35	$\bar{X} = 13,58$ Dp= 6,38	5,59	0,0000***

(***Significativo para $p \leq 0,001$)

O teste T de Student para amostras independentes revelou para $p \leq 0,001$, a existência de diferenças significativas entre o sexo feminino e o sexo masculino. O sexo feminino revelou um resultado no total da CDI significativamente mais elevado que sexo masculino.

Gráfico 10



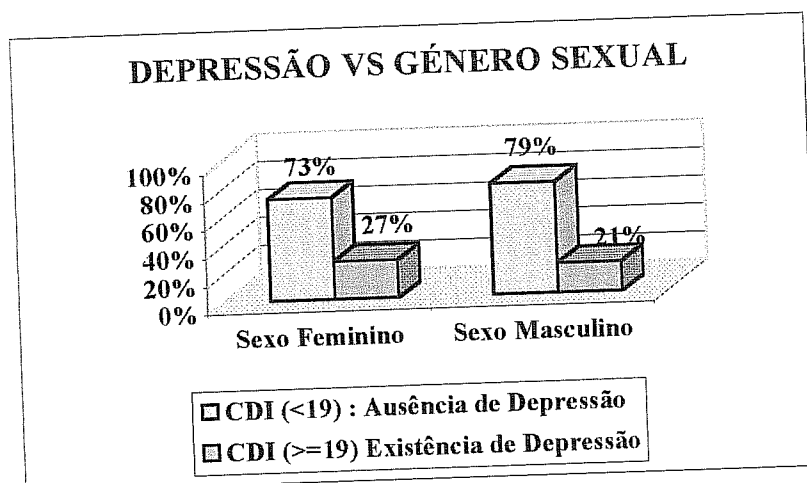
Fomos de seguida averiguar se também havia um número significativamente mais elevado de casos de depressão (resultados na CDI iguais ou superiores a 19) no sexo feminino comparativamente com o sexo masculino.

Tabela 15 – Qui-Quadrado : Diferenças entre Sexo Feminino e Sexo Masculino na Existência de Depressão

GÉNERO SEXUAL	CDI < 19 Ausência de Depressão	CDI ≥ 19 Existência de Depressão
Sexo Feminino (n = 959)	73% (698)	27% (261)
Sexo Masculino (n = 830)	79% (659)	21% (171)
$X^2 = 10,62$ $p = 0,001$ ***		
(*** Significativo para $p \leq 0,001$)		

O teste Qui-Quadrado revelou para $p \leq 0,001$ a existência de diferenças significativas entre sexo feminino e sexo masculino na existência de depressão. Existe um número significativamente mais elevado de depressões no grupo das raparigas comparativamente com o que se passa no grupo dos rapazes.

Gráfico 11



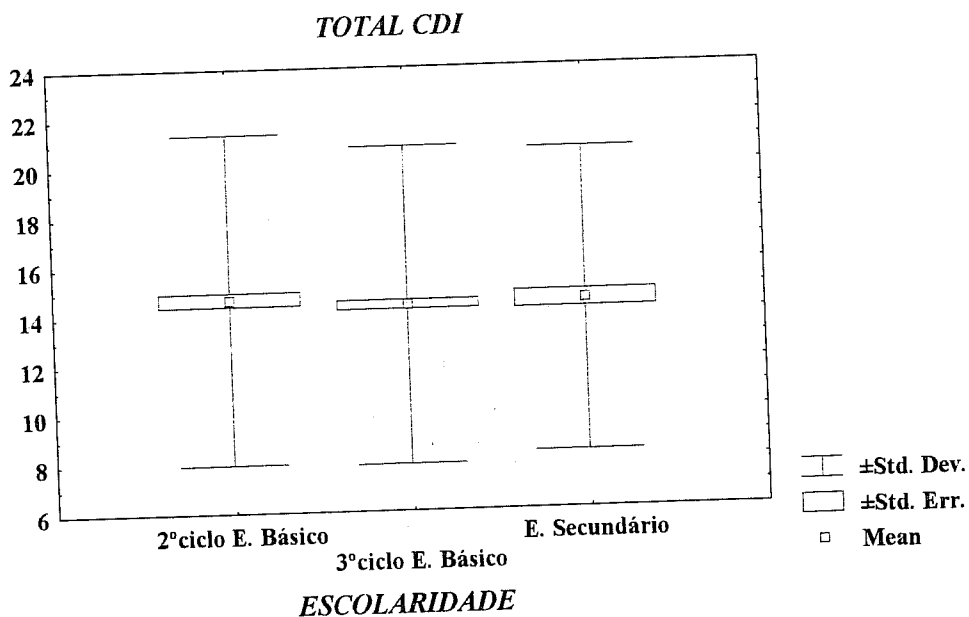
ESCOLARIDADE VS DEPRESSÃO

Tabela 16 – ANOVA – Diferenças entre 3 Níveis de Escolaridade no Total da CDI

ESCOLARIDADE	Médias e Desvios Padrão do Total da CDI	ANOVA
2º Ciclo do Ensino Básico (n = 514)	$\bar{x} = 14,65$ Dp = 6,70	F = 0,42 p = 0,65
3º Ciclo do Ensino Básico (n = 1001)	$\bar{x} = 14,33$ Dp = 6,44	
Ensino Secundário (n = 278)	$\bar{x} = 14,46$ Dp = 6,15	

A ANOVA não revelou a existência de diferenças significativas para $p \leq 0,05$, entre os 3 níveis de escolaridade no total da escala CDI.

Gráfico 12



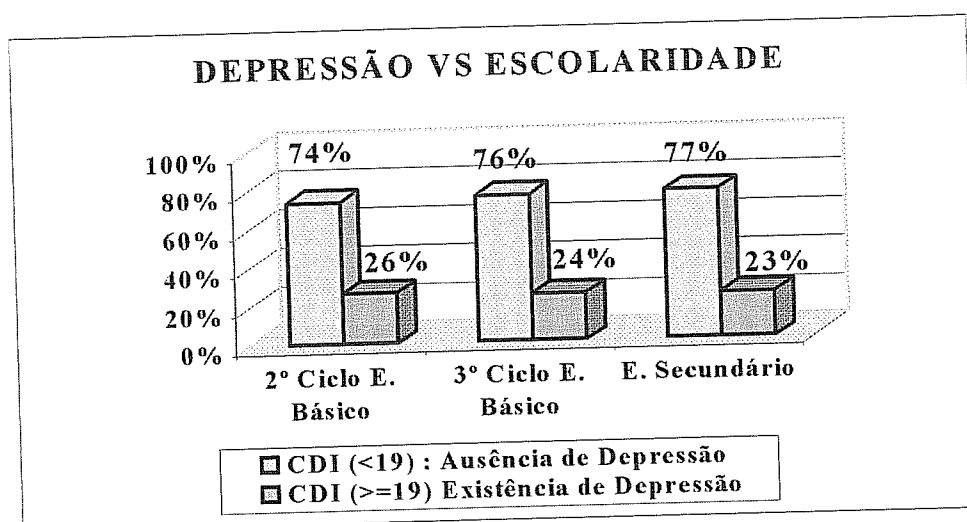
Fomos ainda ver a percentagem de casos de depressão em cada um dos níveis de escolaridade.

Tabela 17 - Qui-Quadrado : Diferenças entre os 3 Níveis de Escolaridade na Existência de Depressão

ESCOLARIDADE	CDI < 19 Ausência de Depressão	CDI ≥ 19 Existência de Depressão
2º Ciclo do Ensino Básico (n = 514)	74% (382)	26% (132)
3º Ciclo do Ensino Básico (n = 1001)	76% (761)	24% (240)
Ensino Secundário (n = 278)	78% (216)	22% (62)
$X^2 = 1,18 \quad p = 0,55$		

Não existem diferenças significativas para $p \leq 0,05$ entre os 3 níveis de escolaridade no número de casos de depressão.

Gráfico 13



REPETIÇÕES DE ANOS ESCOLARES VS DEPRESSÃO

Tabela 18 – ANOVA : Diferenças entre Grupos com diferentes Números de Repetições no Total da CDI

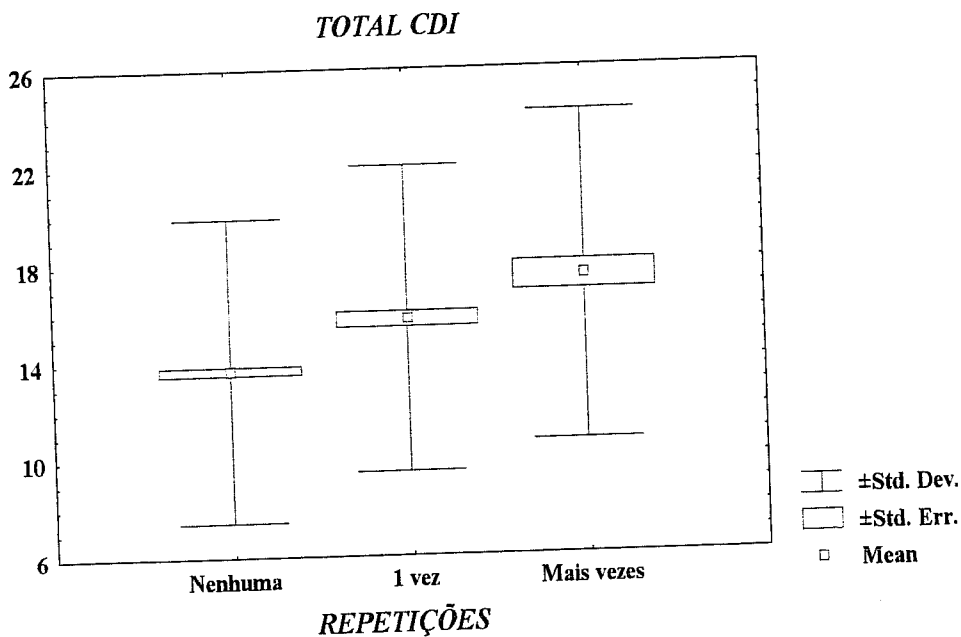
REPETIÇÕES	Médias e Desvios Padrão do Total da CDI	ANOVA
Nenhuma (n = 1258)	$\bar{x} = 13,66$ Dp = 6,24	F = 32,34 p = 0,0000***
Uma Repetição (n = 399)	$\bar{x} = 15,72$ Dp = 6,27	
Mais do que uma Repetição (n = 129)	$\bar{x} = 17,42$ Dp = 6,76	

(*** Significativo para $p \leq 0,001$)

A ANOVA revelou para $p \leq 0,001$ a existência de diferenças significativas entre os 3 grupos no total da CDI, restava contudo saber quais os grupos que diferiam entre si, para tal recorremos a um teste de diferenças de médias Pós-Anova, o teste de Duncan.

O teste de Duncan revelou que o grupo que tem mais do que uma repetição tem um resultado na CDI significativamente superior ao do grupo que só tem uma repetição ($p = 0,00001$) e ao do grupo sem nenhuma repetição ($p = 0,001$). O grupo que não tem nenhuma repetição tem um resultado na CDI significativamente inferior ao do grupo com uma repetição ($p = 0,001$) e ao do grupo com mais do que uma repetição ($p = 0,00001$).

Gráfico 14



Fomos de seguida averiguar se também havia um número significativamente mais elevado de casos de depressão (resultados na CDI iguais ou superiores a 19) nos grupos que já repetiram anos escolares.

Tabela 19 – Qui-Quadrado : Diferenças entre Grupos com diferentes Números de Repetições na Existência de Depressão

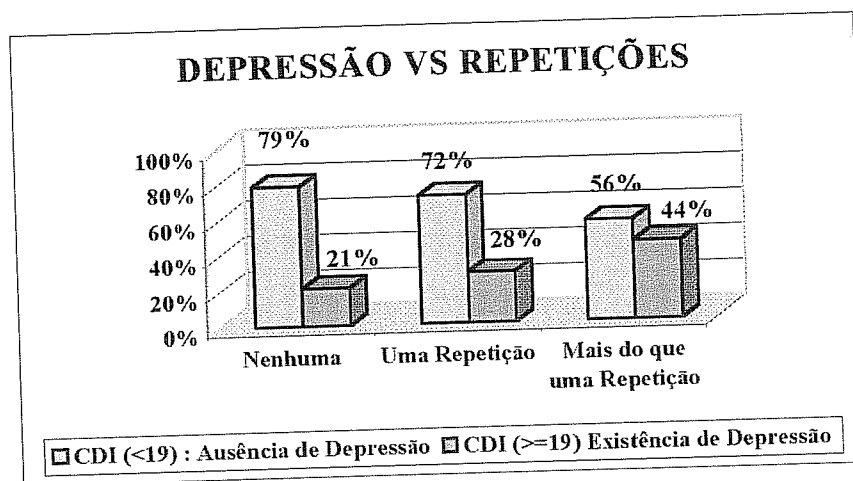
REPETIÇÕES	CDI < 19 Ausência de Depressão	CDI ≥ 19 Existência de Depressão
Nenhuma (n = 1258)	79% (998)	21% (260)
Uma Repetição (n = 399)	72% (288)	28% (111)
Mais do que uma Repetição (n = 129)	56% (72)	44% (57)

$$X^2 = 39,70 \quad p = 0,0000***$$

(*** Significativo para $p \leq 0,001$)

O teste Qui-Quadrado revelou para $p \leq 0,001$, diferenças significativas entre os 3 grupos na existência de depressão. No Grupo que tem mais do que uma repetição existe uma percentagem elevada de depressões (44%), esse número é bastante inferior nos outros 2 grupos (21% no grupo sem qualquer repetição e 28% no grupo com uma repetição).

Gráfico 15



PROBLEMAS DISCIPLINARES VS DEPRESSÃO

Tabela 20 – ANOVA : Diferenças entre Grupos com diferentes Números de Problemas Disciplinares no Total da CDI

PROBLEMAS DISCIPLINARES	Médias e Desvios Padrão do Total da CDI	ANOVA
Nunca (n = 1440)	$\bar{x} = 13,87$ Dp = 6,22	F = 33,78 p = 0,0000***
Uma Vez (n = 211)	$\bar{x} = 15,81$ Dp = 6,36	
Mais do que uma Vez (n = 138)	$\bar{x} = 18,12$ Dp = 7,59	

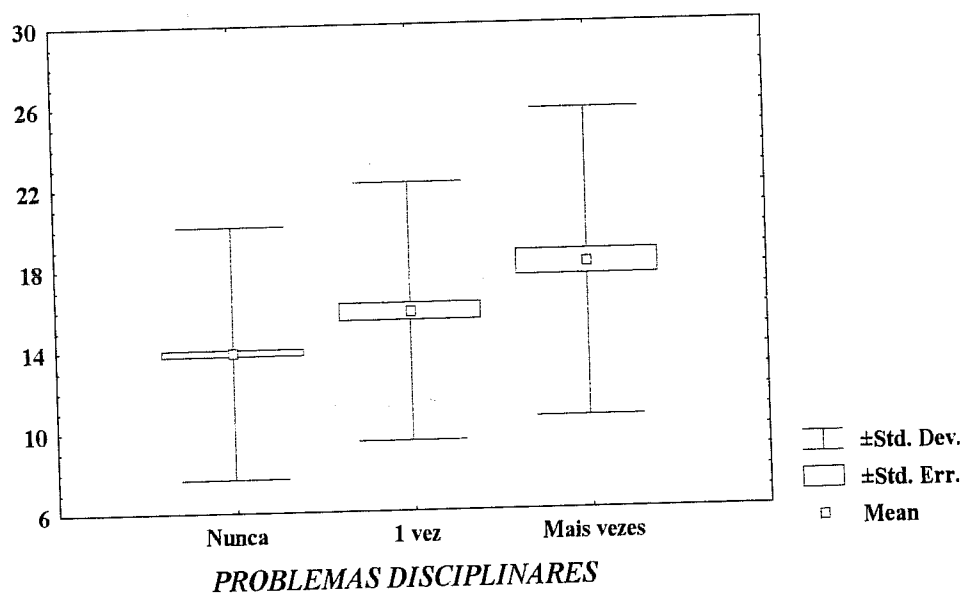
(*** Significativo para $p \leq 0,001$)

A ANOVA revelou para $p \leq 0,001$ a existência de diferenças significativas entre os 3 grupos no total da CDI, restava contudo saber quais os grupos que diferiam entre si, para tal recorremos a um teste de diferenças de médias Pós-Anova, o teste de Duncan.

O teste de Duncan revelou que o grupo que teve mais do que uma vez problemas disciplinares tem um resultado na CDI significativamente superior ao do grupo que só teve uma vez problemas disciplinares ($p = 0,00008$) e ao do grupo sem nenhum problema disciplinar ($p = 0,00001$). O grupo que nunca teve problemas disciplinares tem um resultado na CDI significativamente inferior ao do grupo que teve um problema disciplinar ($p = 0,0009$) e ao do grupo que teve mais do que um problema disciplinar ($p = 0,00001$).

Gráfico 16

TOTAL CDI



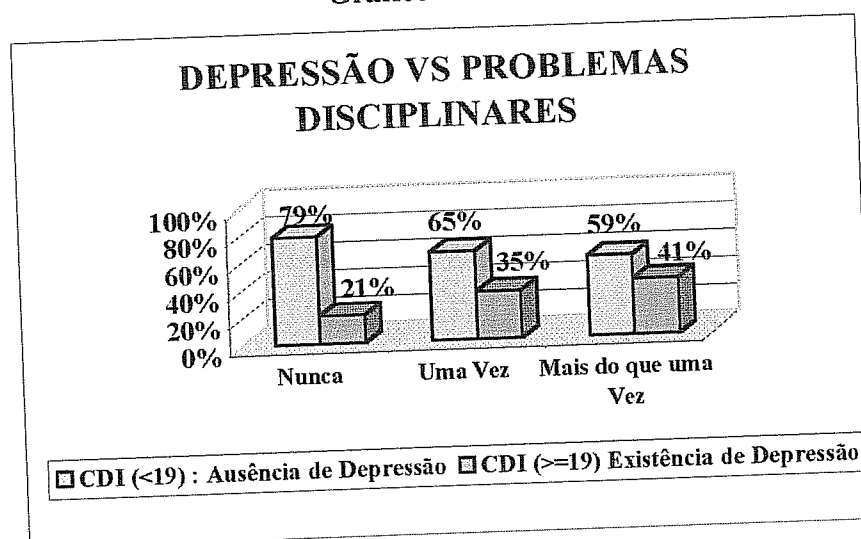
Fomos de seguida averiguar se também havia um número significativamente mais elevado de casos de depressão (resultados na CDI iguais ou superiores a 19) nos grupos que já tiveram problemas disciplinares.

Tabela 21 – ANOVA : Diferenças entre Grupos com diferentes Números de Problemas Disciplinares na Existência de Depressão

PROBLEMAS DISCIPLINARES	CDI < 19 Ausência de Depressão	CDI ≥ 19 Existência de Depressão
Nunca (n = 1440)	79% (1140)	21% (300)
Uma Vez (n = 211)	65% (137)	35% (74)
Mais do que uma Vez (n = 138)	59% (81)	41% (57)
$X^2 = 44,65$ $p = 0,0000***$		
(*** Significativo para $p \leq 0,001$)		

O teste Qui-Quadrado revelou para $p \leq 0,001$, diferenças significativas entre os 3 grupos na existência de depressão. No Grupo que teve mais do que uma vez problema disciplinares e no grupo que já teve uma vez problemas disciplinares existe uma percentagem mais elevada de depressões (35% e 41% respectivamente), esse número é bastante inferior no grupo que nunca teve problemas disciplinares (21%).

Gráfico 17



PROBLEMAS DE NERVOS VS DEPRESSÃO

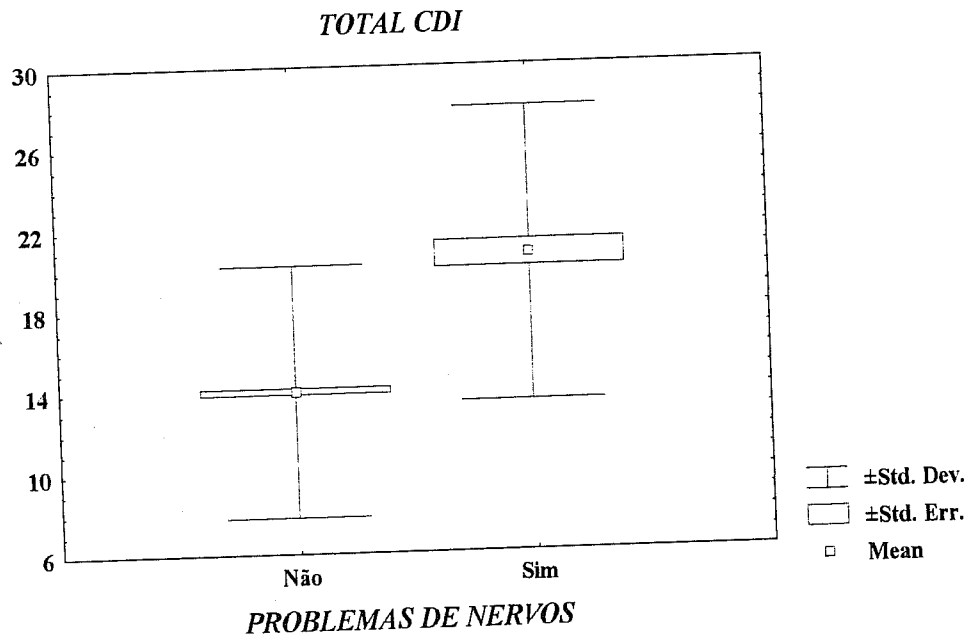
Tabela 22 – T de Student : Diferenças entre quem tem “Problemas de Nervos” e quem não tem “Problemas de Nervos” no Total da CDI

PROBLEMAS DE NERVOS	Não tem Problemas de Nervos (n = 1675)	Tem Problemas de Nervos (n = 114)	T	P
TOTAL CDI	$\bar{X} = 14,01$ Dp= 6,19	$\bar{X} = 20,65$ Dp= 7,25	-10,94	0,0000***

(***Significativo para $p \leq 0,001$)

O teste T de Student para amostras independentes revelou, para $p \leq 0,001$, a existência de diferenças significativas entre quem tem problemas de nervos e quem não tem, no total da escala da CDI. Os sujeitos que já foram ao médico por problemas de nervos têm um resultado significativamente mais elevado na CDI do que os sujeitos que nunca foram ao médico por problemas desse tipo.

Gráfico 18



Fomos ainda averiguar se no grupo de sujeitos que já foram ao médico por problemas de nervos existe uma percentagem significativamente superior de sujeitos com depressão comparativamente com o grupo que nunca foi ao médico por ter problemas desse foro.

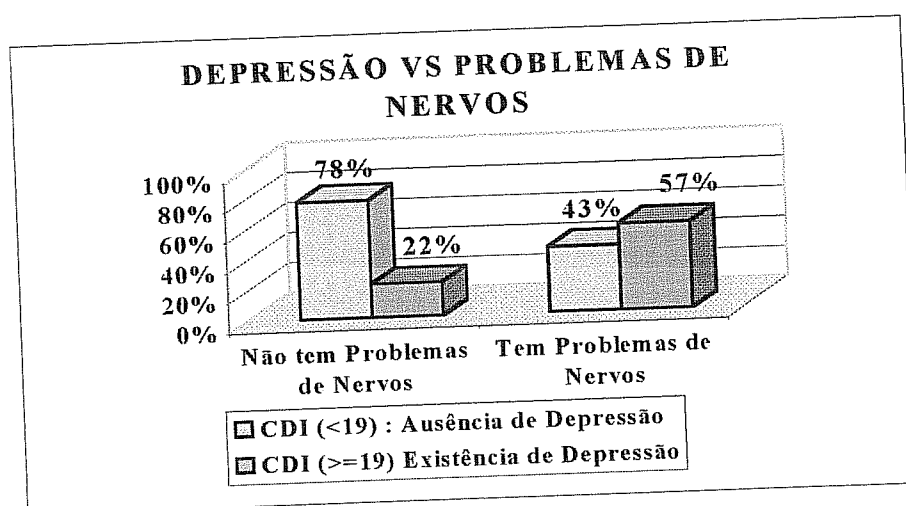
Tabela 23 : Qui-Quadrado - Diferenças entre quem tem “Problemas de Nervos” e quem não tem “Problemas de Nervos” na Existência de Depressão

PROBLEMAS DE NERVOS	CDI < 19 Ausência de Depressão	CDI ≥ 19 Existência de Depressão
Não tem Problemas de Nervos (n = 1675)	78% (1308)	22% (367)
Tem Problemas de Nervos (n = 114)	43% (49)	57% (65)

$X^2 = 71,82$ $p = 0,0000^{***}$
(*** Significativo para $p \leq 0,001$)

O Qui-Quadrado revelou, que no grupo que tem problemas de nervos, existe uma percentagem significativamente mais elevada de sujeitos com depressão (57%) do que no outro grupo (22%).

Gráfico 19



PROBLEMAS DE NERVOS NA FAMÍLIA DIRECTA VS DEPRESSÃO

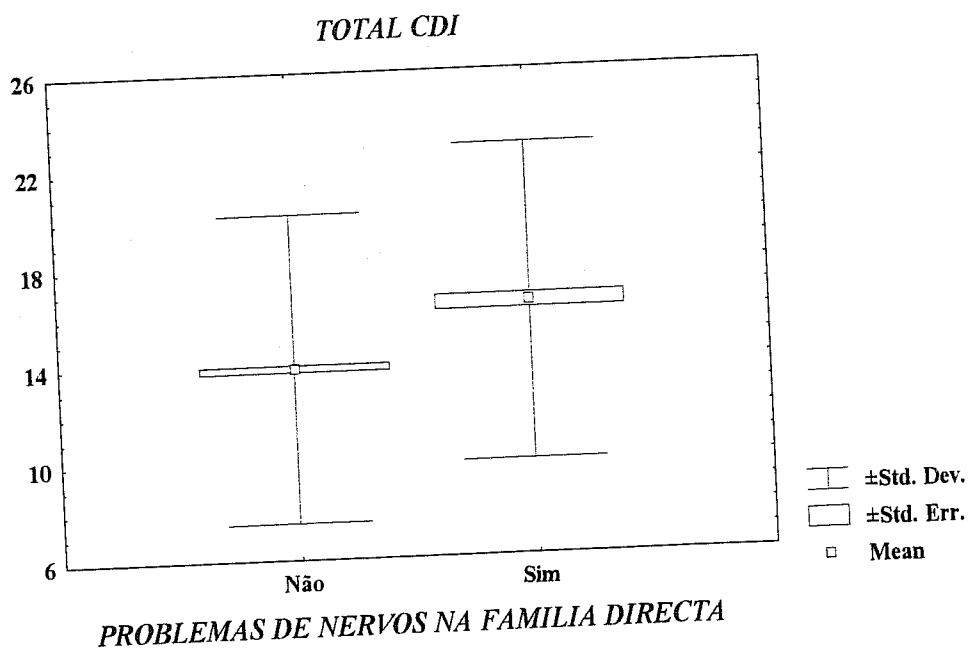
Tabela 24 – T de Student : Diferenças entre quem tem “Problemas de Nervos” na Família Directa e quem não tem “Problemas de Nervos” na Família Directa no Total da CDI

PROBLEMAS DE NERVOS NA FAMÍLIA DIRECTA	Não tem Problemas de Nervos (n = 1377)	Tem Problemas de Nervos (n = 413)	T	p
TOTAL CDI	$\bar{X} = 13,84$ Dp= 6,34	$\bar{X} = 16,40$ Dp= 6,52	-7,15	0,0000***

(***Significativo para $p \leq 0,001$)

O teste T de Student para amostras independentes revelou, para $p \leq 0,001$, a existência de diferenças significativas entre quem tem problemas de nervos na família directa e quem não tem, no total da escala da CDI. Os sujeitos que têm familiares directos que já foram ao médico por problemas de nervos têm um resultado significativamente mais elevado na CDI do que os sujeitos que cujos familiares directos nunca foram ao médico por problemas desse tipo.

Gráfico 20



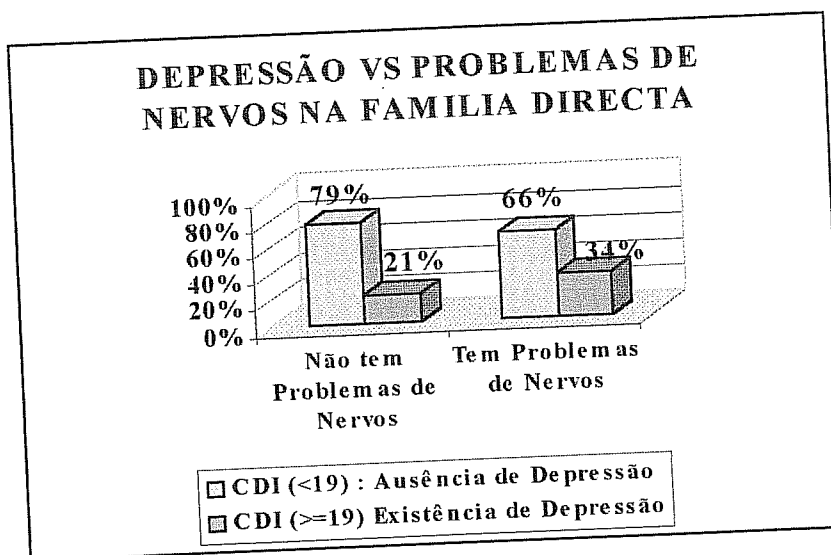
Fomos averiguar se no grupo de sujeitos cujos familiares directos já foram ao médico por problemas de nervos existe uma percentagem significativamente superior de sujeitos com depressão comparativamente com o grupo cujos familiares directos nunca foram ao médico por terem problemas desse foro.

Tabela 25 – Qui-Quadrado : Diferenças entre quem tem “Problemas de Nervos” na Família Directa e quem não tem “Problemas de Nervos” na Família Directa na Existência de Depressão

PROBLEMAS DE NERVOS NA FAMÍLIA DIRECTA	CDI < 19 Ausência de Depressão	CDI ≥ 19 Existência de Depressão
Não tem Problemas de Nervos (n = 1377)	79% (1084)	21% (293)
Tem Problemas de Nervos (n = 413)	66% (274)	34% (139)
$X^2 = 26,58$ $p = 0,0000^{***}$ (*** Significativo para $p \leq 0,001$)		

O Qui-Quadrado revelou que no grupo cujos familiares directos têm problemas de nervos, existe uma percentagem significativamente mais elevada de sujeitos com depressão (34%) do que no outro grupo (21%).

Gráfico 21



PROBLEMAS DE NERVOS NA FAMÍLIA AFASTADA VS DEPRESSÃO

Tabela 26 – T de Student : Diferenças entre quem tem “Problemas de Nervos” na Família Afastada e quem não tem “Problemas de Nervos” na Família Afastada no

Total da CDI

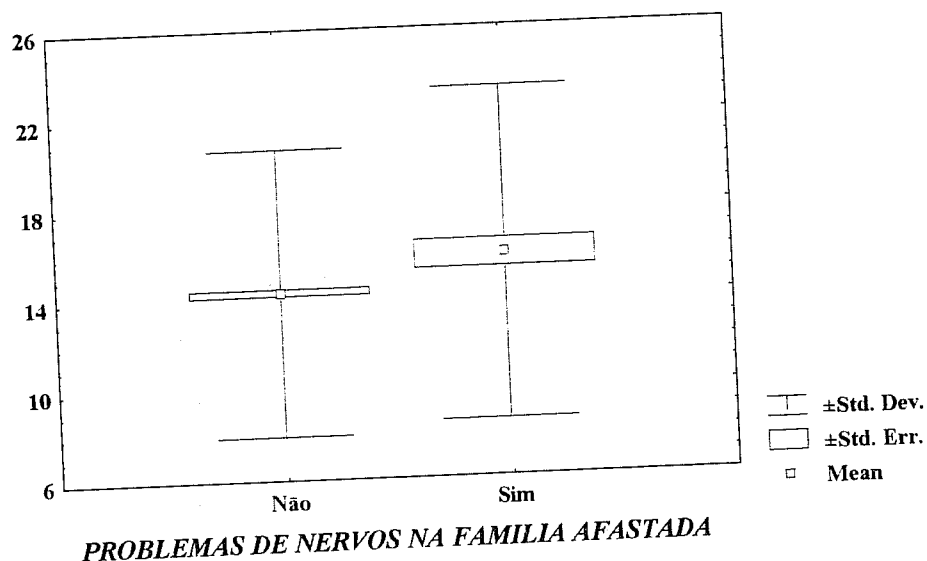
PROBLEMAS DE NERVOS NA FAMÍLIA AFASTADA	Não tem Problemas de Nervos (n = 1650)	Tem Problemas de Nervos (n = 137)	T	p
TOTAL CDI	$\bar{X} = 14,31$ Dp= 6,38	$\bar{X} = 15,87$ Dp= 7,37	-2,72	0,006***

(***Significativo para $p \leq 0,01$)

O teste T de Student para amostras independentes revelou, para $p \leq 0,006$, a existência de diferenças significativas entre quem tem problemas de nervos na família afastada e quem não tem, no total da escala da CDI. Os sujeitos que têm familiares afastados que já foram ao médico por problemas de nervos têm um resultado significativamente mais elevado na CDI do que os sujeitos que cujos familiares afastados nunca foram ao médico por problemas desse tipo.

Gráfico 22

TOTAL CDI



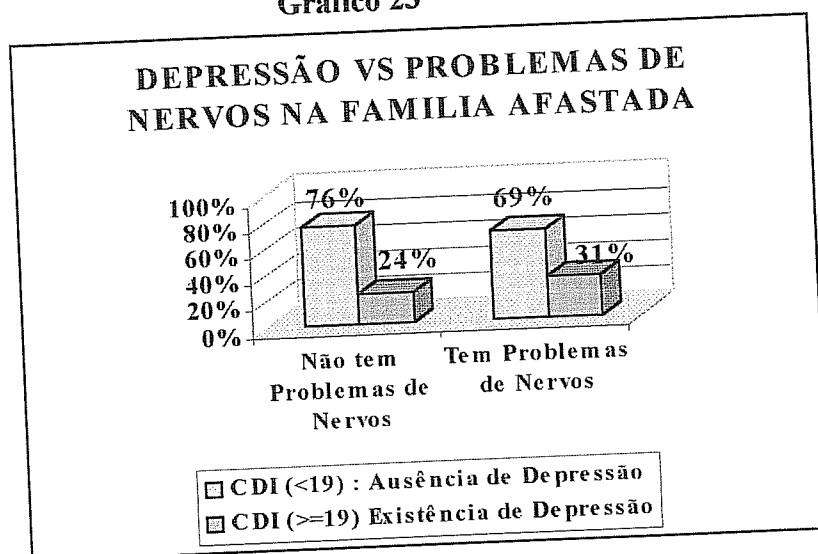
Fomos averiguar se no grupo de sujeitos cujos familiares afastados já foram ao médico por problemas de nervos existe uma percentagem significativamente superior de sujeitos com depressão comparativamente com o grupo cujos familiares afastados nunca foram ao médico por terem problemas desse foro.

Tabela 27 – Qui-Quadrado : Diferenças entre quem tem “Problemas de Nervos” na Família Afastada e quem não tem “Problemas de Nervos” na Família Afastada na Existência de Depressão

PROBLEMAS DE NERVOS NA FAMÍLIA AFASTADA	CDI < 19 Ausência de Depressão	CDI ≥ 19 Existência de Depressão
Não tem Problemas de Nervos (n = 1650)	76% (1262)	24% (388)
Tem Problemas de Nervos (n = 137)	69% (95)	31% (42)
$X^2 = 3,53 \quad p = 0,06$		

Não existe uma diferença significativa entre os 2 grupos no número de sujeitos com depressão .

Gráfico 23



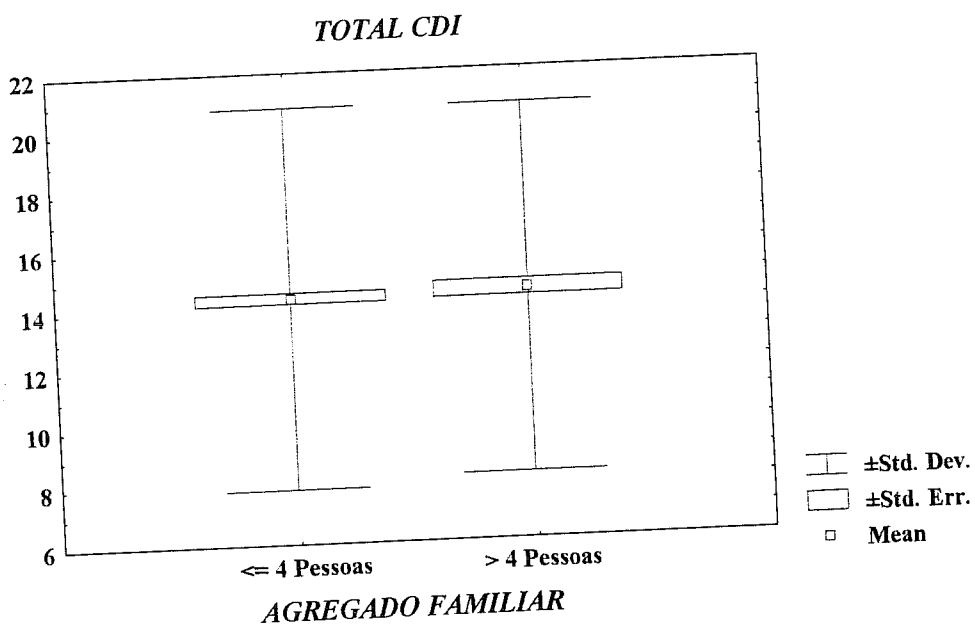
AGREGADO FAMILIAR VS DEPRESSÃO

Tabela 28 : T de Student para Amostras Independentes : Diferenças entre Diferentes Agregados no Total da CDI

AGREGADO FAMILIAR	Agregado ≤ 4 Pessoas (n = 1273)	Agregado > 4 Pessoas (n = 484)	T	p
TOTAL CDI	$\bar{X} = 14,33$ Dp= 6,47	$\bar{X} = 14,48$ Dp= 6,25	-0,44	0,65

O teste T de Student não revelou, para $p \leq 0,05$, diferenças significativas entre o grupo de sujeitos com um agregado com 4 ou menos de 4 pessoas e o grupo com um agregado com mais de 4 pessoas.

Gráfico 24



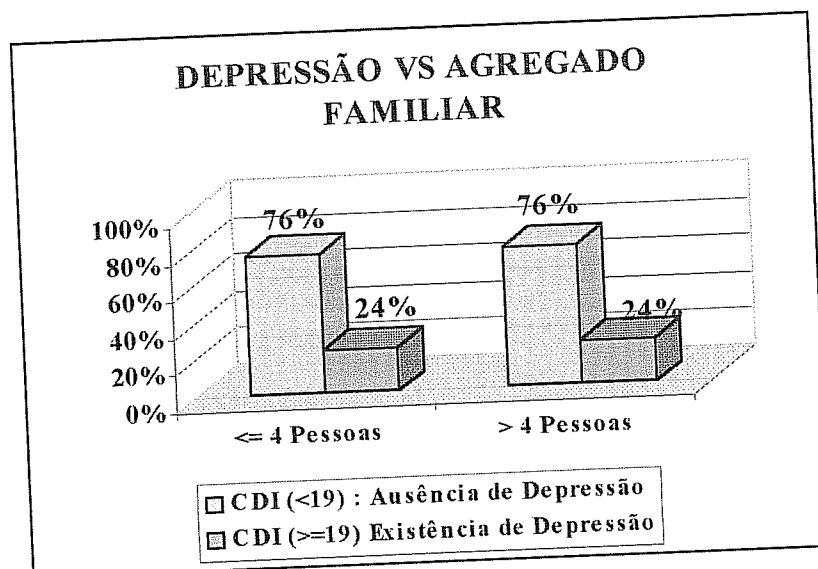
Fomos averiguar a existência de diferenças significativas entre os 2 grupos na percentagem de sujeitos que revelaram depressão.

Tabela 29 : Qui-Quadrado : Diferenças entre Diferentes Agregados na Existência de Depressão

AGREGADO FAMILIAR	CDI < 19 Ausência de Depressão	CDI ≥ 19 Existência de Depressão
Agregado ≤ 4 Pessoas (n = 1273)	76% (972)	24% (301)
Agregado > 4 Pessoas (n = 484)	76% (366)	24% (118)
$X^2 = 0,10$ $p = 0,74$		

Não existem diferenças significativas entre os 2 grupos na percentagem de sujeitos com depressão.

Gráfico 25



5.3. Discussão dos resultados

Após ser efectuada a análise estatística dos resultados obtidos, verifica-se que tal como se previa, existe efectivamente uma percentagem elevada de depressão na população estudada, 24% de sujeitos do total da amostra estão deprimidos.

Constatou-se igualmente a existência de grandes diferenças na taxa de depressão entre os diferentes concelhos, chegando a ser quase o dobro entre o valor mínimo e o máximo encontrados. No entanto os valores máximos (29 e 30%) acontecem em dois concelhos (Aljustrel e Castro Verde respectivamente), que são mais ou menos equivalentes em termos de interioridade, isolamento e índice populacional, aos concelhos que apresentam os valores mais baixos (Ferreira 17%, Cuba 21%, Vidigueira 21% e Barrancos 21%).

De salientar ainda que nalguns concelhos, existe um desequilíbrio na taxa de depressão encontrada nas diferentes escolas do mesmo concelho, ou seja, algumas apresentam valores bastante divergentes das outras, independentemente de serem básicas ou secundárias.

No que respeita à **idade** dos sujeitos e no total do CDI, os indivíduos mais velhos (dos 14 aos 17 anos) apresentam valores significativamente mais elevados do que os mais jovens (dos 9 aos 13), no entanto, relativamente à depressão propriamente dita, apesar do grupo dos mais velhos apresentarem um aumento da depressão comparativamente aos mais novos (25 para 23 %), esta não chega a ser significativa em termos estatísticos.

Já quanto ao **género sexual**, no total do CDI, o feminino apresenta um valor significativamente mais elevado em termos estatísticos, do que o sexo masculino. Também na depressão (o resultado no CDI igual ou superior a 19), o sexo feminino é significativamente mais deprimido do que o sexo masculino, ou seja, existe um

número significativamente mais elevado em termos estatísticos de depressões nas raparigas comparativamente ao que se passa nos rapazes.

Relativamente aos 3 **níveis de escolaridade**, não se encontram diferenças estatisticamente significativas, quer em relação ao total do CDI, quer em relação à existência de depressão, no entanto, existem diferenças que embora não sendo significativas como já referimos, mostram um ligeiro aumento de depressão no 2º ciclo do ensino básico relativamente ao 3º e deste em relação ao secundário.

A respeito do **número de repetições**, pode-se constatar a existência de uma diferença estatisticamente significativa entre os 3 tipos no que se refere ao total do CDI, ou seja, o grupo que não tem nenhuma repetição, tem um resultado no total do CDI significativamente inferior ao dos que tem uma repetição e ao dos que tem mais do que uma repetição. Da mesma forma os que tem mais do que uma repetição, tem um resultado no total do CDI significativamente superior aos que tem só uma e aos que não tem nenhuma repetição.

Ainda quanto ao número de repetições mas relacionado com a existência de depressão, também aqui se observam diferenças estatisticamente significativas entre os 3 grupos, o grupo que tem mais do que uma repetição possui uma percentagem muito mais elevada de depressão do que os outros dois, percentagem sobejamente significativa em termos estatísticos.

Acerca dos **problemas disciplinares** e no total do CDI, encontram-se igualmente diferenças estatisticamente significativas entre os 3 grupos, o grupo que teve mais do que uma vez problemas disciplinares, teve um resultado significativamente superior ao grupo que teve só uma vez problemas disciplinares e ao grupo que nunca teve problemas disciplinares. Este último, o que nunca teve problemas disciplinares, tem um resultado significativamente inferior ao grupo que teve uma vez problemas disciplinares, e ao grupo que teve mais que uma vez problemas disciplinares.

Em relação ainda aos problemas disciplinares, mas no que respeita propriamente à depressão, encontram-se da mesma forma diferenças estatisticamente significativas nos três grupos, ou seja, os indivíduos que nunca tiveram problemas disciplinares

tem uma percentagem de depressão muito inferior aos que já tiveram uma vez problemas disciplinares, e destes em relação aos que já tiveram várias vezes problemas disciplinares.

Relativamente aos **indivíduos que de alguma forma já anteriormente haviam procurado ajuda por problemas psicológicos ou psiquiátricos (“problemas de nervos”)**, apresentam um resultado no total do CDI significativamente mais elevado do que aqueles que nunca precisaram de qualquer ajuda deste tipo. Da mesma forma ao comparar-mos estes mesmos indivíduos (que já tiveram ajuda) com aqueles que nunca tiveram, e no que respeita à existência de depressão, encontra-se igualmente uma percentagem significativamente muito mais elevada de depressão nos que já tiveram ajuda.

Ao comparar-se os **sujeitos que já tiveram familiares directos (pais irmãos e avós) a ir ao médico por doenças de nervos**, também apresentam diferenças estatisticamente significativas, apresentam no total do CDI um resultado significativamente superior relativamente aqueles em que os familiares directos nunca foram ao médico por esse motivo. Quando comparamos os mesmos grupos mas relativamente à depressão, encontramos igualmente diferenças significativas, os indivíduos cujos familiares directos “tem problemas de nervos” tem uma percentagem significativamente mais elevada de depressão do que os outros.

Ainda no que respeita a **“problemas de nervos” mas agora na família afastada**, constatou-se que também aqui no total do CDI, havia diferenças estatisticamente significativas entre os que tem familiares afastados que já foram ao médico por “problemas de nervos”, apresentando estes um resultado significativamente mais elevado relativamente aos que não tem familiares afastados que tivessem ido ao médico por esse motivo. Já no que concerne á depressão, apesar de haver um aumento no grupo que tem familiares afastados que já foram ao médico por “problemas de nervos”, essa superioridade não é estatisticamente significativa.

Relativamente à ultima avaliação efectuada em que se compararam os diferentes **agregados familiares**, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos pertencentes a um agregado familiar igual ou

inferior a quatro, e os que pertencem a um agregado com mais de quatro pessoas, isto quer em relação ao total do CDI, quer em relação à depressão.

Assim, baseados nos resultados obtidos nesta investigação, constata-se que a maior parte desses resultados vem de encontro às expectativas formuladas e ao que se previa encontrar.

Face ao que se acabou de apresentar, pode observar-se como tendo maior relevo:

- Uma elevada percentagem de depressão (24% do total da amostra).** Tal como se suponha, encontramos na população estudada uma grande percentagem de jovens deprimidos.
- Uma diferença significativa quanto à existência de depressão nos dois sexos.** As raparigas são mais deprimidas do que os rapazes.
- A existência de uma percentagem de depressão significativamente mais elevada, nos indivíduos com maior insucesso escolar ou maior número de repetições.** Os sujeitos com mais repetições escolares estão bastante mais deprimidos.
- A existência de diferenças significativas na depressão encontrada, entre os indivíduos com mais e com menos problemas disciplinares.** Quanto maior número de problemas disciplinares os indivíduos apresentam, maior a percentagem de depressão encontrada. A percentagem de depressão nos sujeitos que nunca tiveram problemas disciplinares é bastante inferior.
- Os sujeitos que já foram ao médico por “problemas de nervos”, tem um resultado significativamente mais elevado de depressão, do que os outros que nunca foram ao médico por problemas desse tipo.** A percentagem de depressão nos indivíduos que nunca precisaram deste tipo de ajuda é muitíssimo inferior.

-Quem tem nos familiares mais directos alguém que tivesse ido ao médico por “problemas de nervos”, apresenta uma percentagem significativamente mais elevada de depressão, comparativamente aqueles cujos familiares directos nunca foram.

No que respeita ao elevado **índice de depressão encontrado**, constata-se que vai de encontro a vários outros estudos efectuados, nomeadamente, um estudo feito em Portugal, bastante recente, realizado por Henrique de Barros e Teresa Correia, compreendendo 7000 adolescentes portugueses com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, que aponta para a existência de uma média de depressão de 22%. Neste estudo foi utilizado o inventário depressivo de Beck, em escolas secundárias nas várias capitais de distrito do País, e em alunos do 10º ao 12º anos.

É curioso verificar que neste estudo é apresentado um valor de depressão ao nível da capital do distrito de Beja, superior ao que nós obtivemos (29% contra os nossos 24%). Pode atribuir-se esta diferença, eventualmente ao facto das faixas etárias não serem as mesmas, ou seja a nossa investigação cobre uma idade logo a partir dos 9 anos e vai apenas até aos 17, enquanto que o estudo mencionado vai dos 15 aos 19. O facto de terem encontrado um índice de depressão mais elevado, parece vir de encontro aos nossos resultados que revelaram uma maior percentagem de depressão nos indivíduos mais velhos. A existência de sujeitos dos 9 aos 15 veio baixar a média do índice de depressão, da mesma forma que os indivíduos de 18 e 19 não foram incluídos e poderiam fazer aumentar a percentagem.

Um outro estudo epidemiológico da depressão infantil também realizado em Portugal, por Fernandes G.; Ferronha J.; Machado M., (1996), numa escola de Matosinhos (em que foi utilizado o mesmo instrumento de avaliação CDI), com uma população de 210 crianças com idades compreendidas entre os 10 e os 14 anos, em que foi encontrada uma prevalência de depressão de 9,52%, muito inferior à encontrada no nosso estudo.

Ainda outro estudo também feito em Portugal, na Escola Secundária Rainha D. Amélia em Lisboa em 1995, compreendendo 96 adolescentes do 7º ano de escolaridade, com idades entre os 11 e os 15 anos e tendo sido utilizado também como instrumento de avaliação o CDI, foi encontrado uma prevalência de depressão de 10,4 %.

Parece assim haver um estilo próprio de auto percepção pela negativa, um tipo de pensamento culpabilizador, auto crítico, em que predomina a desvalorização.

Numa outra perspectiva, Coimbra de Matos refere-se à depressão-estrutura, ou à forma preponderante de organização ou funcionamento mental mais ou menos estável ou duradoura.

Também Battle (1978; 1980; 1987), fala da relação existente entre auto estima e depressão, a existência de uma correlação negativa quer nas crianças, quer nos adolescentes. Apresentando-se a depressão negativamente correlacionada com o auto conceito global e com a auto estima global.

No que respeita às **diferenças nos 2 sexos**, de acordo com dados oficiais (OMS), há uma nítida diferença quanto à distribuição por sexos nos adultos, em cada 3 deprimidos 2 são mulheres. Segundo estudos epidemiológicos de 1981, o risco de ocorrência dum episódio depressivo major, durante a vida de um indivíduo, é de 8 a 12% no homem e de 20 a 26 % na mulher, já outros estudos anteriormente haviam comprovado estes dados.

Parece também ser consensual que a depressão está a aumentar nas crianças e nos adolescentes.

Relativamente aos jovens, num estudo realizado por Adrian Angold e Michael Rulter, em 1992, citados por (Fernandes G.; Ferronha J.; Machado M., em 1998), afirmam que até aos 11 anos não encontraram diferenças na percentagem de

depressão entre o sexo masculino e o feminino, no entanto quando atingem os 16 anos, os valores da depressão no sexo feminino é o dobro dos rapazes.

Ao verificar-se a existência de diferenças significativas entre os dois sexos, o facto das raparigas apresentarem um valor de depressão significativamente mais elevado do que os rapazes, vem de encontro ao que muitos dos autores defende, em que o sexo feminino apresenta maiores índices de depressão que o sexo masculino, havendo no entanto alguma falta de clareza quanto aos factores que estarão na sua origem, com relevância para os factores hormonais, justificando-se por esta razão o facto deste aumento do índice de depressão nas raparigas começar a ser notório a partir da adolescência.

Também Rutter ao falar do assunto, refere que o humor depressivo, é mais frequente no sexo masculino do que no feminino antes da puberdade, verificando-se precisamente o contrário depois da puberdade.

Da mesma forma Weissman, Klerman (1977, in Rutter, 1991), defende, que de uma maneira geral, as raparigas têm maior tendência para a depressão que os rapazes.

Também na DSM IV é referido que os episódios depressivos são duas vezes mais frequentes em mulheres comparativamente aos homens.

Num estudo feito por Celeste Malpique em 1998, numa população escolar (11-13 anos), a autora considera a puberdade feminina um período de certa vulnerabilidade psicopatológica (inibições, estados depressivos e fobias).

A jovem vive com insegurança, assistindo à transformação e ao despertar de um corpo sexuado; é a partir daqui, desta fase, que segundo a autora se inverte a prevalência da depressão do sexo masculino, que até ai era uma constante.

A surpresa e o impacto destas rápidas transformações, o reconhecimento das diferenças sexuais podem gerar sentimentos de insegurança, conflitos e ambivalência na relação com a mãe, podendo mesmo haver comportamentos regressivos, em que a

identidade feminina seja vivenciada como uma perda, uma ferida narcísica, originando, ansiedade e angustia de castração.

A mesma autora faz ainda uma chamada de atenção para a maior incidência de psicopatologia, em jovens cuja puberdade foi precoce, como se essas meninas tentassem reagir defendendo-se através de uma atitude de negação. Negando o crescimento, negando o corpo sexuado e todas as transformações, ficando mais em risco de síndromes depressivos, anorexia nervosa, etc..

De referir ainda que no estudo de Celeste Malpique (1998), foi encontrado uma alta correlação entre o baixo auto conceito e os sentimentos e sintomas depressivos.

Para Ajuriaguerra (1980), as meninas depressivas, são de uma maneira geral mais inibidas e tranquilas, com menos problemas de comportamento do que os rapazes, que se caracterizam pela dificuldade em estabelecer contacto, tendência ao isolamento e com a conjugação de alguma inibição na aprendizagem e irritabilidade, podem levar às dificuldades escolares e manifestações de agressividade.

Também ao relacionarmos os **problemas disciplinares ou de comportamento** com o índice de depressão, encontra-se grande convergência nos resultados e no discurso dos diferentes autores.

Várias são as referencias no que se refere aos problemas de comportamento. Frequentemente distinguem-se ou são divididos em dois grupos: - os distúrbios exteriorizados que se caracterizam por uma falta de controlo, acabando por ter reflexos nos outros; - e os distúrbios interiorizados, em que há um hipercontrolo, acabando o efeito por ter consequências na própria criança.

As possibilidades e a forma de manifestação destes problemas ou destas variantes dependem de vários factores tais como: características pessoais, da maturação e estágio de desenvolvimento do jovem bem como das oportunidades e apoios proporcionados pelo meio envolvente.

Para Kazdin (1987); Robins (1991), existem fortes possibilidades dos comportamentos exteriorizados terem continuidade no tempo e representarem um problema psicológico e sócio económico graves.

É um problema bastante frequente em termos de psicopatologia da criança e do adolescente.

Há autores que defendem que os indivíduos que evidenciam este tipo de comportamentos, apresentam muitas mais dificuldades de aprendizagem e mais dificuldades relacionais com os seus pares.

Também Hinshaw, (1992), citado por Lopes A. 1998, refere-se à baixa auto estima destes alunos e à facilidade com que se encontram situações depressivas graves em jovens agressivos.

Muitos trabalhos tem sido feitos e vários são os autores que defendem uma forte associação entre os problemas de comportamento e dificuldades de aprendizagem, sendo de mau prognóstico principalmente nos problemas de comportamento que apresentam agressividade e hiperactividade (Tremblay, Masse, Pensson, Leblanc, Schwartzman & Ledingham, 1992; Alexander, Entwisle & Dauber, 1993; Hinshaw, 1992) citados por Lopes A. 1998.

Parece assim haver alguma unanimidade por parte dos vários autores, em que uma grande percentagem dos jovens com problemas de comportamento apresentam dificuldades de aprendizagem. No entanto, dentro do crescente número de jovens com dificuldades de aprendizagem, apenas um pequeno número apresenta problemas de comportamento dignos de relevo, encontrando-se sim, na maior parte deles, problemas como: depressão, grandes inibições, timidez, insegurança, falta de autonomia e confiança, dependência, etc.

Ainda um outro trabalho realizado por Isabel Almeida em que foi feita uma análise retrospectiva (através dos processos cínicos), em 256 crianças com idades entre os 6 e os 12 anos, observados pela primeira vez em consulta externa de pedopsiquiatria no

Hospital de D. Estefânia em Lisboa entre 1994 e 1996. Nesta população estudada (n=256), em 33% dos casos foi-lhe feito o diagnóstico de organização depressiva, 54% correspondiam a outros diagnósticos e em 13% não foi possível fazer qualquer diagnóstico.

É muito interessante realçar, que nos 33% dos casos em que foi diagnosticado uma organização depressiva, o motivo mais frequentemente expresso na primeira consulta, foram os problemas de comportamento em 58% dos sujeitos, e 23% com dificuldades escolares. Refere ainda a autora, que manifestaram queixas de expressão somática mais 5% dos indivíduos.

Conclui a investigadora que no seu estudo, encontrou um predomínio de problemas de comportamento, nos indivíduos em que tinha sido feito um diagnóstico estrutural de organização depressiva.

Também no que se refere ao **número de repetições ou insucesso escolar** e a taxa de depressão parece haver consenso. Parece assim que o baixo rendimento escolar que dá origem às repetições, para além de estar fortemente associado aos problemas de comportamento, depressão, baixa auto estima, baixo auto conceito, etc., tem subjacente todo um rol de factores que nos impelem obrigatoriamente a reflectir sobre questões como, o desfasamento existente entre os objectivos curriculares e os verdadeiros interesses e motivações dos alunos, desfasamento este que não se verifica apenas nos alunos considerados “problema”, mas também numa outra grande parte dos outros senão na maior parte.

Esta falta de motivação de alguns alunos acaba por ser o reflexo crescente, das também crescentes deficientes aprendizagens académicas e estas por sua vez o acumular de uma maior desmotivação, acabando conseqüentemente por se traduzir em comportamentos identificados como indisciplina. Sendo que como alguém disse “a indisciplina é um sinal de inadaptação ao contexto e não um sinal de mau carácter dos alunos”.

Por outro lado a falta de formação e percepção por parte dos técnicos, nomeadamente os professores, para poderem lidar com maior eficácia em termos de organização e gestão de sala de aula, é francamente notória.

Também Blechman e col. (1986), realizam uma investigação em que evidenciam numa população de crianças e adolescentes, que os sujeitos com menos competências académicas e/ou menos competências sociais, apresentam também os níveis mais elevados de depressão.

São muitas as investigações a concluir que os processos cognitivos tais como: o pensamento, percepção, juízos sociais e memória, são influenciados por uma série de factores relacionados com desordens emocionais. Alguns autores como, Beck; Conghlan e Hollows, (1984); Stromgreen, (1977), consideram que todos estes processos se encontram prejudicados nos sujeitos depressivos comparativamente aos sujeitos “normais”.

Também num estudo já mencionado anteriormente numa escola de Lisboa em 1995, se encontraram correlações estatisticamente significativas, na associação entre as repetências escolares anteriores e a depressão.

Ainda num outro estudo realizado por Judy Garber, Bahrweiss e Nancy Shauley (1993), com 688 alunos de 7º ao 12º anos, também refere a existência de uma forte correlação entre as funções cognitivas e o pensamento negativo com a depressão.

São muitos os autores a referir que é na vivência escolar ou funcionamento escolar, que as atitudes cognitivas negativas como consequência da depressão, maiores implicações tem ou maior influência exerce. Foram repetidamente demonstradas a existência de correlações negativas entre a depressão e o sucesso escolar.

Também Kashani e colegas (1991), verificaram a existência de uma correlação significativa, entre os sentimentos de descrença, desesperança, expectativas de desvalorização antecipada do futuro, com uns resultados mais fracos em termos intelectuais e cognitivos.

Muitos são os autores, que defendem nas crianças (tal como nos adultos) uma forte associação, entre a depressão e as distorções cognitivas, nomeadamente as expectativas negativas quanto ao futuro, pessimismo, opiniões muito fracas acerca de si próprio, baixa auto estima e desesperança.

A investigação mostra, uma relação inversa entre o grau de depressão em termos de sintomatologia, e os resultados dos testes escolares, o número de repetições, e o desempenho escolar do aluno avaliado pelo professor (Beck, 1975; Lefkowitz & Gordon, 1980).

Os que **tem na família directa problemas do foro psicológico ou psiquiátrico** deprimem-se mais. Põe em questão a importância da hereditariedade, em que de acordo com os resultados das várias investigações, é frequente encontrar nas crianças deprimidas um dos progenitores também deprimido.

Os investigadores Weller E.B., & Weller R. A. (1988), referem-se a um estudo por eles realizado, em que numa população de crianças deprimidas, 62% dos pais tinham uma problemática do foro psicológico ou psiquiátrico.

O facto dos pais das crianças deprimidas, já terem eles próprios, patologia do foro emocional e afectivo, torna-os para além de menos disponíveis e atentos para as necessidades dos filhos, a inadequação ou mesmo a inexistência das respostas necessárias, também estarão, logicamente, menos sensíveis e alerta para o despiste das manifestações depressivas dos filhos.

Também Kazdin (1984, 1986), faz referência à relação existente entre a depressão e as expectativas negativas quanto ao futuro. Quanto mais baixa a auto estima maior parece ser o desespero e este vai correlacionar-se negativamente com o nível de comportamento social.

Investigações sobre a família, realçam que os efeitos de uma perturbação crónica e permanente do foro psicológico/psiquiátrico, nos elementos relacionais mais

próximos, pode influenciar o desenvolvimento de comportamentos depressivos, nos elementos mais jovens desse grupo ou sistema.

O facto de um dos progenitores ou ambos serem depressivos, é já um risco para a criança vir a desenvolver depressão (Lefkowitz & Tessin, 1985; Orvaschel, 1983; Seligman et al., 1984).

São vários os estudos que apontam para uma incidência elevada de depressão entre os filhos dos adultos depressivos.

Para H.Remschidt; A.L.Annell, citados por Ajuriaguerra (1980), o componente endógeno tem uma enorme importância neste tipo de depressões, a influência dos factores hereditários é muito grande.

Também Kashani et al. (1987), referem que quanto mais elevado o grau de depressão nos pais, maiores as possibilidades de encontrar depressão nos filhos.

Estas evidências tem dado lugar a explicações baseadas em teorias várias, como por exemplo as que se inspiram nos modelos de aprendizagem comportamental, nos modelos mais biológicos, de regulação mútua e de causalidade multivariada, etc..

Sendo logicamente diferentes as opiniões, de acordo com a corrente teórica que tem por trás, no caso dos que se inclinam para a preponderância da imitação do modelo, vendo a depressão nos filhos como réplicas de comportamentos aprendidos dos pais, ou seja, as crianças aprendem a comportar-se depressivamente, perante as diferentes situações que se lhe deparam.

Já nos modelos biológicos, defende-se uma transmissão tipo genético. Consideram-se a existência desde logo muito cedo, de indicadores biológicos mais ou menos estáveis e persistentes. A constatação, nos filhos das mães que estiveram deprimidas durante a gestação ou puerpério, de uma menor interacção social, uma actividade geral mais reduzida mesmo quando estimulado, uma maior indiferença quando separado da mãe, etc..

Os que defendem que o problema está na deficiente regulação mútua, acham que existe por parte da mãe depressiva, uma incapacidade em responder adequada e atempadamente aos indicadores dados pelo bebé, no que diz respeito às suas necessidades. Persistindo essa descoordenação entre os dois e apesar das tentativas de reparação por parte da criança, que obtém sempre o mesmo resultado (incompreensão e insucesso nas tentativas que faz), acaba por levar esta (a criança) a desenvolver mecanismos de auto regulação do afecto negativo, virando-se para si própria.

Mas também há quem considere que o diagnóstico parental não é por si só o desencadeador mais importante da depressão na criança, mas sim todo um conjunto de factores ambientais e pessoais, que se inter influenciam conjuntamente.

Os autores E. Poznanski e J. B. Zrull, citados por Ajuriaguerra (1980), admitem existir nas famílias com patologia, algumas tendências para influenciar as condutas da criança, tais como: - uma maior incidência de depressões nos pais, pode ser uma fonte de depressão para a criança, quanto da sua identificação com eles; - se existe dificuldade em manejar a agressividade e a hostilidade, quer seja a agressividade dirigida pelos pais contra a criança impotente, quer seja, no caso dos pais deprimidos e distantes, inatingíveis para a criança; - e quando existe por exemplo uma rejeição por parte dos pais relativamente à criança.

Segundo os mesmos autores, todos estes factores nalgumas famílias, estão intimamente associados, tendências de depressão, hostilidade, agressividade, etc..

No entanto Ajuriaguerra (1980) faz referencia a um estudo feito por L. Cytryn e D. H. Mekuew, em que estes autores tentaram distinguir e situar em diferentes categorias os casos estudados, em função de: manifestações clínicas; contexto familiar onde ocorriam; duração da doença; história pré-mórbida; e factores precipitantes. Tendo sido três as categorias apresentadas por aqueles autores:

-Crianças com reacções depressivas agudas, em que se encontra uma história de ajustamento mais ou menos normal antes do acontecimento traumático, que geralmente tem a ver com uma perda de um objecto amado. Pode haver ainda um

pequeno grau de psicopatologia familiar, mas normalmente não há história de doenças depressivas.

-Crianças com reacções depressivas crónicas, e aqui sim, há uma história de ajustamento social pré-mórbida marginal, passaram por várias separações e perdas de objecto, sobretudo na primeira infância, vários episódios depressivos. São em geral passivos e dependentes, existindo também antecedentes de depressão num dos progenitores e em alguns casos, os momentos quer de ocorrência quer de melhoria, são coincidentes.

-Crianças com uma personalidade depressiva ou reacções depressivas marcantes, em que são vários os factores psicopatológicos, apresentando igualmente uma tipologia de quadros clínicos muito variada. Apresentam muitas vezes, traços compulsivos, histérico-obsessivos ou deturpações de carácter; evidenciam muitos sinais de uma estrutura de personalidade passivo-agressiva, teimosia exagerada, negativismo, etc.. Os familiares ou os membros da família destas crianças, apresentam quase sempre, uma grande disfunção e desorganização, como resultado de uma psicopatologia grave.

5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

De acordo com vários autores, apesar dos critérios para diagnosticar os transtornos afectivos em crianças e adolescentes serem idênticos aos dos adultos, a avaliação e determinação efectivos parecem ser muito mais complicados.

Importa assim referir de novo, que o índice de depressão observado ou avaliado na nossa amostra, se trata de um diagnóstico sintomático e não de um diagnóstico de doença depressiva, pois para se chegar a este último seria necessário uma avaliação mais demorada no tempo e mais individualizada, através da realização de entrevista clínica e cruzamento dessa informação com os critérios para a depressão da DSM ou qualquer outra classificação.

É também de salientar a subjectividade que envolveu a questão, de já ter tido ou não problemas de nervos, bem como os familiares que se tratem ou tenham tratado de doenças de nervos. O objectivo era como é óbvio perceber se havia ou não antecedentes psiquiátricos/psicológicos, ou qualquer história de doença mental, não podendo o autor afirmar se a questão terá sido ou não bem interpretada e consequentemente respondida sem enviezamentos.

É ainda de mencionar a inexistência de um pré-teste e a ausência de outro instrumento de comparação de resultados que permitissem concluir definitivamente sobre os resultados obtidos. De qualquer forma o grau de fiabilidade da escala e estudos realizados por outros autores comparando diferentes métodos de avaliação de depressão em crianças e jovens entre si, incluindo esta escala (CDI), nomeadamente Y. Knonenberg (1988), que avaliou a depressão infanto-juvenil através de diferentes instrumentos, chegando à conclusão que os resultados positivos da CDI se correlacionavam positivamente com um diagnóstico de depressão segundo os critérios do DSM III.

6. CONCLUSÃO

Chegados ao final desta investigação, e após a longa pesquisa efetuada, parece-nos que a depressão nas crianças e adolescentes, pode ser entendida ou percebida, como um desarranjo ou desajustamento a nível psicológico e/ou social, com repercussões em termos emocionais e afectivos, vegetativos, cognição, motivação e na relação com os outros.

Este desarranjo ou perturbação, foi mais ou menos influenciado por vários factores, tais como os biológicos, em que está presente uma predisposição física, os psicológicos com os seus processos cognitivos e emocionais, e todo um contexto sócio familiar com as várias inter acções, experiências e acontecimentos de vida mais ou menos difíceis.

Por sua vez, estes acontecimentos ou irregularidades desajustadas, vão obrigar a um esforço adaptativo, que poderá ter implicações e consequências no “normal” desenvolvimento do indivíduo.

Como diz Coimbra de Matos, a depressão como toda a doença mental, passa por um processo de incubação no meio externo, na relação inter pessoal, para depois se ir desenvolver dentro da mente.

A depressão, vista como uma forma de reacção afectiva, é o que alguns autores descrevem (baseados nos estudos feitos em crianças sujeitas a psicoterapia), como uma resposta afectiva depressiva de base, que pode ser de curta ou de longa duração, de maior ou menor intensidade, que aparece em qualquer estágio de desenvolvimento, correspondendo na maior parte das vezes a uma resposta afectiva normal e apropriada. Considera-se no entanto anormal e preocupante, quando aparece em circunstâncias não apropriadas e persiste durante um período de tempo considerado excessivo e não chegando a criança a ultrapassar essa dificuldade.

Somos confrontados nos resultados do nosso estudo, com uma realidade de facto, em que pelo menos 24% dos jovens apresentam indicadores de depressão.

Encontramos assim muitos estudos a confirmar que as crianças depressivas, tem uma percepção ou fazem uma avaliação das suas performances e do rendimento e resultado do seu trabalho, de uma forma mais negativa do que as outras.

É igualmente reconhecida nas crianças depressivas, a sua auto desvalorização em termos das suas competências académicas e físicas (desempenho atlético).

Então, o que se calhar não podemos ignorar por mais tempo, é a forma particular de funcionamento destes jovens. Podendo entender-se mesmo como uma forma de funcionamento cognitivo manifestamente diferente dos não depressivos, em que são observados a existência real e consistente, de sentimentos como: desvalorização, insatisfação e uma auto avaliação negativa mais ou menos generalizada dos seus desempenhos e competências, entre outros.

No que respeita à relação ou influência na díade, depressão / rendimento escolar, não restam dúvidas quanto à sua forte relação ou associação, parecem no entanto existir algumas incertezas e falta de consenso, é no que respeita à distinção entre a causa e efeito relativamente às variáveis citadas, depressão e dificuldades escolares, o que é que provoca o quê?

Ou seja, será a depressão que leva às dificuldades escolares, ou serão os problemas de dificuldades escolares que levam à depressão, ou serão ainda outros factores internos e/ou externos?

Parecem existir várias teorias explicativas, no entanto se calhar o mais sensato, será admitir a conjugação de vários factores, como sejam os genéticos ou hereditários, as capacidades cognitivas, as competências para a resolução de problemas, competências sociais, estilos atribucionais, situações de vida ou acontecimentos marcantes, crises de difícil resolução, etc., etc., que confluindo e em determinadas circunstâncias, facilitarão o desencadear dos diferentes fenómenos.

Se o jovem sente que não presta (sentimentos de menos valia), ou que não é capaz, então irá aprender cada vez menos e isso só irá confirmar as suas expectativas.

Os depressivos tem uma forma muito particular de reagir ao feed back dos outros, pode haver um menosprezo e desvalorização da critica positiva e pelo contrário uma ampliação e sobrevalorização das observações negativas. São geralmente muito auto-criticos.

No que respeita aos filhos de pais depressivos, parece não haver muitas dúvidas, da associação ou relação que se verifica entre estes e o aumento de depressão. No entanto há muitos outros aspectos concorrentes para que essa condição se verifique, não constituindo o diagnóstico dos pais, por si só e isoladamente um factor absoluto. Há assim todo um conjunto de variáveis internas e externas ao indivíduo, cuja interacção e confluência pode ser decisiva.

Nas diferentes pesquisas efectuadas pudemos constatar, que os trabalhos e investigações realizados com crianças e adolescentes no que respeita a problemáticas psicológicas, nomeadamente a depressão, sofreram um progresso mais lento e mais restrito comparativamente aos adultos. Provavelmente, devido em parte à sua maior exigência e complexidade metodológicas, pois nas populações mais novas há todo um conjunto de especificidades inerentes às fases de desenvolvimento, interdependências sociais, familiares, escolares, etc., que vem aumentar as já de si existentes dificuldades próprias ao estudo da depressão em geral.

Os critérios que o investigador tem de usar para decidir entre o "normal" e o "patológico", abrangem assim campos muito vastos, tendo obrigatoriamente levado à inclusão de índices normativos, baseados nos vários modelos teóricos e conceptuais.

Critérios estes que tem que ter sempre em linha de conta os diferentes contextos, atendendo a factores como os pessoais, os culturais, sócio económicos, sócio familiares, escolares, etc., bem como as várias interacções entre eles.

Todas estas diferentes situações originam normas, exigências, expectativas, de tal forma diferentes, que o que é considerado normal num determinado ambiente, pode ser considerado perturbação noutra contexto diferente.

Impõe-se igualmente estar sensível e alerta para todo este tipo de problema, que é uma realidade incontestável e incontornável, tendo de haver por parte dos responsáveis a coragem suficiente, para introduzir no sistema educativo vigente, as reformas e mudanças necessárias, para tornar possível uma alteração no curso dos acontecimentos.

Torna-se assim indispensável, uma responsabilização a nível dos poderes decisores das escolas, um apoio através de uma articulação multidisciplinar, bem como todo um conjunto reformulações e reorganizações curriculares, formações específicas em termos de gestão de sala de aula, orientação vocacional, etc.,etc..

Não podemos deixar de fazer “uma citação da citação”, porque realmente é extraordinário como já em 1621, Robert Burton citado por Coimbra de Matos (2001), manifesta uma tal clareza e percepção sobre alguns factores com influência na depressão “ Os pais e todas as pessoas que se ocupam de crianças procedem mal quando são muito severos e constantemente ameaçam, criticam, repreendem, castigam e batem; pois as pobres crianças, assim domesticadas, sentem-se de tal maneira diminuídas que jamais poderão ter coragem, alegria ou qualquer prazer no que quer que seja”.

A indisciplina e violência nas escolas (problemas escolares), manifesta-se normalmente por comportamentos inconsistentes com as normas vigentes, que regulam a vida nas escolas e que contrariam a cultura própria dessas instituições.

De qualquer forma será importante não deixar de mencionar, que situações como por exemplo os problemas de comportamento, são muito complexas e difíceis de trabalhar, porque se deparam com resistências aos vários tipos de intervenções efectuadas, quer em termos psicológicos, sociais, educativos, etc..

Este fenómeno é no momento presente, um dos temas mais prementes e inquietantes para todos os técnicos envolvidos no processo psicopedagógico, acabando por absorver esforços significativos da parte dos vários intervenientes no contexto educativo.

Parece assim, como alguém disse, que se pode considerar a indisciplina como um fenómeno de insucesso educativo que se traduz ou manifesta no insucesso académico.

Por outro lado, vários são os estudos que apontam para o facto dos alunos com problemas disciplinares, terem igualmente maus resultados académicos e apresentarem baixo auto conceito e baixa auto estima. Defendendo-se que esses comportamentos de indisciplina, mais não são do que estratégias de protecção da sua auto estima, perante a ameaça potencial dos sucessivos resultados escolares negativos.

Os comportamentos de indisciplina, surgem assim como último recurso desenvolvido pelo sujeito, no sentido de preservar um sentimento de amor próprio, perante o insucesso.

A este respeito Pedro Strech, refere-se às crianças e adolescentes que crescem vazios, vazios de factores protectores que possam de alguma forma proteger contra riscos futuros, como são a criminalidade, delinquência, toxicoddependencia, suicídio, prostituição, etc..

Há pois necessidade de conjugar esforços no que respeita a uma boa articulação multidisciplinar, investindo seriamente e cada vez mais em termos de prevenção primária, sem deixar de sensibilizar os principais intervenientes para o problema (pais, professores, outros educadores e outros técnicos).

Só um esforço interdisciplinar como referimos, tornará possível o desenvolvimento das intervenções necessárias para a compreensão e sensibilização do fenómeno “síndrome depressivo”, fenómeno este, que para além de dificultar o trabalho dos professores e dos vários intervenientes no processo educativo, dificulta

principalmente a vida aos nossos jovens, mais que não seja, pelo desconforto, instabilidade e sofrimento causados, bem como pela falta de optimismo e perspectivas em termos de futuro.

Sendo a psicologia, uma via de promoção da saúde, tendo em vista um maior bem estar e qualidade de vida das pessoas, deverá pois apostar e com base nos resultados dos vários estudos efectuados, numa forma de intervenção, com especial enfase na prevenção destas problemáticas das crianças e jovens, de forma a que possam crescer harmoniosamente e vir a ser adultos saudáveis.

Torna-se pois necessário que essa intervenção seja o mais cedo possível, de forma a ajudar as crianças e jovens perturbados a encontrarem um maior equilibrio, de forma a que se sintam bem consigo próprios, com os outros, e possam ter uma vida emocional e afectiva, mais rica e mais estável.

Construir-se-á assim, uma melhor saúde mental e uma melhor qualidade de vida e simultaneamente uma superior capacidade de realização e condução em termos de futuro, quer da sua vida pessoal, social, familiar, profissional, podendo funcionar ainda como protecção e/ou, prevenção de comportamentos antisociais, e/ou comportamentos contra si próprio.

Como se sabe, é indispensável, para que qualquer criança ou adolescente se desenvolva de forma minimamente harmoniosa, o poder desfrutar de um espaço físico e psíquico equilibrados, usufruindo de uma boa estabilidade afectiva, de um ambiente que lhe transmita segurança e confiança. Possuir boas figuras de referência, que para além de lhe servirem de modelo, a reforcem e gratifiquem positivamente, que tenham disponibilidade e lhe dêem a atenção e afecto que ela necessita.

Referências Bibliográficas

- Abraham, K. (1926). Character formation on the genital level of libido-development. *International Journal of Psychoanalysis*, 20.
- Aljuriaguerra (1980). *Manual de Psiquiatria Infantil*. S. Paulo: Ed. Masson.
- American Psychological Association (1994). *Publication manual of the American Psychological Association* (4th ed.). Washington, D. C: Author.
- Almeida, I. (1998). Estudo da construção da 1ª consulta de pedopsiquiatria para a definição dos critérios de depressão. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria – Número Especial*: 71-76.
- Bailly, D., Beuscart, R., Collinet, C., Alexandre, J., Parquet, P., H., J. (1992). Sex differences in the manifestations of depression in young people. Study of french high school students. Part II: correlates and back ground factors. *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol. I, ISSUE 3.
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. L. & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives as General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck, A. T. & Beamesderfer, A. (1974). Assessement of depression: depression inventory. In Pichot (ed.). *Psychological Measurement in Psychopharmacology: Modern Problems in Pharmapsychiatry*. Basel, Karger, 7: 151-169.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A. & all. (1982). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Zahar Editores.

Beck, A. (1990) Cognitive specificity and positive-negative affectivity: complementary or contradictory views anxiety and depression?. *J. Abnormal Psychology*: 148-155.

Bennett, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde* (1ªed.). Lisboa : Climepsi Editores.

Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation on anaclitic and introjective depression. In R. Eissler, M. Kris, A. Freud et Al. (Eds.) *The Psychoanalytic Study of the Child* (Vol. 29, 107-157). New Haven : Yale Univ. Press.

Blatt, S. J., & Maroudas, C. (1992). Convergence among psychoanalytic and cognitive-behavioral theories of depression. *Psychoanalytic Psychology*, 9 (2), 157-190.

Blatt, S. (1998). Contributions of Psychoanalysts to the understanding and treatment of depression. *J. Amer Psychoanal Assoc.*, 46(3), 723-752.

Blechman A., McEnroe M. J., Carella T., & Audette P. (1986). Childhood competence and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 3, 223-227.

Bleichman H. (1983). *Depressão um Estudo Psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Blumber, S. H., Izard, S. E. (1985). Affective and cognitive characteristics of depression in 10-11 years old children. *J Pers Soc Psychology*, vol. 49, nº1: 194-202.

Bowlby, J. (1982). *Formação e Rompimento dos Laços Afectivos*. São Paulo: Martins Fontes Ed.

Bowlby, J. P. (1985). *Perda, Tristeza e Depressão*. São Paulo: Martins Fontes Ed.

- Cantwell, D. P. (1990). Depression across the early life-span. In M. Lewis & S. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Cantwell, D., & Carlson, G. A. (1979). Problems and prospects in the study of childhood depression. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 167, 522-529.
- Carlson, G. A., & Kashani, J. H. (1988). Phenomenology of major depression from childhood to adulthood: analysis of three studies. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1222-1225.
- Clarizio, H. (1979). School psychologists and the mental health needs of students. In G. Phye (Eds.), *School Psychology: Perspectives and issues* (pp. 309-341). New York: Academic Press.
- Clarizio, H. F. (1989). *Assessment and treatment of depression in children and adolescents*. Brandon: Clinical Psychology Publishing Co., Inc.
- Coleman, J. (1985). *Psicologia da Adolescencia*. Madrid: Morata.
- Cordeiro, J. D. (1988). *Os Adolescentes por Dentro*. Lisboa: Salamendra Eds..
- Costello, E. (1982). Locus of control and depression in students and psychiatric outpatients. *Ed. Clin Psychol. Journal of Clinical Psychology*, 38:340-343.
- Costello, A. J. (1986). Assessment and diagnosis of affective disorders in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27 (5), 565-574.
- Cytryn, L., Mcknow, D.H. (1972). Proposed classification of childhood depression. *Amer J. Psychiatry*, 129: 149-155
- Craig, K. & Dobson, K. (1995). *Anxiety and Depression in Adults and Children*. London: Sage.

- Dias, A. & Vicent, T. (1984). *A Depressão no Adolescente*. Porto: Edições Afrontamento.
- Diogas, M. C. T., Cardoso, R. M. (1980). Escalas de auto avaliação da depressão (Beck e Zung). Estudos de correlação. *Psiquitria Clinica*, 7 (2): 141-145.
- D.S.M III (1986). *Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais*. Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, Lda. American Psychiatric Association.
- DSM IV (1996). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª Ed. Climepsi (eds.). American Psychiatric Association.
- Elliot, C. L., & Greene, R. L. (1992). Clinical Depression and Implicit Memory. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, (3), 572-574.
- Feldman, S. & Weinberger, D. (1994). Self-Restraint as a Mediator of Family Influences on Boys Delinquent Behavior: A longitudinal study. *Child Develop*, 65 (1), 195-211.
- Fernandes, G., Ferronha, J., Machado, M. (1998). Estudo Epidemiológico da Depressão Infantil. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria* - Número Especial, 39-51.
- Ferreira, T. (1993). A decepção e a esperança - A depressão na criança - eco de uma decepção na mãe. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 4, 55-67.
- Finch, A. J., Saylor, C. (1985). Children's depression inventory: sex and grade norms for normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 53, nº3: 424-425.
- Fleming M. (1997). *Adolescência e Autonomia*. (2ª ed). Porto: Edições Afrontamento.

- Fortin, L., Favre, D. (1999). Caractéristiques psychosociales et cibles de la violence d'élèves français et canadiens du secondaire. *Enfence*, 2, 171-189.
- Frias, D., Mestre, V., Del Barrio, V., & Garcia-Ros, R. (1992). Estructura Familiar Y Depression Infantil. *Anuario Psicol.*, 121-131.
- Friedman, R. J., & Butler, L. F. (1979). *Development and evaluation of a test battery to assess childhood depression*. Final Report to Health and Welfare, Canada.
- Garber, J., Weiss, B., Shanley, N. (1993). Cognitions, depressive symptoms and development in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 102, nº1: 47-57.
- Gradiz, C. A. (1990). Contributo para o estudo do suicídio consumado. *Anais Portugueses de Saúde Mental*, 6, 17-113.
- Graham, P. & Rutter, M. (1973). Psychiatric disorders in young adolescents a follow up study. *Proceeding of the Royal Society of Medicine*. 66, 1226-1229.
- Graham, P. (1981). Depressive disorders in children: A re-consideration. *Acta Paedopsychiatrica*, 46, 285-296.
- Graham, S. & Hoehn, S. (1995). Children's understanding of aggression and withdrawal as social stigmas: an attributional analysis. *Child Develop*, 66(4), 1143-1161.
- Graham, S. & Juvonen, J. (1998). Self-Blame and peer victimization in middle school: An attributional analysis. *Develop Psychol*, 34(3), 587-599.
- Kashani, J. H., Mcgreen, N.C., Hooper, E. W., Fallahi, C., Corcoran, C. M., Mcallister, J.A., Rosenberg, T.K., & Reid, J.C. (1987). Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry*: 144-584.
- Kashani, J. H., & Simonds, J. F. (1979). The incidence of depression in children. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1203-1205.

- Kazdin, A. E. (1981). Assessment technics for childhood depression: A critical appraisal. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20.
- Kazdin, A. E. (1986). Clildhood Depression. In J. C. Witt, S. N. Elliot & F. M. Gresham (Eds), *Handbook of Behavior Therapy in Education* (pp739-772). New York and London: Plenum Press.
- Kazdin, A., E., Pitti, T.A. (1982). Self report interview measures of childhood and adolescent depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 23: 437-457.
- Kazdin, A. E. (1988). Childhood depression. In E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds), *Behavioral assesement of childhood disorders*. New York: Guilford Press.
- Kazdin, A. (1988). Childhood Depression. In J. Witt, F. Gresham & S. Elliott (Eds.), *Handbook of Behavior Therapy in Education* (pp.739-772). New York: Plenum Press.
- Kazdin, A. (1989). Developmental Psychopathology. *Amer Psychol*, 44 (2), 180-187.
- Kazdin, A. E. (1990). Childhood depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 121-160.
- Klein, M. (1985). *Inveja e Gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Kovacs, M., & Beck, A.T. (1977). An empirical clinical approach towards a definition of childhood depression. In J.G. Schulterbrandt & A. Raskin (Eds.), *Depression in children: Diagnosis, treatment and conceptualmodels*. New York: Raven Press.
- Kovacs, M. (1978). *Children's Depression Inventory (CDI)*. Unpublished manuscript, University of Pittsburgh, School of Medicine, Pittsburgh, Pennsylvania.

Kovacs, M., Beck, A., T. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. *American Journal of Psychiatry*, 135, 525-533.

Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatrica*, 46, 305-315.

Kovacs, M. (1985). *Bipolar outcome of prepubertal depression*. Paper presented at the World Congress of Biological Psychiatry. Philadelphia, Pennsylvania.

Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21 (4), 995-998.

Kovacs, M. & Beck, A. (1985). Maladaptive Cognitive Structures in Depression. In J. Coyne (Ed.), *Essential Papers on Depression* (pp. 240-258). New York: New York University.

Kovacs, M. (1989). Affective Disorders in Children and Adolescents. *Amer Psychol*, 44 (2), 209-215.

Lazarus, R. S. (1993). Coping with stress of illness. In Annette Kaplan (ed). *Health Promotion and Chronic Illness*. Copenhagen WHO: 11-29.

Lazzoni, A., Debry, M., & Peree F. (1997). L'évaluation de la dépression infantile: étude de l'unidimensionnalité de l'inventaire de dépression de Kovacs (CDI). *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 47, 53-64.

Lebovici, S., Diatkine, Soulé, M. (1985). *Traité de Psychologie de l'Enfant et de L'Adolescent*. Paris: Puf.

Lefkowitz, M. M., & Tessiny, E. P. (1980). Assessment of childhood depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 43-50.

Lefkowitz, M. & Tesiny, E. (1984). Rejection and depression: Prospective and Contemporaneous analysis. *Develop Psychol*, 20 (5), 776-785.

- Lefkowitz, M.M., & Tessiny, E. P. (1985). Depression in children: Prevalence and correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(5), 647-656.
- Lewinshon, P., M., Hops, H., Roberts, R.,E., Seeley, J.,R., Andrews, J.,A. (1993). Adolescent psychopathology: Prevalence and incidence of depression and other DSM III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 102,1: 133-144.
- Lopes, J. A. (1998). Indisciplina, problemas de comportamento e problemas de aprendizagem no ensino básico. *Revista Portuguesa de Educação*, 11 (2), 57-81.
- Maag, J. W., & Forness, S. R. (1991). Depression in children and adolescents: Identification, assesment, and treatment. *Focus on Exceptional Children*, 24 (1), 1-11.
- Malher, M.. (1977). A metodologia projectiva e a avaliação psicológica na(s) adolescência(s): O(s) sentido(s) do(s) sentido(s). In *Análise Psicológica*, XII (4): 473-478.
- Malmquist, C.P. (1971). Depression in childhood and adolescent. *New England Med.* 284: 887-843.
- Malpique C. (1998). Aspectos psicológicos da puberdade feminina. *Psicologia, Educação e Cultura*, II, 1: 27-36.
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (1984). *Psychopâtologie de l'Adolescent*. Paris: Masson.
- Martin, G., Rozanes, P., Pearce, C., Allison, S. (1995). Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92: 336-344.
- Martins, M. A. (1996). *Pré-história da aprendizagem da leitura*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Matos, A. C. (1982). Depressão, Narcisismo e Psicanálise, a Propósito da Depressão. *Separata do Jornal do Médico CX*, Out.: 173.

Matos, A. C. (1985). Depressão, depressividade e depressibilidade. *Revista Portuguesa Psicanálise*: 41-47.

Matos, A. C. (1986). Depressão: estrutura e funcionamento. *Revista Portuguesa de Psicanálise*: 75-85.

Matos, A. C. (2001). *A Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.

Matos, A. C. (2002). *O Desespero*. Lisboa: Climepsi Editores.

Mcguigan, F. J. (1976). *Psicologia Experimental: Uma abordagem metodológica*. São Paulo: E. P. U. (Editora Pedagógica e Universitária Ltda).

Moor, Lise (1981). Les echelles d'avaluation. La depression de l'enfant et de l'adolescence. *Neuropsychiatry Enfance Adolescence*, 29: 175-178.

Morgado, J. (1999). *A Relação Pedagógica*. Lisboa: Editorial Presença.

Nolen-Hoeksema, S., Seligman, M. & Girgus, J. (1986). Learned Helplessness in children: A longitudinal study of depression, achievement and explanatory style. *J. Personal Soc. Psychol*, 51(2), 435-442.

Nolen-Hoeksema, S. (1988). Life-span views of depression. In P. B. Baltes, D. L. Featherman & R. M. Lerner (Eds.), *Life-span development and behavior*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Nolen-Hoeksema, S., Carson, J. & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *J. Personal Soc. Psychol*, 77(5), 1061-1072.

- Orvaschel, H. (1983). Parental depression and child psychopathology. In S. B. Guze, F. J. Earls, & J. E. Barrett (Eds.), *Childhood psychopathology and development*. New York: Raven Press.
- Ottaviani, R. & Beck, A. (1988). Cognitive Theory of Depression. In K. Fiedler & J. Forgas (Eds.), *Affect, Cognition and Social Behavior: New Evidence and Integrative attempt* (pp. 209-218). Toronto: C. J. Hogrefe.
- Pinto G. J. A. V. (1990). *Factores cognitivos de vulnerabilidade para a depressão*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Poznanski, E. O., Cook, S. C., & Carroll, B. J. (1979). A Depression Rating Scale for Children. *Pediatrics*, 64, 442-450.
- Raskin, A. (1977). Depression in children: Factor fallacy? In J. G. Shulterbrandt & A. Raskin (Eds.), *Depression in Childhood: Diagnosis, treatment, and Conceptual Models*. New York: RavenPress.
- Reinecke, M. A. (1992). Childhood depression. In A. Freeman e F. M. Dattilio (Eds.). *Comprehensive case book of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- Relvas, J. S. (1985). *Locus de Control e Depressão*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Relvas, J.S. (1988). Modelos psicológicos da depressão e expectativas de contolo do reforço. *Análise Psicológica*, 2 (VI): 165-183.
- Ribeiro, J. P. (1998). *Psicologia e Saúde* (1ªed.). Lisboa: Ispa.
- Ribeiro, J. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (1ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Rie, H. E. (1966). Depression in childhood: a survey of some pertinent contribution. *J. Am Child Psychology*, 5: 653-683.

- Rutter, M. (1985). Family and school influences: meanings, mechanisms and implications. In A. Nicol (Ed.), *Longitudinal studies in child Psychology and Psychiatry-Practical Lessons* (pp. 357-403). New York: John Wiley.
- Rutter, M. (1986). The developmental psychopathology of depression: Issues and perspectives. In M. Rutter, C. E. Izard & P. B. Read (Eds.), *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives* (pp. 3-30). New York: The Guilford Press.
- Rutter, M. (1988). Epidemiological approaches to developmental psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 45, 486-495.
- Rutter, M. (1991). Age changes in depression disorders: some developmental considerations. In J. Garber & K. A. Dodge, (Eds), *Development of Emotion Regulation and Dysregulation* (pp. 273-300). Cambridge: University Press.
- Sá, E. (1990). Esboço para uma compreensão psicodinâmica da adolescência. *J Psicol*, 9(3), 23,25.
- Sá, E. (1993). Pensamento e a memória. *Caesura*, 8, 46-48.
- Sá, E. (1995). Pensamento e a ética na relação pedagógica. *Caesura*, 6, 73-79.
- Sá, E. (1996). Solidão e a violência no crescimento das crianças. *Interações*, 3, 129-134.
- Sá, E. (1997). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Sá, E. (1999). *Manual de instruções para uma vida feliz*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Sá, E. (2000). *Crianças para sempre*. Lisboa: Fim de Século Edições.

Salgueiro, E., Vila-Lobos, M., Pena, B., Simões, L. Fornelos, M., Gonçalves, M., J., Vidigal, M., J., Cepêda, T., Ferreira, T. (1994). A saúde mental na infância e na adolescência. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, nº7. APPIA.

Sampaio D. (1991). *Ninguém Morre Sózinho-O Adolescente e o Suicídio*. (2ªed.). Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio D. (1993). *Vozes e Ruidos-Dialogos com Adolescentes*. (2ªed.) Lisboa: Editorial Caminho.

Saylor, C., F., Finch, A., J., Baskin, C., H., Saylor, C., B., Darnel, G., Furey, W. (1984). Children's depression inventory: investigation of procedures and correlates. *Journal of the America Academy of Child Psychiatry*, 123: 626-628.

Saylor, C.F. Finch, A. J., Spirito. A. & Bennett, B. (1984). The Children's Depression Inventory: A systematic evaluation of psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 955-967.

Saylor, C. F., Finch, A. J. & McIntosh, J.A. (1988). Self-reported depression in psychiatric, pediatric and normal populations. *Child Psychiatry and Human Development*, 18 (4), 250-254.

Schwartz, A., & Schuwartz, R. M. (1993). *Depression: Theories and treatments. Psychological, biological, and social perspectives*. New York: Columbia University Press.

Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria (1991). *Humanizar o Atendimento à Criança*. Lisboa: HUSAC.

Segal, H. (1968). *Introdução a l'oeuvre de Melanie Klein*. P.V.F.

Seligman, M. E. P., Peterson, C., Kaslow, N. J., Tannenbaum, R. L., Alloy, L. D., & Abramson, L. Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 235-238.

- Senos J., & Diniz T. (1998). Auto estima, resultados escolares e indisciplina. Estudo exploratório numa amostra de adolescents. *Análise Psicológica*, 2 (XVI): 267-276.
- Serra, V.A., Matos, A.P., & Gonçalves, S. (1986). Auto conceito e sintomas depressivos na população em geral. *Psiquiatria Clínica* 7 (2), 9-101.
- Smith, M., & Brébion, J. (1992). Les deux dimensions des troubles de la mémoire chez les sujets déprimés. *Revue européenne de Psychologie Appliquée*, 42, (1), 59-65.
- Smucker, M. R., Craighead, W. E., Craighead, L. W., & Green, B.J. (1986). Normative and reliability data for the Children's Depression Inventory. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14 (1), 25-39.
- Spitz, R. (1979). *O Primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes Ed.
- Spitzer, R.L. (1976). Reply to R.A. Brumback: depression disorder in childhood. *Am J. Psychiatry*, 133: 445-456.
- Strecht, P. (1997). *Crescer Vazio* (2ª ed.). Lisboa.
- Trindade, I. , & Teixeira, J. A. C. (2000). *Psicologia nos cuidados de saúde primários* (1ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Vallejo, R. J. (1991). *Introduccion a la Psicopatologia y Psiquiatria*. Barcelona: Salvat Ed.
- Vallejo, R. J. (1991). *Trantornos Depressivos*: 448-481. Barcelona: Salvat Ed.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Wasserman, A. A., & Rintoul, B. (1987). Control-related beliefs and depression among clinic-referred children and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 96 (1), 58-63.

Wolpe, J. (1973). *The practice of Behaviour Therapy*, (2nd Ed). Perginan General Psychology Series. Pergaman Press Inc.

Young, J. E., Beck, A. T., & Weinberger, A. (1993). Depression. In D. H. Brow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A step-by-step treatment manual*, (2^a ed.) New York: Guilford Press.

ANEXOS

ANEXO 1

- 1 - De vez em quando eu estou triste
- Frequentemente eu estou triste
- Estou sempre triste

- 2 - As coisas para mim vão indo sempre para pior
- Não tenho a certeza se tudo irá piorar para mim
- Tudo correrá bem para mim

- 3 - Eu consigo realizar bem tudo o que faço
- Eu falho em muitas coisas
- Eu falho em tudo o que faço

- 4 - Há montes de coisas que me divertem
- Poucas coisas me divertem
- Não há nada que me divirta

- 5 - Sou sempre uma pessoa desagradável
- Sou frequentemente desagradável
- Sou desagradável uma vez por outra

- 6 - De longe em longe, temo que me vão acontecer coisas desagradáveis
- Tenho medo que me aconteçam coisas desagradáveis
- Estou certo que me vão acontecer coisas horríveis

- 7 - Eu detesto-me
- Eu não gosto de mim
- Eu gosto muito de mim

- 8 - Quando as coisas não vão bem a culpa é minha
- Frequentemente quando as coisas não vão bem a culpa é minha
- Quando as coisas não vão bem a culpa não é minha

- 9 - Gosto de estar vivo
- Às vezes penso que era melhor eu não ter nascido
- Eu não quero viver

10 - Tenho todos os dias vontade de chorar
- Por vezes tenho vontade de chorar
- De longe a longe tenho vontade de chorar

11 - Há sempre qualquer coisa que me inquieta
- Há muitas vezes qualquer coisa que me inquieta
- De tempos a tempos há qualquer coisa que me inquieta

12 - Gosto de estar bem com os colegas
- Por vezes não gosto de estar com os outros colegas
- Não quero nunca estar com os outros colegas

13 - Entre várias coisas que tenho de escolher nunca consigo decidir-me
- Custa-me decidir quando tenho de escolher entre várias coisas
- Decido-me facilmente entre várias coisas

14 - Sinto-me bem, gosto do meu corpo
- Há coisas que não gosto no meu corpo
- Acho-me feio/a

15 - Tenho que me esforçar muito para fazer os meus deveres escolares
- Muitas vezes tenho que me esforçar para fazer os meus deveres escolares
- Para mim não é problema fazer os meus deveres escolares

NÃO SE ESQUEÇA QUE ISTO É PARA DESCREVER O SEU ESTADO NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS

16 - Tenho sempre dificuldades em dormir à noite
- Muitas vezes tenho dificuldades em dormir
- Durmo bem

17 - Sinto-me cansado de tempos a tempos
- Estou frequentemente cansado
- Estou sempre cansado

18 - A maior parte do tempo não tenho desejo de comer
- Muitas vezes não tenho desejo de comer
- Eu tenho bom apetite

- 19 - Não fico preocupado quando tenho uma doença
- Quando tenho uma doença por vezes fico preocupado
- Fico sempre preocupado quando tenho qualquer doença

- 20 - Não me sinto só
- Frequentemente sinto-me só
- Sinto-me sempre só

- 21 - Nunca me divirto na escola
- Divirto-me raramente na escola
- Divirto-me frequentemente na escola

- 22 - Tenho muitos amigos
- Eu tenho muitos amigos mas queria ter mais
- Não tenho nenhum amigo

- 23 - Os meus resultados escolares são bons
- Os meus resultados escolares não são tão bons como anteriormente
- Tenho maus resultados nas disciplinas em que habitualmente tinha boas notas

- 24 - Eu nunca faço tão bem como os outros
- Posso fazer tão bem como outros se eu quiser
- Eu não faço nem melhor nem pior que os outros

- 25 - Ninguém me ama verdadeiramente
- Tenho dúvidas se alguém me ama
- Estou certo/a que há alguém que me ama

- 26 - Faço geralmente o que me dizem
- A maior parte das vezes não faço o que me dizem
- Nunca faço o que me dizem

- 27 - Entendo-me bem com os outros
- Frequentemente tenho discussões
- Eu discuto sempre

ANEXO 2

-Idade:

-Sexo: 2

-Ano de escolaridade:

-Já repetiu algum ano de escolaridade?

Se sim, quantas vezes em cada ano:

Qual o último ano que repetiu:

-Já alguma vez teve problemas disciplinares?

Nunca:

Uma vez:

Várias vezes:

Se sim quando:

Se sim quantas e quando a última vez:

-Já alguma vez foi ao médico por ter problemas de nervos?

Se sim, quando e porquê?

-Na sua família tem alguém que se trate ou já se tenha tratado dos nervos?

Se sim, quem?

-Quem são as pessoas que vivem consigo lá em casa?

-Profissão do pai:

-Profissão da mãe:

ANEXO 3

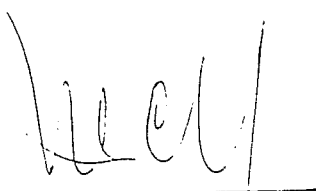
Parecer

Foi-me apresentado um Projecto de Investigação pelo psicólogo clinico Dr. Francisco António Reves Barrocas, de Estudo Exploratório de Prevalência da Depressão a efectuar no Distrito de Beja, em crianças e jovens estudantes dos 8 aos 17 anos.

Da análise efectuada, tendo em conta as características socio-demograficas da Região e os problemas causados pela depressão, somos de parecer que o Projecto tem interesse científico com previsíveis implicações na pratica dos profissionais de Saúde a trabalhar neste Distrito, pelo que merece todo o apoio desta Sub-Região.

Beja, 8 de Maio de 2000

A Coordenadora Sub-Regional



MARIA CONCEIÇÃO MARGALHA
Coordenadora Sub-Regional

ANEXO 4

Exmo. Senhor
Dr. Francisco Barrocas
Departamento de Psiquiatria e
Saúde Mental
Hospital José Joaquim Fernandes
Rua Dr. António Covas Liva

7800 BEJA

S/Refª.

S/Com.

N/Refª.
DRSH/00

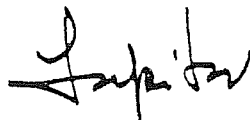
Data.

**ASSUNTO: AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DA ESCALA CDI EM
ESCOLAS DO BAIXO ALENTEJO**

Para os devidos efeitos, informamos V. Exª. que, por despacho do Senhor Director Regional de Educação de 00.05.05, foi autorizada a aplicação da Escala CDI às Escolas do Baixo Alentejo conforme constava no seu pedido.

Com os melhores cumprimentos,

O DIRECTOR DE SERVIÇOS DOS ASSUNTOS TÉCNICOS-
PEDAGÓGICOS DE ACÇÃO SOCIAL E DESPORTO ESCOLAR



(Luís Manuel Goulão Capitão)

MJS LB

ANEXO 5

ASSUNTO

Sou psicólogo e trabalho com jovens desde há algum tempo. Neste momento ando a estudar o modo como os jovens pensam e sentem o seu quotidiano.

Venho assim desta forma, pedir o favor para **responderem a umas questões** que estão escritas nas folhas que vamos distribuir. São iguais para todos, podendo no entanto e atempadamente, recusar a vossa colaboração se assim o entenderem.

As vossas respostas vão-nos **ajudar a perceber e a conhecer melhor os jovens** desta escola, tal como faremos com outros jovens noutras escolas onde passamos o mesmo questionário.

Os questionários são anónimos e confidenciais. Ninguém vai saber o que vocês escreveram nem os vossos professores, nem os vossos pais, nem os vossos colegas. **Os dados serão misturados entre todos os inquiridos e tratados estatisticamente.**

Não há repostas más nem boas. Podem responder sem qualquer receio, sendo a sinceridade condição fundamental.

Obrigado pela vossa participação

ANEXO 6

Identificação	Nome	Endereço	Município	Função	Nome	Endereço	Município
EB 2,3	Mário Beirão	Rua Cidade de São Paulo	7800 Beja	Conselho Executivo	Arménio Fernandes O. LANÇA		
EBI/JI de Alvalade		Rua Soeiro Pereira Gomes	7565 Alvalade do Sado	Comissão Instaladora	Francisco Manuel Honrado PEREIRA		
EBI/JI de Amareleja		Rua de Angola	7805 Amareleja	Conselho Executivo	Bento Manuel Guerra CALDEIRA		
EBI/JI de Barrancos		Rua Dr. António Sérgio, 26	7230 Barrancos	Comissão Instaladora	António Moita PÓS DE MINA		
EBI/JI de Pias		Largo do Rossio Grande	7830-219 Pias SRP	Comissão Instaladora	Elisabete Maria N. ESCARDIÇA		
EBI/JI de Sabóia		Alameda Bento de Jesus Caração	7665 Sabóia	Comissão Executiva	Maria Albertina D.C.SAHTOS		
EBI/JI de Vila Nova de São Bento		Estrada da Circunvalação	7830 Vila Nova São Bento	Comissão Executivo	Germano António A. Lopes BARSAO		
EBI/JI Filho de Almeida		Estrada da Cruz Nova	7940 Cuba	Comissão Executivo	Isabel Maria CONTENTE		
EBI/JI Frei António das Chagas		Loteamento da Cruz Nova	7960-212 Vidigueira	Comissão Executiva	Maria Isabel S. Bule LOUREIRO		
EBI/JI Abade Correia da Serra (Serpa)		Rua São João de Deus	7830 Serpa	Comissão Provisória	Mateus Joaquim LTRANSMORTANO		
Secundária D. Manuel I		Apartado 29	7800 Beja	Comissão Executivo	José Joaquim C. A. CARVALHO		
Secundária de Odemira		Rua Luis de Camões	7630 Ortemira	Comissão Executivo	José Maria Cavaco TEIXEIRA		
Secundária Diogo de Gouveia		Estrada Municipal, 539	7800 Beja	Comissão Executivo	João Arthur Merlin NOBRE		
Secundária / 3 de Aljustrel		Rua José Gomes Ferreira	7600 Aljustrel	Comissão Executivo	Augusto António Rita CANDEIAS		
Secundária / 3 de Castro Verde		Av. Poeta Joaquim Costa	7780 Castro Verde	Comissão Provisória	António Francisco. Dias BORRALHIC		
Secundária / 3 de Moura		Rua José Maria da Graça Alfreixo	7860 Moura	Comissão Executivo	Maria Arlete Paltro S. S. SESINIANC		
Secundária / 3 de Serpa		Apartado B4	7830 Serpa	Comissão Executivo	Fernando Manuel M. S. CAMPOS		
EBI/JI Engº Manuel R. Amaro da Costa		Horta dos Reis	7630 São Teotónio	Comissão Provisória	José Manuel BRANQUINHO		
EB 2,3 Damão de Odemira		Estrada de Garvão	7670 Ourique	Comissão Executivo	Fernando Manuel Raposo SANTOS		
EB 2,3/S de Ourique		Achada de São Sebastião	7750-295 Mértola	Comissão Executivo	Aurélio Frazão SARAGOÇA		
EB 2,3/S de São Sebastião		Trav. da Ponte Romana	7700 Almodôvar	Comissão Executivo	Maria João Vaz da Ribeira ALVES		
EB 2,3/S Dr. João de Brito Camacho		Rua Infante D. Henrique	7900 Ferreira do Alentejo	Comissão Executivo	Maria Antónia Magalhães SILVA		
EB 2,3/S José Gomes Ferreira		Estrada Municipal 539	7600 Aljustrel	Comissão Executivo	Alberto Guerreiro LAMEIRA		
EB 2,3 de Aljustrel		Cerca do Vale da Rosa	7630 Colos	Comissão Instaladora	Ana Paula Cortes PENEDO		
EB 2,3 de Colos		Av. Poeta Joaquim Costa	7860 Moura	Comissão Executivo	Carlos António Couraça CALHAU		
EB 2,3 de Moura		Rua Fernando Pessoa	7800 Beja	Comissão Executivo	Domingas Carmo V. Moreno VELEZ		
EB 2,3 de Santa Maria		Av. Comandante Ramiro Correia	7800 Beja	Comissão Executivo	Joaquim Inácio Godinho CABECINHA		
EB 2,3 de Santiago Maior							