

**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO PRÁTICAS CLÍNICAS CONTEMPORÂNEAS,
POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE MENTAL**

Roberta Nedel

**UM MUNDO SEM COR: ANÁLISES E NARRATIVAS DA DEPRESSÃO INFANTIL,
MEDICAÇÃO E PROCESSO PSICOTERÁPICO NUM SERVIÇO-ESCOLA**

Santa Cruz do Sul

2021

Roberta Nedel

**UM MUNDO SEM COR: ANÁLISES E NARRATIVAS DA DEPRESSÃO INFANTIL,
MEDICAÇÃO E PROCESSO PSICOTERÁPICO NUM SERVIÇO-ESCOLA**

Trabalho Final de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado Profissional em Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC como requisito parcial para o título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Jerto Cardoso da Silva

Santa Cruz do Sul

2021

Roberta Nedel

**UM MUNDO SEM COR: ANÁLISES E NARRATIVAS DA DEPRESSÃO INFANTIL,
MEDICAÇÃO E PROCESSO PSICOTERÁPICO NUM SERVIÇO-ESCOLA**

Trabalho final apresentado ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, na Linha de Pesquisa Práticas Clínicas Contemporâneas, Políticas Públicas e Saúde Mental, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito final da obtenção do título de mestre.

Aprovado em _____ de _____ de 2021:

Jerto Cardoso da Silva, Dr. (UNISC)
(Presidente/Orientador)

Vera Elenei da Costa Somavilla, Dra. (UNISC)

Raquel Furtado Conte, Dra. (UCS)

Santa Cruz do Sul

2021

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela oportunidade que me deu em realizar este sonho e me proteger sempre.

Ao meu orientador Jerto, pela amizade, paciência e incentivo, valorizando cada construção do meu processo e por compartilhar seus conhecimentos contribuindo no meu crescimento intelectual e pessoal.

À minha família, por todo o incentivo, mesmo em dias difíceis, pela torcida e por acreditar nos meus sonhos e sempre me ajudar a concretizá-los. Amo vocês.

Ao meu namorado Alex, pelo acolhimento quando necessitei, por todo seu carinho, apoio e companheirismo incansável.

Aos meus filhotes pets Bartolomeu e Olívia pela companhia e amor incondicional.

Aos amigos, colegas de mestrado e de trabalho por todas as trocas, risadas, ajudas e conforto e por entenderem quando precisei me ausentar para me dedicar à pesquisa ou quando estava estressada e só precisava de um colo para seguir em frente.

Ao SIS, que abriu suas portas e confiou no meu trabalho.

À UNISC, pela oportunidade de crescimento intelectual.

Aos participantes da pesquisa, que aceitaram contribuir com este estudo, disponibilizando abrir seus pensamentos e emoções, além de seus valiosos tempos, contribuindo com este estudo.

A todos aqueles que tornaram esta caminhada mais serena.

*Prestem atenção no que eu digo,
pois eu não falo por mal:
os adultos que me perdoem,
mas ser criança é legal!*

Vocês já esqueceram, eu sei.

*Por isso eu vou lhes lembrar:
pra que ver por cima do muro,
se é mais gostoso escalar?
Pra que perder tempo engordando,
se é mais gostoso brincar?
Pra que fazer cara tão séria,
se é mais gostoso sonhar?*

*Se vocês olham pra gente,
é chão que vêm por trás.
Pra nós, atrás de vocês,
há o céu, há muito, muito mais!*

*Quando julgarem o que eu faço,
olhem seus próprios narizes:
lá no seu tempo de infância,
será que não foram felizes?*

*Mas se tudo o que fizeram
já fugiu de sua lembrança,
fiquem sabendo o que eu quero:
mais respeito eu sou criança!*

(BANDEIRA, 2002).

RESUMO

A depressão é considerada um dos transtornos emocionais mais prevalentes na infância e um desafio constante para os profissionais de diversas áreas. Os sintomas, em curto prazo, podem atuar como fontes de sofrimento psíquico e, em longo prazo, interferir nos aspectos cognitivo, social e emocional do desenvolvimento infantil. O estudo é uma pesquisa-intervenção de abordagem mista quanti-qualitativa, com prévia aprovação no Conselho de Ética em Pesquisa da UNISC. A coleta de dados quantitativos caracteriza-se como descritiva de caráter correlacional e de corte transversal, que tem como objetivo descrever a prevalência de crianças com sintomas depressivos atendidas em um serviço-escola no Vale do Rio Pardo/RS, investigar as medicações usadas por essas crianças e compreender se o uso da medicação contribui ou não no prognóstico do tratamento em psicoterapia. Foi utilizada a análise de 364 prontuários das crianças, de ambos os sexos, na faixa etária de zero até 11 anos e onze meses, atendidas no serviço-escola entre 2015 e 2019 e selecionadas a partir de uma amostra não probabilística do tipo amostra por conveniência. Para análise dos dados, foi usado o teste Qui-quadrado de Pearson e o teste Exato de Fisher e, como resultado, observou-se uma prevalência de 14,29% de crianças com sintomas depressivos, das quais 32,7% faziam uso de alguma medicação. Apesar dos dados demonstrarem uma diferença pouco significativa entre usar ou não medicação, houve um maior número de registros de abandono entre crianças que usavam medicações do que aquelas somente em psicoterapia. A pesquisa qualitativa caracteriza-se como exploratória descritiva. Realizou-se um grupo focal que abrangeu quatro encontros com 21 estagiários de Psicologia que atuam no mesmo serviço-escola. Para análise dos dados, foi utilizada a análise textual discursiva, a qual apontou para o sofrimento emocional de crianças e dificuldades parentais, depressão infantil: sensibilidade, cuidados no diagnóstico e intensificação na pandemia e olhares sobre o uso de medicamentos na infância. Como aporte teórico, foi utilizada a psicanálise, seguindo autores como Melanie Klein, John Bowlby, Donald Winnicott, André Green, dentre outros. As narrativas desses estagiários proporcionaram subsídios para a criação de uma cartilha, uma tecnologia social com caráter informativo, que pretende abordar a importância da prevenção da depressão infantil, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, a fim de minimizar a lógica medicalizante dessas crianças em sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Criança. Depressão infantil. Medicação. Processo psicoterápico. Cartilha.

ABSTRACT

Depression is considered one of the most prevalent emotional disorders in childhood and a constant challenge for professionals in several areas. Symptoms, in the short term, can act as sources of psychic suffering and, in the long term, interfere in the cognitive, social and emotional aspects of child development. The study is a quanti-qualitative mixed-approach intervention research, with prior approval by the *UNISC* Research Ethics Council. The quantitative data collection is characterized as descriptive of correlational and cross-sectional character, which aims to describe the prevalence of children with depressive symptoms attended in a school-service in the *Vale do Rio Pardo/RS*, investigate the medications used by these children and understand whether or not the use of the medication contributes to the prognosis of psychotherapy treatment. We used the analysis of 364 medical records of children, of both sexes, in the age group of zero to 11 years and eleven months, attended at the school-service between 2015 and 2019 and selected from a non-probabilistic sample of the sample type for convenience. For data analysis, Pearson's Chi-square test and Fisher's exact test were used and, as a result, a prevalence of 14.29% of children with depressive symptoms was observed, of which 32.7% used some medication. Although the data showed a small difference between using and not taking medication, there was a greater number of records of abandonment among children who used medications than those who only used psychotherapy. Qualitative research is characterized as descriptive exploratory. A focus group was held that covered four meetings with 21 Psychology interns working in the same service-school. For data analysis, discursive textual analysis was used, which pointed to the emotional suffering of children and parental difficulties, childhood depression: sensitivity, care in the diagnosis and intensification of the pandemic and looks at the use of medicines in childhood. As a theoretical contribution, psychoanalysis was used, following authors such as Melanie Klein, John Bowlby, Donald Winnicott, André Green, among others. The narratives of these trainees provided subsidies for the creation of a booklet, a social technology of information nature, which aims to address the importance of prevention of childhood depression, early diagnosis and appropriate treatment, in order to minimize the medicalizing logic of these children in psychic suffering.

Keywords: Childhood. Childhood depression. Medication. Psychotherapeutic process. Booklet.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

DESCRIÇÃO DA PESQUISA-INTERVENÇÃO

Quadro 1 - Categorias e subcategorias a partir das falas dos participantes 27

DESCRIÇÃO DO PRODUTO TÉCNICO

Figura 1 - Cores utilizadas nos textos da cartilha 59

MANUSCRITO

Gráfico 1 – Distribuição por ano do número de crianças atendidas em um Serviço de Saúde, no Vale do Rio Pardo – RS. 69

Gráfico 2 – Prevalência de crianças com sintomas depressivos atendidas em um Serviço de Saúde, no Vale do Rio Pardo – RS. 69

Tabela 1 – Perfil das crianças com sintomas depressivos atendidas em um Serviço de Saúde, no Vale do Rio Pardo – RS. 70

Gráfico 3 – Crianças com sintomas depressivos que utilizam alguma medicação. 70

Gráfico 4 – Medicamentos das crianças com sintomas depressivos atendidas em um Serviço de Saúde, no Vale do Rio Pardo – RS. 70

Tabela 2 – Término do tratamento segundo o perfil, medicação, tempo de atendimento das crianças com sintomas depressivos. 71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
ARPEN-Brasil	Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais
ATD	Análise Textual Discursiva
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDI	Inventário de Depressão Infantil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
COVID-19	Coronavirus disease
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DP	Desvio Padrão
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISRSs	Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina
MP	Mestrados Profissionais
OMS	Organização Mundial de Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SIS	Serviço Integrado de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TP	Transtornos Psicopatológicos
TS	Tecnologia Social
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 10

2 18

2.1 18

2.2 20

2.3 27

2.3.1 29

2.3.1.1 29

2.3.1.2 33

2.3.2 37

2.3.2.1 37

2.3.2.2 45

2.3.3 49

2.3.3.1 49

3 54

4 62

4.1 63

5 81

REFERÊNCIAS	85
ANEXO A - Carta de declaração dos pesquisadores ao CEP	96
ANEXO B - Carta de Anuência para Realização da Pesquisa	97
ANEXO C - Parecer Consubstanciado do CEP	98
ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	101
ANEXO E - Normas para submissão na “Fractal: Revista de Psicologia”	103
APÊNDICE A - Formulário	108
APÊNDICE B - Produto Técnico	109

1 INTRODUÇÃO

*São as crianças, que sem falar,
nos ensinam as razões de viver.
Elas não têm saberes a transmitir.
No entanto, elas sabem o essencial da vida.*
(Rubem Alves)

O presente estudo se constitui a partir da prática clínica e do desejo de descobertas referentes ao mundo psíquico da infância. Ao entrarmos em contato com diferentes experiências, histórias, famílias e afetos e nos depararmos com questionamentos, dúvidas e inquietações referentes à depressão na infância e a sua relação com o uso de medicações e o processo psicoterápico, sentimos a necessidade de ir em busca de algumas respostas para as nossas perguntas e, através do processo de pesquisa-intervenção, descobriremos mais sobre esses temas tão atuais, fascinantes, relevantes e perturbadores.

Surgiram indagações que motivaram o estudo e, junto a elas, a vontade de entender como o olhar psicanalítico poderia nos ajudar a compreendê-las. Ao pensarmos em pesquisa em psicanálise, entendemos o quanto ela é constituída na inerência com a experiência clínica, conforme explica Dunker (2008, p. 64), “essa relação entre psicanálise e pesquisa é uma relação inclusiva, ou seja, trata-se de pesquisa, ali onde se trata de psicanálise”.

Desse modo, mediante o saber psicanalítico, o que significa chamar uma criança de depressiva? Há espaço para tal nomeação? Classificações diagnósticas rotulam a criança ou ajudam a receber as intervenções? Em que momento o tratamento farmacológico é necessário? Qual a importância da abordagem psicoterápica? Como não enquadrar os pacientes e manter suas subjetividades?

Nesse viés, acreditamos que há potência nos assuntos escolhidos e que a nossa pesquisa vai ao encontro com a ideia de que “fazer pesquisa desde a dimensão ético-estético-afetiva produz no pesquisador um reencontro com a sua própria trajetória, engendrando a autorreflexão e reescrita da própria história de vida” (FEITOSA *et al.*, 2016, p. 37).

Além disso, apesar da existência de ampla bibliografia sobre a depressão na infância, observamos a importância de dados atualizados sobre o tema, principalmente em meio à pandemia da COVID-19, situação que nos alertou ainda mais quanto aos cuidados e atenção às emoções de nossas crianças. Entendemos que identificar a prevalência dos transtornos mentais na infância, bem como fatores de risco e de proteção, auxilia no delineamento de políticas de

saúde, na distribuição de recursos, na prevenção e no tratamento de casos diagnosticados (ANSEMI *et al.*, 2008).

Os quadros depressivos estão entre as doenças incapacitantes mais prevalentes no mundo. Segundo dados divulgados pela *World Health Organization* (WHO) acerca da saúde mental e consequências dos problemas mentais à população, a depressão é um transtorno mental comum que afeta mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo e com um aumento de 18,4% entre 2005 e 2015. Segundo a WHO (2012, 2017), a depressão se tornará a doença mais comum nos próximos 20 anos.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), nas Américas, cerca de 50 milhões de pessoas viviam com depressão em 2015, ou seja, cerca de 5% da população. A depressão também é um fator de risco importante para o suicídio, cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano, sendo essa a segunda principal causa de morte entre pessoas com idade entre 15 e 29 anos (OPAS, 2017).

A Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2014), estimou que cerca de 7,6% dos brasileiros com 18 anos ou mais receberam diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental, o que reflete a realidade de 11,2 milhões de pessoas, sendo considerada a segunda doença crônica não transmissível mais prevalente no Brasil.

Na década de 1970, começou a se entender a presença significativa da depressão também entre crianças e adolescentes. Através de estudos, os pesquisadores da época comprovaram sua existência, mas não tinham um consenso sobre os critérios diagnósticos, dado que alguns autores consideravam que a depressão infantil deveria ser diagnosticada como a depressão no adulto, enquanto outros defendiam que o transtorno era próprio da infância e tinha características específicas (BARBOSA; LUCENA, 1995).

Por questões metodológicas, é difícil traçar o perfil epidemiológico da depressão infantil, mas os pesquisadores acreditam que a prevalência desse transtorno seja a maior encontrada até hoje (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2009). Birmaher *et al.* (1996) concluem que existe um aumento, nos últimos anos, da prevalência de depressão em crianças e adolescentes e sugerem que a depressão parece ocorrer em crianças cada vez mais jovens.

Os transtornos mentais na infância e na adolescência têm recebido mais atenção ao longo das últimas décadas. Segundo a WHO (2017), a depressão ocorre em crianças e adolescentes com idade inferior a 15 anos, mas em um nível mais baixo do que os grupos de idade mais avançada. A ocorrência dos sintomas depressivos em crianças tem se mostrado

maior na faixa etária entre seis e onze anos de idade, segundo informações epidemiológicas das últimas décadas (COUTINHO *et al.*, 2014).

Em termos de prevalência, a WHO (2003) considera que cerca de 20% de crianças e adolescentes sofrem de algum transtorno mental e o índice de crianças entre 6 e 12 anos diagnosticadas com depressão saltou de 4,5% para 8% na última década. Almeida Filho (1982) apontou que a prevalência das desordens emocionais na infância é estimada em 23,2%, sendo que desse valor 10% são considerados casos moderados e severos, necessitando de assistência especializada e 13,2% são considerados casos leves ou duvidosos, dispensando essa assistência. Um documento do Ministério da Saúde, de 2005, revelou que entre 10 e 20% de crianças e adolescentes brasileiros sofrem de transtornos mentais e, dentre esses, de 3 a 4% precisam de tratamento intensivo (BRASIL, 2010).

É importante diferenciarmos a tristeza da depressão, enquanto uma psicopatologia. Kehl (2009) expõe que, entre os discursos hegemônicos da vida contemporânea, não há nenhuma referência valorativa dos estados de tristeza e da dor de viver, assim como do possível saber a que eles podem conduzir. Lima (2004) relata que o sentimento de tristeza faz parte da experiência natural das pessoas, de forma que o conceito de depressão não é sinônimo de tristeza ou infelicidade, apesar da infelicidade ser um sintoma do humor depressivo associado ao transtorno. Para o autor, a depressão pode se apresentar como um sintoma, quando o afeto é a tristeza, ou como uma síndrome ou transtorno, quando apresenta um grupo de sentimentos que aparecem juntos, com a tristeza, fazendo parte de um conjunto de outros sintomas como a perda de interesse nas atividades, sentimento de desvalia, perturbações do sono e mudanças do apetite (LIMA, 2004).

Na perspectiva da psiquiatria, os transtornos psicopatológicos (TP) na infância e adolescência são habitualmente realizados a partir de critérios padronizados, como os da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) ou do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), da *American Psychiatric Association* (APA). Indicadores de fatores biológicos, psicológicos e sociais que influenciam o comportamento e o desenvolvimento (modelo biopsicossocial) também são relevantes (KIELING *et al.*, 2011). De acordo com Dumas, Assumpção Junior e Murad (2011), para o comportamento de uma criança ou adolescente ser considerado patológico, é necessário avaliar excesso ou insuficiência (frequência ou intensidade), infração às normas, atraso ou defasagem desenvolvimental e/ou entrave ao funcionamento adaptativo.

No Brasil, de acordo com Cruvinel e Boruchovitch (2009), ainda são escassos os estudos epidemiológicos acerca da depressão na infância e alguns resultados se mostram contraditórios. Bahls (2002) encontrou 20,3% de estudantes com idade entre 10 e 17 anos, da cidade de Curitiba, que ultrapassaram o ponto de corte 19 no Inventário de Depressão Infantil (CDI) e revelou que o índice para crianças varia de 0,4 a 3,0%, e, para os adolescentes, de 3,3 a 12,4%. A pesquisa de Fonseca, Ferreira e Fonseca (2005) constatou que 13,7% de escolares de 7 a 13 anos de idade, de Minas Gerais, apresentaram uma pontuação superior a 17 no CDI. Já Baptista e Golfeto (2000) verificaram que 1,48% da amostra de crianças e adolescentes tiveram um escore elevado no CDI e, no estudo de Soares (2003), conduzido no Rio Grande do Sul, foi encontrada uma prevalência de 2,39% de sintomas de depressão mediante a aplicação da mesma testagem. Serrão, Klein e Gonçalves (2007) encontraram, no CDI, o índice de 6,2% do total da amostra com escores significativos para a depressão. Curatolo e Brasil (2005) obtiveram uma taxa de 21,1% de sintomatologia depressiva em escolares de 7 a 12 anos. Enquanto, Miller (2003) descreve que 2,5% das crianças em idade escolar e 8,5% dos adolescentes apresentam transtornos depressivos.

De acordo com Rolim Neto *et al.* (2011), a depressão infantil é uma patologia que tanto pode interferir como se manifestar nos aspectos físicos, comportamentais, cognitivos e sociais, permitindo compreendê-la como um fenômeno biopsicossocial. Reis e Figueira (2001) destacam que realizar o diagnóstico não é fácil, na medida em que crianças não conseguem nomear os sintomas e os pais ou responsáveis geralmente procuram ajuda do pediatra por problemas que, inicialmente, não são identificados como sendo depressivos. Ocorrem grandes dificuldades no que se refere ao diagnóstico de depressão infantil, pois há comorbidades e os sintomas manifestam-se muitas vezes de forma mascarada e demonstram a importância do psicodiagnóstico para que as crianças pudessem ser atendidas naquilo que seus sintomas significavam: um pedido de ajuda (CALDERARO; CARVALHO, 2005). Ao fazer o diagnóstico de depressão na infância, é necessário cuidado, considerando os aspectos próprios do processo de desenvolvimento infantil.

Os principais sintomas nas crianças são tristeza, agressividade ou passividade exagerada e irritabilidade que variam de acordo com a intensidade e frequência. As principais queixas orgânicas são cefaleia, dores abdominais e diarreia. Aparecem também a falta de apetite ou apetite exagerado, insônia, choro sem razão aparente, dificuldades cognitivas, comportamento antissocial, indisciplina, ideias ou comportamento suicidas (CALDERARO; CARVALHO, 2005).

A depressão, quando comparada com outros tipos de transtornos psiquiátricos, é um fator de risco importante para suicídio. Em todos os países, o suicídio é menos frequente na infância e na adolescência antes dos quinze anos de idade. No Brasil, no período entre 2000 e 2008, foram registrados 43 casos de suicídio de crianças menores de 10 anos (média anual de cinco ou 0,1% do total de mortes) e de 6.574 adolescentes entre 10 e 19 anos, uma média de 730 mortes por suicídio/ano (SOUZA, 2010).

Bock e Côrtes (2000) afirmam que a depressão não se expressa apenas na criança quieta e desanimada, dado que as manifestações podem estar também na criança agressiva e hiperativa. A criança depressiva envolve-se, com frequência, em situações que oferecem perigo à sua integridade física, conflitos inconscientes predominam e levam a emitir determinados comportamentos de risco, em uma tentativa de mobilizar a atenção das pessoas para que percebam o seu sofrimento (SOUZA; EISENSTEIN, 1993).

O olhar psicanalítico poderia nos ajudar a entender melhor o tema em questão no sentido em que compreende o quadro depressivo como uma condição de desamparo da qual tentamos nos proteger (FREUD, 1974a). Aos pensarmos sobre o conceito de depressão na psicanálise, entendemos que a psicanálise não restringe as suas intervenções ao diagnóstico e as especificidades sintomáticas, nem obedece a classificações nosográficas, porque observa a singularidade de cada sujeito na compreensão do seu sintoma (LEITE, 2000). Na teoria psicanalítica, a palavra “depressão” pode ser definida como “uma modificação profunda do humor, no sentido da tristeza e do sofrimento moral, correlativa de um desinvestimento de qualquer atividade” (LAROUSSE, 1995, p. 110).

Segundo Mohr (2013, p. 189), Freud “reservou o termo que hoje usamos como depressão para uma manifestação neurótica, com caráter de defesa do sujeito, enquanto a melancolia propriamente dita, Freud emprega para um quadro psicótico”. Em termos psicanalíticos, a depressão está relacionada a um desejo de morte, no sentido de ficar invisível à vida, apego à solidão, sem relações externas e um desejo de ser esquecido e de esquecer a si mesmo. A depressão tem associação direta com a melancolia e com o luto. A partir do momento que o sujeito perde um objeto, acontece conseqüentemente um desinteresse libidinal pelo mesmo e se faz necessário realizar um processo de reinvestimento dessa libido perdida, porém, agora sem ligação com o objeto (MOHR, 2013).

Ao contrário do enlutado, o melancólico exibe uma extraordinária diminuição da autoestima bem como de seu ego. No luto, o sentimento de vazio é de acordo com o mundo externo e, na melancolia, esse sentimento é refletido no próprio ego (FREUD, 1974a). Sendo

assim, é preciso levar em consideração a afirmação de Fortes (2009, p. 1126) “onde há sofrimento psíquico há lugar para a escuta do psicanalista”. Ademais, “A clínica das depressões é um desafio ante o qual o psicanalista não pode recuar” (KEHL, 2009, p. 13).

Na infância, devido ao fato da constituição psíquica estar em andamento e na qual a criança e o adolescente estão em estruturação, o que se opera não é simplesmente o aspecto biológico, mas sim um corpo que se organiza pelas marcas simbólicas e o que marca o ritmo do desenvolvimento é o desejo do Outro que opera sobre a criança através de seu discurso (JERUSALINSKY, 2011).

Dunker (2008) aponta que a ressignificação do sofrimento, enquanto disfunção puramente orgânica, priva o sujeito do sentido do sofrimento como forma de reação aos acontecimentos, invalidando-os e, assim, privando-o de sua potencialidade crítica na esfera da vida social. O autor questiona que “fechar a noção de estrutura clínica na teoria da constituição do sujeito é esquecer que a clínica é uma experiência aberta e que, como tal, deveria estar em condições de criticar e fazer objeção à teoria de onde procede” (DUNKER, 2008, p. 122-123). Assim, nenhuma descrição psicopatológica pode ocupar o lugar da experiência analítica, principalmente na clínica com crianças, em que o analista dispõe de algo além da transferência para configurar sua hipótese diagnóstica; ou seja, na relação da criança com o Outro e no discurso familiar que sinaliza o lugar que ocupa o infante na fantasia parental (PETRI, 2008).

Dessa forma, especificamente no caso da criança e em suas manifestações precoces de adoecimento, a psicanálise aborda a produção de sofrimento psíquico se atendo ao que lhe é mais fundamental: a sua relação com o Outro (CRESPIN, 2004). Segundo Kehl (2009), quando pensamos a origem da depressão, vislumbramos um Outro materno que se porta de forma ansiosa e bastante solícita a todas às demandas do bebê, muitas vezes se precipitando a estas. Nesse ínterim, o trabalho psíquico da criança fica comprometido, principalmente no que se refere à representação da falta do objeto, resultando em uma rede imaginária pouco consistente.

Conrad (2007) questiona a produção de diagnósticos e relata que é uma das consequências da “medicalização”, definida como o processo pelo qual problemas não-médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, usualmente chamados de doenças ou transtornos.

Kehl (2009) se impressiona com a expansão da indústria farmacêutica e a quantidade exacerbada de fármacos antidepressivos lançados no mercado. As pessoas agem como se “as dores da vida pudessem ser dispensadas, eliminadas por meio da medicação” (KEHL, 2009, p. 159). São vidas em que a exclusão medicamentosa das expressões da dor de viver acaba por

inibir a riqueza do trabalho psíquico - o único capaz de tornar suportável e conferir algum sentido à dor inevitável diante da finitude, do desamparo, da solidão humana (KEHL, 2009). Assim sendo, a depressão demonstra ser a marca de um fracasso do paradigma da revolta, em um mundo desprovido de ideais e dominado por uma poderosa tecnologia farmacológica, muito eficaz no plano terapêutico (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Diante do exposto, a metodologia do trabalho consiste em:

a) Uma pesquisa-intervenção de abordagem mista quanti-qualitativa, que buscou descrever a prevalência de crianças com sintomas depressivos atendidas em um serviço-escola de saúde, no Vale do Rio Pardo/RS. Ademais, investigar as medicações usadas por essas crianças e compreender se o uso da medicação contribui ou não no prognóstico do tratamento em psicoterapia das crianças com sintomas depressivos, a fim de analisar a relação entre medicação e o processo psicoterápico em crianças com sintomas depressivos. Para a coleta de dados quantitativos, foram analisados 364 prontuários das crianças, de ambos os sexos, na faixa etária de zero até 11 anos e onze meses¹, atendidas no serviço-escola entre 2015 e 2019, selecionadas a partir de uma amostra não probabilística do tipo amostra por conveniência. Para a coleta dos dados, foi utilizado um roteiro estruturado, com perguntas abertas e fechadas. Os resultados encontrados na etapa quantitativa da pesquisa proporcionaram a confecção e submissão de um artigo para publicação que se encontra no capítulo 4.

b) Realizou-se uma intervenção com a técnica do grupo focal que abrangeu quatro encontros com 21 estagiários de Psicologia (formandos, em sua maioria) que atuam em um serviço-escola de saúde, no Vale do Rio Pardo/RS. Foram criadas três grandes categorias com subcategorias: a primeira refere-se a “Sofrimento emocional de crianças e dificuldades parentais”, subdividida em “Singularidades, uso de tecnologias e sofrimento emocional de crianças em atendimento psicoterápico” e “Dificuldades materna e paterna”. A segunda categoria é “Depressão infantil: sensibilidade, cuidados no diagnóstico e intensificação na pandemia”, subdividida em “Cuidados e sensibilidade no atendimento e diagnóstico da depressão infantil” e “Intensificação da depressão infantil na pandemia?”. E a terceira categoria “Olhares sobre o uso de medicamentos na infância”, “Medicação: Padronização e naturalização”. Após, foi utilizada a análise textual discursiva, com aporte teórico a partir de investigação das produções psicanalíticas sobre a infância, seguindo autores que localizaram a

¹ Considera-se criança, para os efeitos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a pessoa até doze anos de idade incompletos.

problemática da depressão no contexto inicial da constituição do sujeito psíquico, com o intuito de traçar linhas de concordância entre eles. Foram retomados autores como Melanie Klein, René Spitz, John Bowlby, Donald Winnicott, André Green, dentre outros. Dentre as obras utilizadas, ainda estão produções de Sigmund Freud e psicanalistas contemporâneos, como Alfredo Jerusalinsky e Maria Rita Kehl.

c) Os processos de narrativas dos estagiários, por atuarem diretamente em situações com os usuários do serviço, proporcionaram subsídios para a elaboração de uma cartilha, uma tecnologia social com caráter informativo que pretende abordar a importância da prevenção da depressão infantil, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, a fim de minimizar a lógica medicalizante dessas crianças em sofrimento psíquico.

Nesse contexto, este trabalho final de conclusão de mestrado está apresentado no seguinte formato: o primeiro capítulo aborda a pesquisa-intervenção, com a descrição da pesquisa: percurso metodológico e análises quantitativas, descrição da intervenção e interpretações na experiência de pesquisa e as categorias das narrativas e produção textual; no segundo capítulo, está a descrição do produto técnico, sua funcionalidade e seu impacto social; e, no terceiro capítulo, o artigo produzido na pesquisa quantitativa, elaborado conforme o modelo metodológico da revista a qual foi submetido. Encerramos este trabalho com as considerações finais, anexos e apêndices. No Apêndice B, constatamos o produto técnico no seu formato de aplicação.

2 DESCRIÇÃO DA PESQUISA-INTERVENÇÃO

Que haja transformação, e que comece comigo.

(Marilyn Ferguson)

2.1 Descrição da pesquisa: percurso metodológico e análises quantitativas

A pesquisa-intervenção é de abordagem mista quanti-qualitativa. Na visão de Creswell (2010), o método misto é a técnica que baseia suas alegações de conhecimento em elementos pragmáticos. Os dados coletados têm informações tanto numéricas quanto de texto para a obtenção de um banco de dados com elementos quantitativos e qualitativos. “O estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa” (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 247).

A escolha desse método tem muito a oferecer ao processo científico do estudo, dado que, conforme Sampieri, Collado e Lucio (2013, p. 550):

Os métodos mistos representam um conjunto de processos sistemáticos e críticos de pesquisa e implicam a coleta e a análise de dados quantitativos e qualitativos, assim como sua integração e discussão conjunta, para realizar inferências como produto de toda a informação coletada (metainferências) e conseguir um maior entendimento do fenômeno em estudo.

Para Minayo e Cavalcante (2010), a pesquisa quantitativa busca a junção de dimensões de extensividade e de intensidade inerentes aos processos humanos e visa demonstrar indicadores e tendências do cenário estudado. Por sua vez, o método qualitativo objetiva estudar a história, as relações, as representações, as crenças, as percepções e as opiniões dos participantes, que são produtos da sua relação com a realidade em que vivem, constroem, pensam e sentem.

O estudo quantitativo, relatado no Capítulo 4, caracteriza-se como descritivo de caráter correlacional, de corte transversal, que tem como objetivo descrever a prevalência de crianças com sintomas depressivos atendidas em um serviço-escola de saúde, no Vale do Rio Pardo/RS, e investigar as medicações usadas por essas crianças e compreender se o uso da medicação contribui ou não no prognóstico do tratamento em psicoterapia das crianças com sintomas depressivos atendidas no serviço.

O estudo foi realizado no Serviço Integrado de Saúde (SIS), um serviço-escola da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) que atende a comunidade de Santa Cruz do Sul e região. Na dimensão de um serviço-escola, configura-se um lugar de planejamento e execução de práticas clínicas que reúne estagiários e supervisores das várias profissões que trabalham com diagnósticos, tratamento, reinserção social, prevenção e promoção de saúde, de forma multidisciplinar.

As clínicas-escola de Psicologia têm uma alta demanda infantil e possibilitam um campo de prática profissional, desenvolvendo uma formação em consonância com demandas sociais e culturais, visto que são instituições que exercem um papel social de extrema relevância, oferecendo à população economicamente desfavorecida uma possibilidade de acesso a serviços psicológicos gratuitos ou de baixo custo (RAMIRES *et al.*, 2009).

Os participantes do estudo foram selecionados a partir de uma amostra não probabilística do tipo amostra por conveniência. Participaram da pesquisa 364 prontuários de crianças, de ambos os sexos, na faixa etária de zero até 11 anos e onze meses, atendidas no serviço-escola pelo serviço de Psicologia, entre 2015 e 2019. Para a coleta dos dados, foi utilizado um roteiro (formulário) estruturado (Apêndice A), com perguntas fechadas, tendo como base a análise dos prontuários.

Inicialmente, foi necessário o contato com o SIS para explicar a pesquisa e obter a autorização para a coleta de dados. Para o uso das informações que constam nos prontuários, houve a Carta de Anuência para realização da pesquisa (Anexo B), emitida na data de 20 de dezembro de 2019.

Em seguida, foi obtida a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC (CAEE nº 34371319.3.0000.5343), em 04 de agosto de 2020, a fim de se respeitar os princípios éticos que permeiam a pesquisa com seres humanos (Anexo C). Quanto aos riscos apresentados para os participantes da pesquisa, entende-se que seriam mínimos ou desconhecidos e espera-se que os resultados deste estudo sirvam para desenvolver e validar outras pesquisas e novas ações que auxiliem as crianças em sofrimento psíquico.

A busca dos dados quantitativos ocorreu nas datas de 08 e 22 de setembro e 06 de outubro de 2020, totalizando 30 horas de análise dos prontuários do serviço de Psicologia do serviço-escola, entre 2015 e 2019 (todos os cuidados em relação à COVID-19 foram tomados, porém a presente autora pesquisava sempre sozinha nas caixas onde estavam os prontuários).

Dessa maneira, foram analisados 364 prontuários em busca de informações de crianças com diagnósticos e/ou sintomatologias depressivas (número total de crianças atendidas entre

2015 e 2019). Entre o diagnóstico de depressão, foram consideradas hipóteses diagnósticas de Transtorno Distímico ou Transtorno Depressivo Maior, diagnosticados segundo os critérios do DSM-V e CID-10 em acompanhamento no serviço, além de diagnósticos provisórios (crianças que estavam em processo de avaliação psicológica e/ou acompanhamento) com sintomatologia depressiva considerável, de acordo os profissionais da Psicologia que atuam (ou atuaram) no serviço durante o período pesquisado.

Para análise dos dados quantitativos e para caracterização da amostra, foi feito um estudo estatístico descritivo analítico através de frequências absolutas (n), relativas (%), médias e desvio padrão (DP). Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas, foi usado o teste Qui-quadrado de Pearson e o teste Exato de Fisher. Os dados foram tabulados em planilha eletrônica Microsoft Office Excel e analisados no programa IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. O nível de significância adotado foi de $p \leq 0,05$.

A partir do mapeamento dos dados da pesquisa quantitativa, que teve a amostra composta pelo total de crianças atendidas no serviço pesquisado, observou-se uma prevalência de crianças com sintomas depressivos atendidas, que correspondem ao total de 14,29% em contraponto a 85,71% de crianças atendidas com outras hipóteses diagnósticas, das quais 32,7% faziam uso de alguma medicação.

Sobre compreender se o uso de medicação contribui ou não no prognóstico do tratamento, por meio dos dados quantitativos, entende-se que a pesquisa não demonstrou nenhuma diferença significativa entre usar ou não medicação. O estudo demonstrou que as crianças que faziam uso de medicações continuavam por mais tempo em atendimento no serviço-escola: mais de 6 meses 35,3% (n=6), em oposição a 28,6% (n=10). Percebe-se que as crianças que usavam medicação tiveram um percentual maior de alta 35,3% (n=6) se comparados com 23,5% (n=8) das crianças que receberam alta do tratamento psicológico e não usavam nenhuma medicação. No entanto, a pesquisa também revelou que o número maior de abandono do tratamento se dá em crianças que usavam medicação 58,8% (n=10), em contraponto a 47,1% (n=16), encontrando-se um maior número de registros de abandono entre crianças que usavam medicações do que aquelas somente em psicoterapia.

2.2 Descrição da intervenção e interpretações na experiência de pesquisa

Para coleta dos dados qualitativos e intervenção, foi utilizada a técnica de grupo focal, referente ao estudo descritivo. Creswell (2014) afirma que o pesquisador é o principal

instrumento e os dados coletados são predominantemente descritivos. Portanto, trata-se de uma pesquisa-intervenção, uma metodologia que faz construção no movimento (ROCHA; AGUIAR, 2003).

A parte qualitativa da pesquisa se caracterizou pelo uso de um roteiro de entrevista semiestruturado para o grupo focal. Flick (2004) define grupos focais como uma técnica de pesquisa qualitativa. Para Minayo (2000), o grupo focal é uma forma de entrevistas com grupos, baseada na comunicação. De acordo com Gil (2017), as pesquisas exploratórias tendem a ser mais flexíveis em seu planejamento, pois pretendem observar e compreender os mais variados aspectos relativos ao fenômeno estudado pelo pesquisador. Nas pesquisas exploratórias, o pesquisador busca familiarizar-se com o fenômeno que pretende estudar (GIL, 2017).

Em virtude da pandemia da COVID-19 vivenciada no mundo e no Brasil (desde o início de 2020), enfrentou-se a impossibilidade de divulgação e efetivação do grupo focal presencial, maneira inicialmente proposta em projeto. Assim, a metodologia foi adaptada e o grupo focal ocorreu de forma remota, diferente do planejamento inicial, porém adaptado à realidade do momento.

Os participantes foram 21 estagiários do serviço de Psicologia da equipe do serviço-escola SIS da UNISC, localizado na cidade de Santa Cruz do Sul, no Vale do Rio Pardo/RS. Entre os sujeitos, estavam estagiários do décimo semestre do curso até formandos de 2021. Os sujeitos foram convidados de forma virtual a partir de convite por grupo de WhatsApp (grupo criado no aplicativo pelo orientador, que coordena o serviço-escola). Os estagiários que se interessaram em participar da pesquisa entraram em contato com a pesquisadora para serem formalmente contatados e receberem as instruções e links dos encontros. Foi criado um espaço na sala virtual da UNISC para divulgação de informações, avisos e notícias:

DEPRESSÃO NA INFÂNCIA: VAMOS CONVERSAR SOBRE ESSE ASSUNTO?

Sexta-feira, maio, 5:00 até 6:00pm

Informações de participação do Google Meet

Link da videochamada: <https://meet.google.com/gfz-bjhp-yef>

Ou disque: (US) +1 219-379-3253 PIN: 585 594 565#

Os participantes foram todos estagiários, formandos em sua maioria, que atuam diretamente com os usuários do serviço de saúde, exercendo escutas relacionadas ao sofrimento na infância. Como critérios de inclusão, necessitavam estar no serviço e atuar diretamente nos acolhimentos e atendimentos psicológicos. Na visão de Gaskell e Bauer (2002), o tamanho para um grupo focal é aquele que permite a participação efetiva dos participantes e a discussão

adequada dos temas. Os participantes foram identificados por números (P1, P2, P3 até P21) e para a equipe de sujeitos houve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo D).

Esse momento da pesquisa-intervenção contou com um grupo focal de 4 encontros que aconteceram de forma remota. As temáticas foram pré-estabelecidas de forma que as discussões fossem norteadas pelo tema da pesquisa: medicação e o processo psicoterápico em crianças com sintomas depressivos. Houve a necessidade de planejamento de tópicos para os sujeitos não desviarem do assunto, já que o grupo focal propicia a conversa de um tema específico em grupos pequenos buscando informações a partir das interações entre os participantes.

Para Leopardi (2001), a liberdade de expressão é uma das características do grupo focal, podendo ser exploradas certas vivências e experiências anteriores sobre o assunto e expressadas de diferentes formas. Trata-se, então, de um exercício de expressão sem julgamentos, conforme Minayo (2006). Na operacionalização do grupo focal, a técnica exige a presença de um animador e de um relator. “O primeiro tem o papel de focalizar o tema, promover a participação de todos, inibir os monopolizadores da palavra e aprofundar a discussão” (MINAYO, 2006, p. 270).

Os encontros remotos aconteceram semanalmente durante o mês de maio de 2021, com duração de 60 minutos. Em todos os grupos, houve uma gravação em MP4 e, após cada grupo, foi feita a transcrição desse material para sistematizar a coleta de dados. Os encontros ocorreram nas seguintes datas: 07, 14, 21 e 28 de maio de 2021, semanalmente, nas sextas-feiras das 17h às 18h. Os encontros aconteceram com as seguintes temáticas: “Sofrimentos emocionais e a infância: como estão nossas crianças?”; “Psicopatologia da infância e clínica infantil”; “Depressão infantil: um mundo sem cor” e “Medicamentos e crianças: medicar ou não?”.

Para Spink (2000), essa construção dos dados deve possuir categorias (de natureza temática) e preservar a sequência das falas, apenas sendo enfatizadas as que correspondem aos objetivos da pesquisa. Para a pesquisa-intervenção, foi utilizado como suporte teórico e de entendimento uma leitura psicológica-psicanalítica, sendo a intervenção como um processo para a criação do produto técnico.

No primeiro encontro, que aconteceu na data de 07 de maio de 2021, houve um agradecimento por parte destes pesquisadores para todos os sujeitos presentes por estarem participando da pesquisa-intervenção. Receberam as boas-vindas e a pesquisadora explicou que esse era o primeiro encontro do grupo focal, em uma parceria com Mestrado Profissional em Psicologia. Trouxe que seriam momentos de aprendizagem, trocas e discussões e que esse

material seria usado na pesquisa, logo a autorização e a participação dos estagiários seria de fundamental importância, inclusive na produção do produto técnico.

Houve, então, apresentação da pesquisadora e, como o encontro aconteceu de forma remota, foi disponibilizada uma música para o acolhimento inicial do encontro. Ouviu-se “Aquarela” de Toquinho, que tinha como intuito sensibilizar os sujeitos para se iniciarem as trocas sobre o tema: infância.

Explanou-se brevemente sobre o percurso da pesquisa até aquele momento e foram feitas as combinações dos próximos encontros, incluindo as datas e horários. Todos foram remotos a partir da plataforma via Google Meet (plataforma do Google). Ainda foi explicado que todos os encontros seriam gravados e, após, seriam efetuadas as transcrições das gravações.

Para minimizar alguns riscos, o grupo foi conduzido pela própria pesquisadora, mas ainda assim foi colocado que, se algumas questões pudessem expor os sujeitos a algum desconforto e/ou constrangimento ou alguma situação de invasão de privacidade, poderiam deixar de participar da pesquisa sem nenhum prejuízo. Ademais, foi explicado o roteiro dos encontros, assuntos e como funciona um grupo focal, no sentido de ser um momento de coleta de dados, interação e trocas sobre determinado assunto.

O primeiro encontro do grupo focal contou com a participação de 21 sujeitos, todos estagiários do serviço de Psicologia do SIS. Logo após, os participantes se apresentaram. São todos estagiários de Psicologia do SIS, incluindo estudantes a partir do décimo semestre e formandos. Alguns no seu primeiro estágio e outros em momento de finalização de curso.

Então, foi esclarecido aos participantes a clareza dos objetivos e a metodologia da pesquisa, por meio do TCLE, retomando e reforçando novamente que a participação no estudo estaria condicionada à concordância do convidado com o roteiro temático exposto, bem como à assinatura do TCLE, em respeito às diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos - Resolução nº 466/12.

Após a leitura do TCLE, o grupo assistiu a um pequeno trecho do documentário “A Invenção da Infância” de 2000, que procurou iniciar a temática do encontro “Sofrimentos emocionais e a infância: como estão nossas crianças?”. Em seguida, usou-se as seguintes perguntas disparadoras para iniciar-se as discussões e a coleta de dados: Qual a sua percepção sobre como estão as nossas crianças? Quais experiências você teve e tem em sua prática profissional com os sofrimentos emocionais na infância? Quais elementos você considera essenciais na abordagem de casos que atendeu ou virá a atender relacionados ao sofrimento na infância?

Essas perguntas geraram algumas discussões interessantes, mas o tempo do encontro não permitiu que fossem finalizadas. Dessa forma, o primeiro encontro do grupo focal encerrou com o total de 60 minutos de duração (conforme combinado), porém levou-se a discussão das perguntas para um Fórum criado na sala virtual do site da UNISC. Ainda ficou contratualizado que o segundo encontro, que seria na próxima semana, trataria novamente das discussões proporcionadas pelas perguntas disparadoras.

O segundo encontro ocorreu no dia 14 de maio de 2021 e teve uma duração de 60 minutos. Inicialmente, houve uma continuidade da conversa e trocas sobre as perguntas disparadoras do último encontro. Com a temática “Psicopatologia da infância, desenvolvimento normal e patológico e a clínica infantil”, no segundo encontro, foram abordadas questões sobre: o que distingue um comportamento normal de um comportamento patológico?; infância e adolescência: comportamento considerado “anormal”; psicopatologia da criança e adolescente; classificação diagnóstica e suas implicações; fatores de risco e proteção; principais transtornos da infância e adolescência (incluindo transtorno de humor: transtorno depressivo maior e distímia) e a clínica infantil.

No terceiro encontro, na data de 21 de maio de 2021, os participantes falaram sobre as suas experiências a partir do tema “Depressão infantil: um mundo sem cor”. Como dispositivo inicial de discussão, olhou-se o vídeo “Depressão Infantil, um mundo sem cor”, vídeo produzido pelos pesquisadores em 2019, para a disciplina “Abordagens e Contextos de Intervenção em Saúde Mental”, do Mestrado Profissional em Psicologia (UNISC).

As perguntas disparadoras para as discussões do terceiro encontro foram as seguintes: Qual a sua percepção sobre a depressão infantil? Quais as experiências que você teve ou tem em sua prática profissional com a depressão infantil? Quais elementos você considera essenciais na abordagem desses pacientes? Sintomas e diagnóstico; prevalência; idade e gênero; sintomas e uso de medicações; depressão infantil e pandemia.

Ainda, foram apresentados alguns dados da pesquisa quantitativa realizada pelos pesquisadores (Capítulo 4) e houveram trocas importantes sobre os resultados. Foram analisados os dados da distribuição por ano do número de crianças atendidas no SIS, a prevalência de crianças com sintomas depressivos, o perfil das crianças com sintomas depressivos e a utilização das medicações das crianças com sintomas depressivos atendidas no serviço-escola. Entende-se que a apresentação dos dados quantitativos e discussão com os estagiários que trabalham no serviço colaboram na validação dos dados pesquisados.

O quarto e último encontro ocorreu na data de 28 de maio de 2021, com a temática “Medicamentos e crianças: medicar ou não?”. Nesse encontro, novamente, foram novamente abordados dados da pesquisa quantitativa e foram abordadas perguntas disparadoras como: Qual a diferença entre medicação e medicalização? Como entendem o uso de medicações por crianças com sintomas depressivos? Classificações diagnósticas: rotulam a criança ou ajudam a receber as intervenções? Em que momento o tratamento farmacológico é necessário? Qual a importância da abordagem psicoterápica? Como não enquadrar os pacientes e manter suas subjetividades?

Em relação ao prognóstico do tratamento em psicoterapia das crianças com sintomas depressivos, foi feita a seguinte pergunta disparadora: O uso da medicação contribui ou não no prognóstico do tratamento em psicoterapia das crianças com sintomas depressivos?

Houve um agradecimento final por todas as trocas, pela experiência e disposição dos participantes. Foi realizada uma avaliação do grupo focal a partir do questionário de avaliação do FormsApp (junho de 2021), que demonstrou que os momentos criaram uma impressão valiosa (100%), os conteúdos foram claros e relevantes (100%), os temas mais proveitosos foram: “Psicopatologia da infância, desenvolvimento normal e patológico e a clínica infantil” (50%) e “Depressão infantil: um mundo sem cor” (50%) e todos recomendaram o estudo destes temas (100%). “A experiência e conhecimento da pesquisadora foi um ponto forte do grupo. Acredito que seria importante uma carga horária maior em cada encontro para conseguirmos aprofundar mais sobre os temas” (um dos participantes).

Quanto à devolução dos resultados da pesquisa ao local, os dados quantitativos foram apresentados no grupo focal aos estagiários e ao coordenador do curso de Psicologia do SIS. Combinou-se que, após a finalização do produto técnico, será agendada uma data para um encontro devolutivo, provavelmente no início de 2022, a fim de apresentar o estudo completo à coordenação do serviço (curso de Psicologia, Enfermagem, Nutrição e Medicina) e aos estagiários de Psicologia.

Todos os quatro encontros do grupo focal foram transcritos e os dados examinados com exaustão, intensidade e profundidade, formando as categorias centrais e as subcategorias.

A categorização, conforme afirma Moraes (2003), é um processo de comparação constante entre as unidades definidas no processo inicial de análise, o que leva a um categorizar de elementos semelhantes, de acordo com critérios, objetivo do trabalho, mas sendo que a todo o momento elas podem ser modificadas e reorganizadas em um processo em espiral. As categorias não aparecem prontas, exige-se retorno cíclico aos mesmos elementos para sua

gradativa qualificação, um exercício de avaliação constante das categorias e sua validade e pertinência que o pesquisador necessita fazer.

A interpretação da pesquisa-intervenção emerge como uma possibilidade de análise textual discursiva. A Análise Textual Discursiva (ATD) é descrita como um processo que se inicia com uma unitarização, em que os textos são separados em unidades de sentido para o pesquisador e transformados em unidades de significado. Há dois movimentos de elaboração de categorias com a ATD: as categorias a priori, construções dedutivas em que o pesquisador elabora as categorias a partir de teorias de fundamentação do trabalho antes mesmo de realizar a análise; e as categorias emergentes, construções teóricas indutivas e intuitivas elaboradas a partir do corpus de análise (MORAES; GALIAZZI, 2007).

A descrição se mostra no livro de Análise Textual Discursiva (MORAES; GALIAZZI, 2007) como movimento primeiro de escrita em que descrever as categorias e subcategorias é apresentar as informações empíricas.

A descrição na análise textual qualitativa concretiza-se a partir das categorias construídas ao longo da análise. Descrever é apresentar as categorias e subcategorias, fundamentando e validando essas descrições a partir de interlocuções empíricas ou ancoragem dos argumentos em informações retiradas dos textos. Uma descrição densa, recheada de citações dos textos analisados, sempre selecionadas com critério e perspicácia, é capaz de dar aos leitores uma imagem fiel dos fenômenos que descreve. Essa é uma das formas de sua validação (MORAES; GALIAZZI, 2007, p. 39).

A análise textual discursiva pode ser caracterizada como exercício de produção de metatextos, a partir de um conjunto de textos. Nesse processo, constroem-se estruturas de categorias, que, ao serem transformadas em textos, encaminham descrições e interpretações capazes de apresentarem novos modos de compreender os fenômenos investigados (MORAES; GALIAZZI, 2007).

As categorias desta pesquisa enquadram-se como emergentes, visto que são construções teóricas que foram elaboradas a partir do corpus de análise. Assim, foram criadas as categorias e subcategorias, a partir dos encontros do grupo focal. A primeira categoria refere-se a “Sofrimento emocional de crianças e dificuldades parentais”, subdividida em “Singularidades, uso de tecnologias e sofrimento emocional de crianças em atendimento psicoterápico” e “Dificuldades materna e paterna”. A segunda categoria define-se como “Depressão infantil: sensibilidade, cuidados no diagnóstico e intensificação na pandemia”, subdividida em “Cuidados e sensibilidade no atendimento e diagnóstico da depressão infantil” e “Intensificação

da depressão infantil durante a pandemia”. A terceira categoria é “Olhares sobre o uso de medicamentos na infância”, subdividida em “Medicação: Padronização e naturalização”.

Após, para a criação e produção do produto técnico, foi elaborada uma produção textual a partir das categorias centrais e das subcategorias, usando das unidades de base, das falas e interpretações dos sujeitos da pesquisa, onde se buscou um estabelecimento entre elas, a partir das influências do aporte teórico da psicanálise.

2.3 Categorias das narrativas e produção textual

As categorias e subcategorias (Quadro 1) dão suporte para pensar em narrativas epistêmicas, que é o movimento e fluxo constante de diálogo comunitário, conforme afirma Craig (1990). Nesta pesquisa-intervenção, todos os sujeitos que contribuíram são narradores, pois substanciam significativamente na produção dessa escrita. As análises dos discursos se configuraram em 3 categorias e 5 subcategorias, a partir das falas dos participantes.

Quadro 1 - Categorias e subcategorias a partir das falas dos participantes

<p>“[...] partindo do ponto que temos diversas realidades em nosso país e que a infância é uma construção social, podemos dizer que temos diversas infâncias e não de uma única infância né das diversas formas de se viver essa fase de vida inclusive no nosso país” (P1).</p> <p>“[...] a percepção sobre nossas crianças deve levar em consideração, a meu ver, principalmente o contexto em que estas estão inseridas e convivem diariamente. Nesse sentido, é possível falar em ‘infâncias’, ou seja, modos de ser e se colocar no mundo de formas distintas, estando estritamente ligadas a questões socioeconômicas, ambientais, culturais e familiares” (P11).</p>	<p>Singularidades, uso de tecnologias e sofrimento emocional de crianças em atendimento psicoterápico</p>	<p>Sofrimento emocional de crianças e dificuldades parentais</p>
<p>“[...] percebo que os pais em determinados momentos têm ‘terceirizado’ o cuidado dos filhos a outras instituições, como a escola e a própria área da Psicologia, o que tem, de certa forma, fragilizado essas relações e os diálogos. Penso na importância de pensar que a criança ela faz parte de um contexto familiar e ultimamente eu tenho percebido que há uma terceirização de cuidar dessas crianças né que acaba sendo estendido para escola e também para área da Psicologia né”.</p>	<p>Dificuldades materna e paterna</p>	

(Continua)

(Continuação)

<p>“Eu não lembro quem foi que comentou um dia, que uma mãe falou assim ‘ah eu tô levando meu filho aqui no SIS porque ele precisa aprender alguma coisa’. Então, falando sobre as crianças as quais tenho contato, seja pessoal ou profissional, percebo que elas estão inseridas em um universo bem tecnológico, com acessos a conteúdos virtuais, por vezes com supervisão dos pais, por vezes não” (P1).</p> <p>“[...] percebo o quanto as famílias têm terceirizado suas responsabilidades para outros espaços, como a escola, e os próprios atendimentos que são encaminhados” (P9).</p>		
<p>“[...] essa questão de ser realmente muito sensível para conseguir perceber, têm muitos sintomas que são semelhantes com outros diagnósticos, tipo a irritabilidade mas como é difícil, porque é muito delicado e a criança também oscila bastante humor, então tem que ser bem delicado mesmo” (P2).</p> <p>“[...] como os pais também estão preparados para receber esse tipo de diagnóstico? Como eles estão conseguindo perceber essa criança? Essa irritabilidade, o desânimo, o baixo rendimento escolar, como que estão percebendo isso... será que eles conseguem também ter essa sensibilidade entender que tem algo que não está certo?” (P1).</p>	<p>Cuidados e sensibilidade no atendimento e diagnóstico da depressão infantil</p>	<p>Depressão infantil: sensibilidade, cuidados no diagnóstico e intensificação na pandemia</p>
<p>“[...] pensei no contexto da pandemia também que a gente já está assim, os adultos se sentem bem atingidos por ela, daí eu fico pensando nas crianças que muitas vezes não tem nem um entendimento do que está acontecendo como está acontecendo isso, mas estão ali junto com a gente” (P7).</p> <p>“[...] eu atendo uma criança 10 anos no SIS ele tem e ele anda assim ultimamente bem irritado, aí eu tava pensando eu acho que ele se irrita em função do momento que está agora realmente, está se incomodando com a pandemia, ele é bem inteligente e eu fico pensando como as crianças em geral estão sentindo, provavelmente mais irritáveis eu acho aí como isso vai se desenvolver depois mesmo” (P7).</p>	<p>Intensificação da depressão infantil durante a pandemia</p>	
<p>“[...] isso assusta um pouco, uma criança tomando tantos remédios controlados para ansiedade, para se acalmar, acho que há uma cultura do remédio para os adultos também, basta ir numa farmácia, sabemos que há uma indústria, precisamos ver isso com bastante cautela. Sentimento de impotência, porque a criança às vezes já chega com muitos remédios [...] as questões afetivas que podem ser trabalhadas de outras formas e não logo se atacar com remédios, algo muito já cultural, a indústria do remédio já impregnada” (P6).</p>	<p>Medicação: Padronização e naturalização</p>	<p>Olhares sobre o uso de medicamentos na infância</p>

(Conclusão)

<p>“[...] acho que tem essa relação a fim de buscar uma resolução rápida [...] eu acho que tá muito enraizado assim esse primeiro movimento de uma solução rápida só que aí isso acaba tem uma questão lá enquanto tomar medicação tem um controle e não se trata de questões mais intrapsíquicas questões que realmente que levaram a essa criança está dessa forma” (P9).</p>		
---	--	--

Fonte: Da autora (2021).

2.3.1 Sofrimento emocional de crianças e dificuldades parentais

2.3.1.1 Singularidades, uso de tecnologias e sofrimento emocional de crianças em atendimento psicoterápico

A noção de infância como um período especial da vida, desprovido de responsabilidades e marcado pela brincadeira e leveza, nem sempre existiu na história da humanidade. Ariès (1981) conceitua a construção da infância como uma construção social que ocorre na transição da sociedade feudal para a industrial. Nas sociedades tradicionais, a infância se reduzia ao seu período mais frágil, a socialização se fazia fora da família, que tinha como missão a prática comum de um ofício. Segundo Freitas (2003), as palavras infante e infância, em sua origem latina, recobrem um campo semântico ligado à ideia de ausência de fala. Nas sociedades modernas (a partir do século XVI até meados do século XX), a criança assume um novo lugar envolvendo a família e a escola, que se tornam lugares de afeição. Ariès (1981) conclui que, da falta de discernimento da particularidade infantil, característica da sociedade medieval, se passou para um sentimento da infância associado à paparicação e fonte de distração para o adulto. Esse entendimento fica evidente na fala dos participantes 1 e 11:

[...] partindo do ponto que temos diversas realidades em nosso país e que a infância é uma construção social, podemos dizer que temos diversas infâncias e não de uma única infância a partir das diversas formas de se viver essa fase da vida inclusive no nosso país (P1).

[...] a percepção sobre nossas crianças deve levar em consideração, ao meu ver, principalmente o contexto em que elas estão inseridas e no qual convivem diariamente. Nesse sentido, é possível falar em ‘infâncias’, ou seja, modos de ser e se colocar no mundo de formas distintas, estando estritamente ligadas às questões socioeconômicas, ambientais, culturais e familiares (P11).

Em seu estudo, Postman (2005) aponta as transformações ocorridas na infância americana entre os anos 60 e 90 e levanta um fenômeno histórico de desvalorização da infância, embasado em evidências como o fato de as crianças acessarem as mesmas mídias que os adultos, a diminuição dos programas infantis, a adultização das crianças, o aumento do comportamento infantilizado dos adultos e a influência das crianças nos padrões de consumo da família.

Em termos positivos, Viana (2018) cita que, hoje, tem-se leis e órgãos específicos para defender as crianças (Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, criado em 1990) com uma rede de proteção mais efetiva, que procura garantir o acesso das crianças à escola e inibe/pune o uso dos castigos físicos, negligência e outras formas de violência. Entretanto, por outro lado, segundo o autor, tem-se crianças que têm acesso quase irrestrito à conteúdo inadequado para idade na mídia e na internet, crianças que cumprem pesadas agendas de atividades extracurriculares, crianças que passam mais de 8h por dia em uma escola, sem interação com a comunidade, a obesidade infantil (que cresce a cada ano) e diagnósticos infantis que crescem, como Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), depressão e estresse. O participante 7 aponta para estes aspectos:

[...] acho que nossas crianças de hoje são constantemente bombardeadas por informações, estão sendo mais adultizadas e exigidas (principalmente as meninas) e brincando menos. Acho que as crianças estão mais preocupadas, sobrecarregadas, estressadas e ansiosas. Talvez até se expressando menos ou não sabendo como e com quem (P7).

Segundo dados da WHO (2003), considera-se que cerca de 20% de crianças e adolescentes sofrem de algum transtorno mental e o índice de crianças entre 6 e 12 anos diagnosticadas com depressão saltou de 4,5% para 8% na última década. No Brasil, entre 10 e 20% de crianças e adolescentes sofrem de transtornos mentais e, dentre esses, de 3 a 4% precisam de tratamento intensivo (BRASIL, 2014).

[...] também percebo algumas crianças mais ansiosas, irritadas e tristes (P9).

[...] no estágio no SIS, tive contato com crianças sendo muito cobradas, ansiosas e emocionalmente mais sensíveis e no meu estágio no CREAS tive contato com crianças negligenciadas e que sofreram abuso ou violência, normalmente por parte dos pais (P7).

Viana (2018) aponta para o aumento do contato das crianças com a mídia e a tecnologia de forma cada vez mais intensa. Crianças em idades cada vez mais precoces têm tido acesso

aos equipamentos de telefones celulares, smartphones e notebooks. De acordo com os dados do Projeto Criança e Consumo (2014), em 2004, citado por Viana (2008), as crianças e adolescentes brasileiros, de 4 a 17 anos, assistiam a cerca de 4h43min de TV por dia. Em 2014, esse tempo aumentou para 5h35min/dia, ou seja, um aumento de quase 1h em 10 anos (VIANNA, 2008). O crescente uso das tecnologias fica evidente na percepção dos participantes 1 e 4:

[...] das crianças que eu acompanho e estou próximo, todas são ligadas às tecnologias e estão inseridas no mundo bem tecnológico e essa inserção por vezes me parece ser precoce, porque a gente vê crianças bem pequenas já com celulares e tablets e ficam bastante tempo em frente às telas já desde cedo; eu também fiquei pensando em como a criança vai se subjetivando a partir dessas redes sociais, nesse contexto tecnológico; eu conheço e tenho visto crianças de 10, 11 anos com canais no YouTube com canais no Tik Tok então acaba assim se subjetivando dentro desse contexto de consumo, de padrões em que a gente acaba estabelecendo (P1).

[...] percebi assim que eram crianças sem rotina, o pai e a mãe davam um celular que era para criança ficar quietinha e depois criticavam porque o filho não queria sair do celular (P4).

A pesquisa realizada pelo Comitê Gestor da Internet no Brasil (2019), em amostra representativa de 2.964 famílias com crianças e adolescentes entre 9 e 17 anos, demonstrou que 86% estão conectados, o que corresponde a 24,3 milhões de usuários da internet. No total da amostra, 24% ficaram muito tempo na internet e 25% não conseguiram controlar o tempo de uso, mesmo tentando passar menos tempo na internet. Esses dados demonstram não só a relevância dos riscos à saúde, de maneira geral, mas também riscos para transtornos de saúde mental e problemas comportamentais. A pesquisa aponta que o uso da internet e as gratificações significativas recebidas nos jogos ou redes sociais perpassam pelos mecanismos de recompensa e da produção do neurotransmissor dopamina. O Manual de Orientação #Menos Telas #Mais Saúde (2019), de Eisensteins *et al.* (2019), descreve que as novas mídias preenchem vácuos, aliviando episódios recentes de tédio, estresse ou depressão. Muitos comportamentos se tornam impulsivos e automáticos e, assim, algo que começou como uma distração na tela passa a ser uma solução rápida para desaparecerem sentimentos difíceis e emoções perturbadoras com as quais as crianças e adolescentes ainda não conseguem lidar. “A dependência dos jogos, inclusive com teor violento, mas que trazem desafios e recompensas, impede que enfrentem os problemas que contribuíram com este estresse tóxico e a liberação do cortisol, criando um ciclo vicioso de ansiedade e depressão” (EISENSTEINS *et al.*, 2019, p. 3-4).

Poletto (2013) discute sobre pontos positivos e negativos da internet e afirma que a conectividade facilitou a interação e ampliou horizontes, no entanto, pode desenvolver sujeitos que não têm muita tolerância com o que precisa ser aguardado, mais dispersos, devido ao excesso de estímulos, e com uma tendência de trocar relações sociais reais por interações somente virtuais.

[...] no momento, em meus atendimentos, tenho a experiência com sofrimentos relacionados a ansiedade, competição, falta de rotinas e limites, negligência, uso excessivo de tecnologia, desatenção e irritabilidade; pelas minhas experiências, percebo as crianças imersas em um mundo tecnológico e digital, mas sem ter limites de acesso a ele (P9).

Segundo Furtado, França e Sousa (2018), a literatura demonstra um embate, dado que, embora se entenda que os games possam trazer benefício na construção das relações sociais, no dia a dia, é observado que ela é reduzida e prejudicada, já que as crianças não desenvolvem a habilidade para se comunicar, brincar, interagir com o outro, que a todo momento está sendo moldada por relações virtuais, que apenas exigem delas comandos mecanizados. Ao observar uma criança que interage com os jogos eletrônicos de forma inapropriada tanto no ambiente familiar quanto escolar, o resultado pode ser em crianças com dificuldade no sono, hiperativas, menos envolvidas nos relacionamentos da família e comprometendo seu desempenho escolar (FURTADO; FRANÇA; SOUSA, 2018).

Toda criança é um ser em evolução e a multiplicação dos diagnósticos de transtornos mentais na infância também cresceu muito. O perigo dos sistemas de classificação é levar à rotulação gratuita certas pessoas de um mesmo grupo social ou étnico (VIANA, 2018).

Também pode ser um perigo deixar crianças sem encaminhamento ou intervenção por medo de rotulação diagnóstica. Os TP podem ser comórbidos, manifestando-se simultaneamente e retardando o desenvolvimento. Normalmente, são realizados diagnósticos a partir de critérios padronizados, como o CID-10 ou DSM-V. Muitos sintomas são considerados típicos da fase, mas é preciso considerar os critérios de gravidade e prejuízo.

Jerusalinsky (2011) relata que há uma nosografia baseada em dados que ordenam a psicopatologia. “Dar nomes” não é ruim, pois a função nominativa tem um efeito tranquilizador para pais, escolas e profissionais, dado que um tratamento vai ser iniciado logo após. No entanto, o autor aponta um excesso nessa função nominativa, além de muitas vezes diagnósticos precoces e mal feitos. O psicanalista ainda questiona onde fica a subjetividade desta criança.

Ele diferencia “problemas” de “transtorno”, onde problemas são vistos, escutados, interpretados e resolvidos e os transtornos precisam ser eliminados e curados (JERUSALINSKY, 2011)

[...] toda a singularidade da criança é posta em xeque com certos rótulos, ao mesmo tempo que a época e o local que essa criança está se desenvolvendo e aprendendo não é analisado (P11).

Jerusalinsky (2011) propõe uma psicopatologia interpretativa que não é nosográfica, não depende de sintomas, mas de deciframento e lugares de simbolização e do espaço terapêutico. Dessta forma, não nega o biológico e nem o diagnóstico, mas questiona o aumento de certas psicopatologias.

No processo do psicodiagnóstico, ainda deve se levar em consideração o pedido de ajuda dos pais, revelado na busca do atendimento. O desejo de que os filhos sejam bons precisa ser substituído e aceito pelo desejo de que os filhos fiquem bem, através da aceitação de sua subjetividade (POLETTI, 2003). Logo, é importante pensar-se sobre as dificuldades parentais e como estão as relações das crianças com seus cuidadores.

2.3.1.2 Dificuldades materna e paterna

O sistema familiar inclui uma pluralidade de entendimentos e pode ser definido por pessoas que possuem alguma ligação sanguínea ou se unem por casamento, união estável ou adoção, cooperam economicamente ou entendem sua identidade como sendo intimamente conectadas. Assim, se entende esse núcleo como sendo de fundamental importância para a socialização primária e para a formação da identidade da criança (TEODORO; CARDOSO; FREITAS, 2010).

As relações familiares desempenham um importante papel na mediação do funcionamento cognitivo e emocional de seus membros. Segundo a literatura, a interação entre o relacionamento familiar e a intensidade de psicopatologia em seus membros vem sendo estudada por diversos pesquisadores. A abordagem psicanalítica, estruturada por Freud, coloca os representantes das figuras materna e paterna em um dos pontos nodais na etiologia das neuroses, preso nesta ordem simbólica que o precede, o inconsciente do filho será sempre estruturado a partir do discurso da mãe, e também do pai, os quais transmitem a fala de um coletivo cultural. Tramita-se aí o complexo edipiano, cujo será peça nodal para os desdobramentos psíquicos do sujeito (BAYMA, 2016).

[...] falar dos pais dessas crianças é falar do desejo que é colocado ali nesse sonho, eles colocam o desejo e quando se começa a conversar com uma criança, se começa a ver a família e os desejos que estão ali por trás daquele filho (P4).

Mannoni (1982) demonstra que, por trás do sintoma de uma criança, é comum que se perceba uma certa desordem familiar e o que se torna danoso ao sujeito é quando os pais se negam a visualizar o que não está indo bem e, portanto, não falam sobre isso. Mannoni (1982, p. 70) correlaciona o desejo materno com a patologia da criança, o que permite novas formas de compreensão:

Não é tanto o confronto da criança com uma verdade penosa que é traumatizante, mas o seu confronto com a ‘mentira’ do adulto (vale dizer, o seu fantasma). No seu sintoma, é exatamente essa mentira que ele presentifica. O que lhe faz mal não é tanto a situação real quanto aquilo que, nessa situação, não foi claramente verbalizado. É o não-dito que assume aqui um certo relevo.

Fleitlich e Goodman (2001) encontraram dados demonstrando que o estresse e a doença mental nos pais estão positivamente associados à presença de psicopatologias em crianças. Nesse contexto, a família pode ser um fator de risco para o aparecimento de futuras patologias infantis, no momento em que demonstra condutas como falta de disciplina, uso do castigo físico e desarmonia entre seus membros ou de proteção (FLEITLICH; GOODMAN, 2001; TEODORO; CARDOSO; FREITAS, 2010). Percebe-se na declaração do participante 4:

[...] percebi os pais desorientados porque com a pandemia e os pais em casa com os filhos (coisa que há muito tempo talvez nem acontecesse, porque pai e mãe trabalhando e sempre envolvidos com muitas questões e não conseguiram atentar para os filhos), o que poderia ser um momento precioso e de aproximação, trouxe muitas complicações e desafios. Os pais precisando auxiliar nas tarefas da escola e isso a gente viu que gerou também um transtorno dentro das casas, sendo que seria justamente o momento de união, percebo os pais realmente perdidos, porque não sabem como lidar com essas crianças (P4).

Com o intuito de comparar a intensidade da sintomatologia depressiva em famílias, classificadas como tendo afetividade baixa/alta e conflito baixo/alto, foi elaborada uma classificação de tipos familiares. Os resultados indicaram que famílias com alta afetividade e baixo conflito possuem significativamente menos depressão do que as com alta afetividade e alto conflito e baixa afetividade e alto conflito. Pode-se perceber que as famílias com os níveis mais elevados de conflito se encontram entre aquelas com maiores níveis de depressão infantil, demonstrando correlações significativas positivas da depressão com a afetividade e negativas com o conflito (TEODORO; CARDOSO; FREITAS, 2010).

[...] o corre-corre dos pais que sim acabam por terceirizar e acham que a escola que vai educar e que para eles cabe dar comida, alimento e a roupa para o filho; então a gente percebe que há uma desconexão sabe, o filho tá ali enquanto eles suprem alguma necessidade de pai e mãe, mas há um afastamento (P4).

Cruvinel e Boruchovitch (2009) relatam que a literatura aponta que um ambiente familiar caracterizado por condutas parentais inadequadas ou a psicopatologia de um dos pais pode ajudar no aparecimento de problemas depressivos. Ou seja, a presença de dificuldades na dinâmica familiar seria um fator de risco para a depressão e poderia contribuir para o desenvolvimento de sintomas depressivos na criança, bem como para a sua manutenção.

[...] também há de se pensar que os tempos mudaram e que as crianças de hoje não podem ter a sua infância comparada com a de seus pais, pois a nossa sociedade mudou, tudo está mais rápido e dinâmico. É claro que nem pai nem mãe ou qualquer pessoa que cuide tem um manual, isso a gente sabe e não é querer assim chicotear os cuidadores, mas o que eu sinto assim quando vem um pai e uma mãe e falam com a gente às vezes é um desconhecimento do que é uma criança, não sabem o que é esperado para determinadas épocas de uma criança; eu acho que a gente vive no mundo que tudo tem que ser muito formatado e às vezes os pais ficam querendo também, eles não conseguem formatar as crianças e aí chegam pra gente falando “essa criança não para de correr”, mas aí tu fica pensando que às vezes eles reclamam que os filhos não saem do telefone, mas é a criança sair do telefone e ir correr, brincar, jogar bola e vai quebrar o vaso, mas daí falam que ela não para, não senta, aí é algo que às vezes eu tenho a sensação que tem que sentar com os pais e falar “olha o que a senhora tem em casa uma criança sabe” (P2).

Apesar dos autores apontarem que é preciso cautela ao se falar em conflitos familiares enquanto fatores etiológicos da depressão, estudos apontam que crianças depressivas vivem em um ambiente familiar com fatores de risco, caracterizado por atitudes de hostilidade, falta de percepção de suporte e apoio afetivo, excesso de críticas, controle excessivo dos pais e rejeição, onde se presenciavam conflitos conjugais, presença de psicopatologia nos pais e agressividade entre o casal (BAHLS, 2002; CRUVINEL, BORUCHOVITCH 2009). Enquanto que um contexto familiar com relações saudáveis pode ser importante na recuperação de uma criança ou de um adolescente com depressão.

Pesquisas de Cruvinel e Boruchovitch (2009) apontam para que a ausência das mães contribua para o aparecimento de sintomas de depressão em seus filhos. As crianças com sintomatologia depressiva não costumavam brincar na rua; há indícios de uma preocupação maior por parte dos pais em relação às tarefas escolares (pois não existe uma rotina quanto às atividades diárias) e percebe-se que os membros dessas famílias passam menos tempo juntos.

[...] percebo que os pais em determinados momentos têm 'terceirizado' o cuidado dos filhos para outras instituições, como a escola e a própria área da Psicologia, o que tem, de certa forma, fragilizado essas relações e os diálogos. Penso na importância de pensar que a criança ela faz parte de um contexto familiar e ultimamente eu tenho percebido que há uma terceirização de cuidar dessas crianças; eu não lembro quem foi que comentou um dia, que uma mãe falou assim 'ah eu tô levando meu filho aqui no SIS, porque ele precisa aprender alguma coisa'. Então, falando sobre as crianças as quais tenho contato, seja pessoal ou profissional, percebo que elas estão inseridas em um universo bem tecnológico, com acessos a conteúdos virtuais, por vezes com supervisão dos pais, por vezes não [...]; no SIS foi possível perceber, nas minhas experiências, como o sofrimento emocional da criança acaba se ligando às questões ligadas a família, em especial das figuras de apego e que acabam influenciando no desenvolvimento infantil (P1).

[...] percebo o quanto as famílias têm terceirizado suas responsabilidades para outros espaços, como a escola e os próprios atendimentos que são encaminhados (P9).

Ramires *et al.* (2009) associam, por exemplo, os quadros de depressão e os fatores de risco psicossociais, como a exposição aos maus-tratos e aos eventos de vida estressantes. Dessa forma, Rutter (1987) salientou a importância de se considerar o equilíbrio entre os fatores de risco e os de proteção (apoio social, autoestima, supervisão familiar, entre outros).

Fatores de risco estão associados às características ou aos eventos que podem levar a resultados ineficazes, enfraquecendo a pessoa diante da situação de estresse e fatores de proteção inibem a intensidade desse risco e têm sido identificados no cuidado estável oferecido pela família, nas características pessoais e na possibilidade de contar com o apoio social e emocional de grupos externos à família, diante de eventos estressores (HABIGZANG *et al.*, 2006).

Nesse viés, não existe um fator único para o desenvolvimento de um transtorno psicopatológico (explicações simplistas podem estar carregadas de preconceito), visto que se pensa sempre em um fenômeno complexo e multicausal, porém entende-se que fatores de risco aumentam a prevalência (mas não causam o transtorno) e fatores de proteção se mostram atenuantes das condições adversas e diminuem a prevalência.

Também, compreende-se que os pais precisam ser cuidados, orientados, assim como fica evidente na fala do participante 1:

[...] por isso a importância de se dar um suporte aos pais e trazê-los para perto, orientar e fazer com que consigam acompanhar e dar o espaço para a criança conseguir se desenvolver de uma forma mais saudável (P1).

2.3.2 Depressão infantil: sensibilidade, cuidados no diagnóstico e intensificação na pandemia

2.3.2.1 Cuidados e sensibilidade no atendimento e diagnóstico da depressão infantil

Sabe-se que cada época produz sofrimentos diferentes e esses também são vividos de maneiras diferentes. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2020, a depressão seria a segunda doença que mais roubaria tempo de vida útil da população, cada vez mais as pessoas são diagnosticadas como deprimidas pelos diversos profissionais da área da saúde mental (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007).

Na atualidade, a depressão como epidêmica veio a depender de uma cultura do alto desempenho, onde o homem está particularmente sujeito a deprimir-se, “é que as depressões, na contemporaneidade, ocupam o lugar de sinalizador do mal-estar na civilização” (KEHL, 2009, p. 22). Nesse sentido, pensa-se que a depressão seja “a doença do século”. Pensadores como Roudinesco (2000) vão trabalhar com a ideia a ponto de falarem em uma sociedade depressiva, tratando a depressão como uma epidemia psíquica. Ou seja, que há uma concentração de casos em um mesmo local e época, claramente em excesso em relação ao que seria teoricamente esperado, que vem afetando as sociedades democráticas. E o mundo contemporâneo só fez agravar o sofrimento dos depressivos com sentimento de culpa em relação aos ideais em circulação (KEHL, 2009).

Nas crianças, a detecção da depressão é algo recente, pois somente por volta dos anos 1970 que a depressão foi descrita com critérios diagnósticos mais específicos e entendeu-se que “as crianças exibem sintomas depressivos semelhantes aos adultos, com algumas características identificadas às da depressão encoberta” (MILLER, 2003, p. 5).

No modelo biológico, a depressão é um transtorno de humor diagnosticado a partir da presença de determinados sintomas que se manifestam em uma certa duração, frequência e intensidade. Embora a característica mais típica dos estados depressivos, de acordo com Porto (2000), seja a proeminência dos sentimentos de tristeza ou vazio, nem todos os pacientes relatam a sensação subjetiva de tristeza. Muitos referem à perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral e a redução do interesse pelo ambiente, como o principal sintoma. Condutas de oposição, hostilidade, instabilidade de humor e crises de raiva são comuns e podem ser desencadeadas por motivos fúteis (CURATOLO; BRASIL, 2005). A depressão frequentemente associa-se à sensação de fadiga ou perda de energia, caracterizada pela queixa

de cansaço exagerado. Nosograficamente identifica-se como um “Transtorno do Humor” (DSM-V) ou “Transtorno Afetivo” (CID-10).

Segundo Assumpção Júnior (2000), entre as sintomatologias que norteiam o diagnóstico na infância estão humor depressivo, irritabilidade, agressividade, falta de reatividade, variação diurna de humor, culpa excessiva, falta de prazer ou interesse, fadiga, dificuldades de concentração, insônia ou hipersonia, pessimismo, ideação suicida, perda ou ganho de peso, dores ou queixas físicas sem causas médicas, dificuldades cognitivas, entre outras. No entanto, conforme o autor, nem sempre se encontram sintomas que descrevem o estado interno da criança, de modo tão fácil quanto no adulto, referindo, frequentemente, somente tristeza e solidão (ASSUMPCÃO JÚNIOR, 2000). As expressões não-verbais podem ser observadas em lugar das verbais, como o choro fácil e a irritabilidade, que costumam ser frequentes. “As súbitas mudanças de comportamento na criança são de extrema importância [...] principalmente quando, abruptamente, a sua conduta se altera de modo inexplicável” (ASSUMPCÃO JÚNIOR, 2000, p. 38).

Em relação ao rendimento escolar, de acordo com Cruvinel e Boruchovitch (2003), a criança deprimida tem baixo rendimento nos estudos, porque sua motivação para aprender é reduzida em função do sentimento de autodesvalorização e porque sua cognição e crenças sobre si mesmas são afetadas negativamente. Desse modo, crianças com baixo rendimento escolar tendem a desenvolver quadros depressivos, o que contribui para o surgimento de um sistema retroalimentador, que amplia o déficit no aprendizado desses alunos.

[...] eu fiquei pensando na palavra sensibilidade e como é importante a gente ter uma sensibilidade no momento de um atendimento com as crianças para conseguir compreender quando elas começam a caminhar para o quadro depressivo, porque são sinais por vezes sutis e outros não tão sutis e que podem denunciar também outras coisas que a gente pode começar a imaginar outros caminhos; fiquei pensando em como é difícil fazer escuta de pacientes e como com crianças também é complicado; penso na importância de um diagnóstico bem feito, de não tratá-lo como algo ruim, mas como algo necessário quando bem feito, que consegue auxiliar essa criança (P1).

[...] essa questão de ser realmente muito sensível para conseguir perceber, têm muitos sintomas que são semelhantes com outros diagnósticos, tipo a irritabilidade mas como é difícil, porque é muito delicado e a criança também oscila bastante humor, então tem que ser bem delicado mesmo (P2).

A psicanálise não restringe seu diagnóstico às especificidades sintomáticas, nem obedece a uma nosografia classificatória, já que preserva a singularidade de cada sujeito na

compreensão do seu sintoma e o analista se atém à posição do sujeito frente ao dito e na fantasia que o determina (LEITE, 2000).

Através de um resgate histórico, percebe-se que a tristeza é companheira do homem desde sua origem. Na visão de Peres (2003), desde a teoria de Hipócrates, que remete aos mitos de origem na Antiguidade, entre os quatro humores - amarelo, o sangue, a pituíta e a bÍlis negra - a melancolia já correspondia ao último humor, caracterizada pela tristeza e pelo medo. Nesta época, a melancolia era uma condição relacionada à genialidade, à filosofia e ao pensamento.

Na Idade Média, a teoria dos humores ainda predominava. No Renascimento e desde a origem do cristianismo, a melancolia continuou a ser cultuada no momento em que a fé era o que promovia a salvação e não a ação do homem que reparava as faltas (PERES, 2003). Nos séculos XVI, XVII e XVIII, a melancolia passou de uma causalidade baseada nas substâncias (teoria dos humores) para uma causalidade das qualidades, como solidão e tristeza. No fim desse período, o estudo das doenças mentais começou a constituir um ramo médico e a teoria dos humores foi substituída por um termo psiquiátrico que definia a melancolia em uma ênfase situada na psicose maníaca-depressiva. Assim, a melancolia passou do status de uma qualidade para ser considerada uma patologia (RIBEIRO, 2001).

Nesse viés, a concepção de depressão, como se conhece hoje, não é a mesma que Freud e seus seguidores abordaram em seu contexto histórico de produção. Entretanto, é de extrema relevância e, inclusive, ponto de partida, pois a melancolia, tal como abordou Freud, preocupava-se não somente com a descrição de sintomas, mas com a psicodinâmica da problemática. Em seu artigo “Luto e Melancolia”, de 1915, Freud (1974a) pensou na melancolia como uma estrutura onde o sujeito se supõe culpado pela morte ocorrida, nega-a e se julga possuído pelo morto ou pela doença que acarretou sua morte. Em suma, o eu se identifica com o objeto perdido, a ponto de ele mesmo se perder no desespero infinito de um nada irremediável (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Segundo Huttel *et al.* (2011), para a psicanálise, a depressão não deve ser caracterizada enquanto estrutura psíquica por se tratar de um estado próprio para a constituição do aparelho psíquico, mas como um sintoma que é descrito pelo paciente como um desconforto no endereçamento do discurso do paciente ao analista. O que se denomina depressão, na *psicologia*, é compreendido como sintoma em relação às perdas na psicanálise e tais perdas, nesta abordagem, são entendidas como inerentes à condição humana (HUTTEL *et al.*, 2011).

A psicanálise concede, desde Freud, sua margem de razão ao sujeito deprimido, na medida em que reconhece o valor de verdade que seu sofrimento revela enquanto condição de desamparo que nos é inerente. Afora isso, a experiência analítica produz invariavelmente, sobre o paciente, o afeto de tristeza resultante do luto que ela provoca ao fazer tombar os ideais em que ele se alienava (TEIXEIRA, 2008, p. 28-29).

Na visão de Pinheiro, Quintella e Verztman (2010), na melancolia, o objeto perdido é o próprio motivo da condição trágica do sujeito, na medida em que a ambivalência passa a assumir seu caráter violento na relação com o objeto. A depressão passou a ser entendida como uma das mais importantes vicissitudes da crença narcísica atualmente, deflagrando um estado psíquico peculiar quando da incidência de uma perda objetal. A ambivalência retrata uma forma de reação à perda cujo destino é o empobrecimento subjetivo. Assim, a identificação narcísica (ao objeto perdido) faz com que o sujeito entre em um movimento de *assassinato de si mesmo*.

O deprimido, diferentemente do melancólico, protesta contra a perda. Não se permite lançar-se a novas possibilidades de investimento objetal. Há na depressão um registro psíquico da perda. O deprimido martiriza-se por ela e sabe o que ficou perdido. Por isso mesmo não há retorno do objeto sobre o eu, dado que o deprimido foi fisdado pelo investimento dos pais e pela formação da imagem de si. O deprimido tece uma narrativa sobre a perda, contudo não encontra sustentação para sua elaboração (PINHEIRO; QUINTELLA; VERZTMAN, 2010, p. 160).

[...] a gente tem pacientes adultos aqui no SIS que têm quadros depressivos e como é difícil fazer a escuta desses pacientes, então pensando nas crianças também como é complicado (P1).

No que tange à depressão em crianças, Kuperwajs (2010) aponta que Freud se referiu à angústia da criança frente à ameaça de perder o amor de seus pais, especificamente o da mãe, situando um luto a ser realizado frente à separação do Outro materno. Em “O mal-estar na civilização” (1930), Freud (1974b) faz uma referência em relação à queda da repressão paterna e um respectivo aumento nas exigências sociais, apontando assim uma sensação de esgotamento dos sujeitos.

Autores pós-freudianos, que pesquisaram a infância, abordaram a perspectiva da depressão a partir de diferentes concepções. Spitz (1960), pensador da escola freudiana, observou casos de depressão em crianças institucionalizadas no século XX e descreveu um fenômeno conhecido como “depressão anaclítica”, uma síndrome depressiva que afeta a criança privada da mãe depois de ter tido uma relação normal com ela durante os primeiros meses de vida (ROUDINESCO; PLON, 1998). Bebês que eram separados de suas mães entre seis meses e um ano de idade apresentavam-se mais reclusos, incapazes de interagir de maneira mais

expressiva, demonstrando uma expressão mais triste e recusando-se até a comer, observando-se, assim, que nos primeiros anos, as manifestações são essencialmente de ordem somática.

Dessa maneira, enquanto os freudianos associaram os dados da nosografia psiquiátrica à reflexão psicanalítica sobre o luto, a escola kleiniana acentuou a problemática da perda do objeto e da posição depressiva inscrita no âmago da realidade psíquica (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Em meados dos anos 70, a depressão na infância fez surgir grandes debates e Klein (1981), importante psicanalista da escola inglesa, fez da depressão um conceito concernente às posições essenciais da relação do sujeito com o outro materno, contribuindo em relação à constituição e evolução do sujeito e seu mundo interno. Há um entendimento que situações vivenciadas pela criança nos seus primeiros anos de vida lhe afetam de uma maneira muito intensa e desencadeiam uma ambivalência emocional:

Segundo Klein, o mundo interno é um espaço povoado por objetos e carregado de pulsões, instintos, funções e relações. Com os objetos internos, totais ou parciais, o sujeito vive relações pessoais marcadas pelas identificações. É um lugar onde predomina a onipotência do pensamento mágico infantil primitivo, o que lhe confere ora os mais deslumbrantes aspectos de magia, ora o mais intenso colorido de terror. É um lugar onde nada é caracterizado com nitidez e estabilidade, podendo objetos, impulsos e funções passar de um extremo a outro, do prazer mais intenso ao horror mais insuportável (NEVES, 2007, p. 23).

Entre seus componentes teóricos, Klein (1981) desenvolveu a criação da teoria das posições: posição esquizo-paranóide e posição depressiva. Conforme Barros, Barros e Danta Júnior (2000), a depressão, para os kleinianos, seria resultado da dificuldade crônica de elaboração dos “afetos depressivos” que mantém o indivíduo permanentemente na posição esquizo-paranóide por se utilizar de defesas que têm por objetivo eliminar a dor mental, projetando-a. Klein (1981) utilizava a interpretação na e pela transferência como o ponto principal de seu trabalho analítico com crianças e evitava qualquer conhecimento ou contato com o ambiente da criança.

Bowlby (1990), importante autor que estudou os processos depressivos na infância, esclareceu que a propensão a estabelecer sólidos vínculos emocionais com determinados indivíduos é um componente básico da natureza humana. O autor considerou o apego como um mecanismo básico dos seres humanos, ou seja, um comportamento biologicamente programado, como o mecanismo de alimentação e da sexualidade, e considerado como um sistema de controle homeostático, que funciona dentro de um contexto de outros sistemas de

controle comportamentais (BOWLBY, 1990). Quanto à depressão, o psicanalista a definiu como resultado inevitável de qualquer estado em que o comportamento se desorganiza, como ocorre depois de uma perda. Assim, é necessário se desfazer de certos padrões de comportamento e estabelecer outros padrões que serão importantes para a construção de novas interações e aponta que na maioria dos distúrbios depressivos a principal questão a ser observada é a capacidade de estabelecer e manter relações afetivas.

Para Spitz (1960) e Bowlby (1990), o conceito de depressão em crianças passa a ser considerado enquanto patologia. Salientam a importância da figura materna e as consequências de sua ausência para a criança, resultando em sintomas que consistiriam em um quadro de depressão infantil a partir de falhas ambientais (BOWLBY, 1990; SPITZ, 1960).

[...] essa questão da depressão da criança importante a gente está bem atento em questão de envolver os pais e outros cuidadores de criança, porque eu penso assim que bibliografia nos mostra que esta criança não se deprime sozinha ela tem as pessoas estão construindo essa criança e aí tem uma muitas vezes essas pessoas estão atravessando essas questões na criança (P6).

Segundo Winnicott (1975), esse importante autor que entende o desenvolvimento emocional da criança muito ligado à mãe, o vínculo físico e emocional entre mãe e filho assentará bases para o desenvolvimento saudável das capacidades individuais. No entanto, quando se pensa na ausência materna do cotidiano real, esta é sentida pelo bebê de forma gigantesca. Pode-se pensar em falhas ambientais precoces, falhas neste suporte inicial que repetidas, com certeza, trazem danos à criança. Sabe-se que o rompimento de vínculos afetivos e um suporte inicial falho impactam prejudicialmente a configuração psíquica da criança. O autor propõe que, quando as falhas ambientais precoces são repetitivas, há um congelamento da situação de fracasso, produzindo reações, à invasão ambiental, que trazem para o bebê uma “ameaça de aniquilamento” (ansiedade primitiva), onde os fracassos da mãe são sentidos como seus “[...] pude ver que a depressão da criança pode ser um reflexo da depressão da mãe” (WINNICOTT, 1988, p. 199). Assim, sem um ambiente suficientemente bom, o *self* não se desenvolve, não alcança as dificuldades e, muito menos, as satisfações. Desenvolve-se um “falso *self*” muito mais primitivo e defensivo.

Green (1988), na continuidade de Winnicott, fala de uma mãe que desinveste repentinamente no bebê, provocando uma grande transformação em sua vida psíquica. De repente, a mãe que cuidava, que tinha toda uma preocupação materna primária, o abandona. O bebê, sem ter nenhuma explicação, interpreta essa decepção como consequência das suas

pulsões perante o objeto. Green (1988) aponta que a criança, após ter experienciado a perda do amor da sua mãe, a ameaça de perdê-la e de ter lutado contra a ansiedade que isso lhe causa, organiza defesas, sendo a primeira o *desinvestimento (descatexia) do objeto materno* e a *identificação com a mãe morta*. O resultado é a constituição de um buraco na textura das relações objetais com a mãe, a perda de significado que se perpetua para a vida e suas relações, na manifestação de impotência em vários campos da vida. Desinveste em objetos que podem decepcionar.

A depressão de transferência é uma repetição da depressão infantil, com características de uma depressão não pela perda real do objeto, mas devido a um buraco que se instaura na relação mãe-bebê. Green concorda com Freud sobre a etiologia das neuroses, “a configuração psíquica da criança é formada pela combinação de suas disposições pessoais herdadas e os eventos de sua mais tenra infância” (GREEN, 1988, p. 174).

A posição do depressivo decorre de uma escolha, no sentido freudiano de “escolha de neuroses”, quando o pai imaginário se apresenta como rival da criança e a escolha precoce do futuro depressivo seria a de se retirar do campo da rivalidade fálica: em vez de disputar o falo com o pai, o depressivo teria preferido recuar, não enfrenta o pai e se oferece como objeto inofensivo à proteção da mãe. É possível pensar um tipo de depressão marcando uma estrutura psíquica como um vetor da neurose, por existir aí algo que define o psíquico na relação que se estabelece entre a depressão e o tempo, este entendido como construção social (KEHL, 2009). Os sujeitos, de acordo com Safatle, Silva Junior e Dunker (2018), capturados pelo sofrimento de indeterminação, possuem uma queixa muito comum de não mais reconhecerem dentro de si a eficiência da referência central, aquela que anteriormente organizava e dava o sentido. São sujeitos que desistiram dos próprios desejos.

Em relação à infância, há um entendimento que possíveis falhas no ambiente e nos laços em que a criança está inserida podem resultar em depressão, considerando, assim, a depressão de forma patológica. Segundo Bayma (2016), muitos desses impasses disparadores de significativo sofrimento para a criança advém da ausência, ruptura ou descontinuidade de cuidado materno e agentes cuidadores, que estão passando por questões próprias de adoecimento psíquico. A depressão da criança seria, nestes casos, uma resposta a emergir depois desta lutar contra a desistência materna.

Mannoni (1982, p. 73) afirma que, na análise infantil, existem diferentes transferências: a da analista, dos pais e do infante, dado que “a criança doente faz parte de um mal-estar coletivo, sua doença é transporte de uma angústia dos pais”. Tem-se um sujeito em constituição

e completamente dependente do Outro, fenômeno que coloca o analista diante da necessidade de saber lidar com a transferência advinda do casal parental, os quais serão preponderantes na direção do tratamento. A análise de uma criança, normalmente, tem seu início com a demanda dos pais. São eles que percebem que algo não vai bem com a criança, ou que depositam nela um problema. Por esse motivo, quem normalmente inicia o tratamento da criança, quem inaugura a transferência, são os pais (BLEICHMAR, 1993).

Tive um paciente pequeno que brincava de forma agressiva com os bonecos e acho que realmente também isso era o que me impactava na questão da depressão e a maneira como ela é formada, independente da questão financeira, porque temos crianças deprimidas bem ricas e outras bem pobres, independente da questão financeira, mais como ela está sendo construída por estes pais eu acho bem desafiador, bate uma tristeza de ver certas coisas por isso é bem desafiador (P6).

Para Carvalho e Ramires (2013), o brincar revela-se como uma possibilidade relevante de compreender o universo de crianças com indicadores de depressão, sendo a principal característica relacionada a diferenças nos valores de jogo simbólico em situações de brincadeira livre. “Essas crianças demonstraram jogar significativamente menos em nível simbólico, não conseguindo se envolver com os jogos e revelando baixo nível de fantasia” (CARVALHO; RAMIRES, 2013, p. 50). Assim, segundo as autoras, embora ainda se utilize como padrão para o diagnóstico da depressão infantil os mesmos aspectos do diagnóstico de adultos, algumas pesquisas começam a referenciar o brincar como uma possibilidade de diagnóstico diferenciado na infância e também de tratamento dessa psicopatologia (CARVALHO; RAMIRES, 2013).

Ao contrário da tendência natural onde se pensa que a infância é sinônimo de felicidade, ausência de preocupação ou de responsabilidade, as pesquisas mostram que as crianças podem sofrer de depressão. A vivência de situações estressantes no ambiente familiar pode desencadear a depressão infantil (GRILLO; DA SILVA, 2004). Nesse contexto, o diagnóstico precoce da depressão infantil encontra obstáculos, pois, muitas vezes, os indícios podem ser confundidos como característicos da idade ou como flutuações normais.

[...] como os pais também estão preparados para receber esse tipo de diagnóstico? Como eles estão conseguindo perceber essa criança? Essa irritabilidade, o desânimo, o baixo rendimento escolar, como que estão percebendo isso... será que eles conseguem também ter essa sensibilidade para entender que tem algo que não está certo? E agora, ainda tem toda a questão do isolamento social e da pandemia, será que estão atentos? (P1).

2.3.2.2 Intensificação da depressão infantil na pandemia?

Desde o início do ano de 2020, o mundo enfrenta uma grave crise mundial com a pandemia. Conforme dados do Ministério da Saúde (2020), em dezembro de 2019, em Wuhan, China, um novo coronavírus (SARS-COV-2) foi identificado como causa de doença respiratória aguda grave (COVID-19). Em janeiro de 2020, a OMS declarou o surto como uma emergência de saúde pública de interesse internacional (ESPII) e, em março de 2020, com a disseminação do vírus em diferentes países, foi declarada a pandemia. Oviedo e Carvalho (2020) apontam que a doença se apresenta menos frequente nas crianças, geralmente com sintomas de menor gravidade ou, na maioria das vezes, assintomática.

A OMS sugeriu que se adotasse o protocolo do isolamento social como a principal medida a ser tomada para conter a expansão da pandemia. A pandemia de COVID-19 está sendo um grande estressor emocional e alguns deles estão relacionados à duração da quarentena, ao distanciamento social, à frustração e ao tédio, ao acúmulo de tarefas, às dificuldades econômicas, o medo de contrair a doença, os riscos do trabalho, a preocupação com a saúde própria e dos entes queridos (ENUMO *et al.*, 2020).

O aprendizado é fundamental não apenas para entender os diferentes aspectos da pandemia, especialmente dos dados epidemiológicos e do curso da COVID-19, assim como para se atentar aos impactos psicológicos na área de saúde mental dos indivíduos (LINHARES; ENUMO, 2020). Os aspectos psicológicos durante a grave crise contemporânea da pandemia da COVID-19 ainda estão sendo pesquisados, mas os estudos já mostram influências dessa situação no comportamento do cotidiano das pessoas e causando ansiedade, medo, depressão e pânico.

Dados da pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), que avaliou 2.117 participantes do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto, acompanhados desde 2008 e avaliados periodicamente durante a pandemia, em 2020, mostrou que a pandemia de COVID-19 não alterou de forma significativa a ocorrência de transtornos mentais, porém ela continua alta, afetando mais de 20% da população. Sintomas psiquiátricos, como ansiedade e depressão, apesar de se manterem estáveis, permanecem em níveis elevados. A prevalência dos transtornos mentais continuou alta, entre 20% e 25%, mas não mudou de forma significativa na comparação com valores pré-pandemia. A taxa de transtorno mental comum oscilou entre 23,5% e 21,1%, enquanto a de transtornos depressivos foi de 3,3% para 2,8% e a de transtornos de ansiedade variou entre 13,8% e 8%. “Sintomas e diagnósticos são coisas diferentes, afinal

ter um sintoma depressivo é algo normal na pandemia, diferente de um transtorno depressivo maior, que é uma síndrome com componentes genéticos e de história de vida” (BRUNONI *et al.*, 2021, tradução nossa).

Contudo, ainda existem poucos dados sobre os impactos que esse período de transição caracterizado por insegurança e incertezas causará especificamente no funcionamento psicológico de crianças. O medo da morte, da doença, o luto pela perda de entes queridos, o fechamento das escolas, isolamento social e ensino on-line são eventos ocorridos durante a pandemia e que ainda irão reverberar em um processo que pode levar meses ou anos.

Dados da pesquisa realizada em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) mostram que, durante a pandemia, 40% dos brasileiros experimentaram sentimento de tristeza e depressão (BARROS *et al.*, 2020). É importante destacar que, diante da pandemia da COVID-19, todos os sintomas podem estar intensificados.

Racine *et al.* (2021), em um estudo realizado na Universidade de Calgary do Canadá, abordaram os desígnios mentais de 80.000 pequenos participantes de diversas partes do mundo, inclusive da América do Sul. O percentual de jovens ansiosos saltou de 11,6% antes da pandemia para 25,2% agora, ou seja, enquanto 1 em 5 jovens está experimentando sintomas de ansiedade clinicamente elevados. Os depressivos eram 12,9% nos tempos pré-COVID e 20,5% atualmente, ou seja, 1 em cada 4 jovens em todo o mundo está experimentando sintomas de depressão clinicamente elevados. As análises revelaram que a prevalência de sintomas de depressão e ansiedade clinicamente elevados foi maior em estudos coletados posteriormente na pandemia e em meninas. Os sintomas de depressão foram maiores em crianças mais velhas. Refletindo na fala do participante 7:

[...] pensei no contexto da pandemia também que a gente já está assim, os adultos se sentem bem atingidos por ela, daí eu fico pensando nas crianças que muitas vezes não tem nem um entendimento do que está acontecendo como está acontecendo isso, mas estão ali junto com a gente (P7).

Até onde se sabe no momento, a saúde física da criança é menos afetada pelo novo coronavírus em comparação a dos adultos (ZIMMERMANN; CURTIS, 2020). No entanto, a saúde mental das crianças no contexto da pandemia com o distanciamento ou isolamento social deve ser um ponto de atenção, considerando-se que as crianças se constituem em uma população vulnerável. O estudo de Wang *et al.* (2020), citado por Linhares e Enumo (2020), mostrou que o confinamento em casa de 220 milhões de crianças e adolescentes chineses,

incluindo 180 milhões de estudantes de escolas primárias e secundárias e 47 milhões da pré-escola, provocará impactos psicológicos, na medida em que estão sujeitos a estressores, tais como duração prolongada, medo de infecção, frustração e tédio, informações inadequadas, falta de contato pessoal com colegas, amigos e professores, falta de espaço pessoal em casa e a perda financeira da família (LINHARES; ENUMO, 2020).

[...] sobre a pandemia, a questão da criança não estar no colégio e isso faz muita diferença, o impacto disso (P5).

Diante da pandemia de COVID-19, o estresse pós-traumático e a depressão podem ocorrer, requerendo intervenções psicossociais (LINHARES; ENUMO, 2020).

Quanto aos impactos psicológicos da COVID-19 no desenvolvimento das crianças, até o momento poucos estudos foram produzidos. Um conjunto de estudos de um grupo de trabalho de pediatras na Província de Shaanxi (China) foi analisado considerando as estratégias promotoras da resiliência em crianças e adolescentes para enfrentar as consequências psicológicas da pandemia da COVID-19. O estudo mostrou que, em uma amostra de 320 crianças e adolescentes, de ambos os sexos, de três a 18 anos de idade, os problemas emocionais e comportamentais prevalentes foram os seguintes: distração, irritabilidade, agitação, medo de fazer perguntas sobre a epidemia, querer ficar agarrados aos familiares. Esses problemas se associaram a pesadelos, falta de apetite e desconforto físico. Na subamostra de crianças de três a seis anos, prevaleceu excesso de apego aos pais e medo de os familiares ficarem doentes, enquanto nas mais velhas aparecem mais os indicadores de desatenção e questionamentos recorrentes (LINHARES; ENUMO, 2020).

[...] eu atendo uma criança 10 anos no SIS ele tem e ele anda assim ultimamente bem irritado, aí eu tava pensando eu acho que ele se irrita em função do momento que está agora realmente, está se incomodando com a pandemia, ele é bem inteligente e eu fico pensando como as crianças em geral estão sentindo, provavelmente mais irritáveis eu acho aí como isso vai se desenvolver depois mesmo (P7).

O estudo de Klein *et al.* (2009) teve por objetivo avaliar o impacto psicológico nas crianças após o ataque terrorista de 11 de setembro em Nova York, realizando um grupo focal com pais de crianças de até cinco anos de idade. Os resultados mostraram que, após este evento altamente estressor, houveram problemas disfuncionais do tipo ansiedade, novos medos, sinais de depressão, irritabilidade, apego excessivo e problemas de regulação do sono e alimentação. Fala do participante 2:

[...] a gente vinha vendo antes da pandemia que já era algo muito forte, né já era uma reclamação e uma queixa dos pais, que traziam uma preocupação com os sintomas ansiosos dos filhos e o uso das tecnologias, que já era muito grande e agora assim isso se acentuou, né (P2).

A pandemia também trouxe muitas perdas. A Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais (ARPEN-BRASIL, 2021 apud SANTOS *et al.*, 2021), aponta que 12.211 crianças de até seis anos de idade ficaram órfãs desde março de 2020 até 24 de setembro deste ano, pois perderam pai, mãe, ambos ou ainda algum avô ou avó responsável por sua criação e 25,6% das crianças de até seis anos que perderam um dos pais na pandemia não tinham completado um ano. A criança pode vir a desenvolver o transtorno depressivo após acontecimentos de luto ou perda, como separação dos pais ou óbito de entes queridos (SANTOS *et al.*, 2021).

A elaboração do luto na psicanálise é descrita como um processo de identificação com o objeto perdido, no qual há retirada gradual do investimento libidinal nesse objeto e investimento libidinal em novos objetos. Esse processo não implica o desligamento total do objeto perdido, tendo em vista que a ligação com o objeto interno permanece e é ressignificada durante o trabalho de luto. Em relação às crianças, o enfrentamento da morte exige uma elaboração que será sempre precária, já que o alcance da noção de finitude é inexistente, até esse momento. Cabe às pessoas próximas encontrarem fórmulas que ajudem a nomear e amparar, permitindo à criança o trabalho de construir significações próprias. Daí a importância da escuta psicanalítica da criança e de seus familiares, permitindo o encontro das palavras necessárias para o trabalho de nomeação e de elaboração psíquica (MARIOTTO; MOHR, 2020).

Nesse sentido, ao patologizar a tristeza, perde-se um importante saber sobre a dor de viver. Os medicamentos levam o usuário a um estado crônico de desafetação sem dor, mas também sem desejo, em uma sociedade antidepressiva onde o cultivo da saúde está relacionado à oferta de novos medicamentos no combate das depressões (KEHL, 2009).

2.3.3 Olhares sobre o uso de medicamentos na infância

2.3.3.1 Medicação: Padronização e naturalização

Safatle, Silva Junior e Dunker (2018) falam da banalização da depressão como uma crescente popularização dos discursos no âmbito leigo, assim como uma inflação inusitada do diagnóstico de depressão no âmbito médico como um todo. O aumento da prescrição e o consequente consumo de psicofármacos por crianças, tem inquietado a sociedade. Nos últimos anos, houve um intenso movimento em direção ao consumo de psicofármacos tanto em termos de uso apropriado como de abuso. Conforme Bezerra (2008), entre 2000 e 2002, as prescrições de antidepressivos para esta faixa etária aumentaram 48% no Brasil e 68% entre as crianças britânicas.

[...] fiz estágio no CAPS Infantil e vocês não tem noção do quanto as crianças são medicadas, não tem uma investigação mais aprofundada [...] se é depressão que a criança tem, já vai algum medicamento para depressão fluoxetina, amitriptilina... é a minha visão do que eu captei de lá (P3).

Jerusalinsky (2011) fala do sofrimento na infância, na medida em que se aborda de uma forma excessiva e sem muitos cuidados a padronização de condutas e psicodiagnósticos nesta fase da vida. Conte (2019) descreve que a partir de queixas que provém dos pais e da escola, o uso das medicações acaba por permitir a identificação de que as crianças precisam se adequar e regular todos os seus comportamentos conforme os desejos e as expectativas daqueles que as rodeiam.

A pesquisa quantitativa apontou um índice significativo de crianças depressivas que faziam uso de alguma medicação. Para Conrad (2007), a produção de diagnósticos é uma das consequências da medicalização, definida como o processo pelo qual problemas não-médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, usualmente em termos de doenças ou transtornos.

A medicalização demasiada nestes primeiros anos, apontada como um tratamento infalível, onde os psicofármacos assumem um papel de extrema eficiência dando conta da redução de inúmeros sintomas, é uma questão que precisa ser analisada sempre com muito cuidado. Brzozowski e Caponi (2013) relatam que na infância é possível observar que grande parte dos desvios ocorridos nessa época da vida são notados na escola e descobertos a partir do

momento em que a criança desenvolve algum problema de aprendizagem ou quebra normas impostas socialmente. O processo de medicalização está diretamente ligado ao que é considerado um desvio social e ao controle social. A produção de diagnósticos e de terapêuticas que simplificam os sofrimentos ocorridos na infância faz com que existam cada vez mais crianças medicadas (e cada vez mais cedo).

[...] isso assusta um pouco, uma criança tomando tantos remédios controlados para ansiedade, para se acalmar, acho que há uma cultura do remédio para os adultos também, basta ir numa farmácia, sabemos que há uma indústria, precisamos ver isso com bastante cautela. Sentimento de impotência, porque a criança às vezes já chega com muitos remédios [...] as questões afetivas que podem ser trabalhadas de outras formas e não logo se atacam com remédios, algo muito já cultural, a indústria do remédio já impregnada (P6).

Segundo Silva, Moraes e Mendes (2018), o fenômeno da medicalização é um conceito decorrente do ato de medicar em excesso, em relação aos psicofármacos. Esse comportamento passou a se tornar mais recorrente a partir dos anos 60 e 70, quando os psicotrópicos transbordaram a psiquiatria asilar para a psiquiatria privada e mais recentemente para a infância e adolescência.

Em meio a esse contexto, os autores trazem no seu estudo que a venda de antidepressivos e estabilizadores do humor cresceu 48%, no Brasil entre 2008 e 2011, de acordo com o último relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE apud SILVA; MORAES; MENDES, 2018). Também houve um crescimento da prescrição de psicofármacos entre as crianças, podendo ocorrer isoladamente ou associado à psicoterapia e/ou orientação familiar. A pesquisa demonstrou que o uso precoce das medicações na primeira infância está atrelado às dificuldades no vínculo que se estabelece pelo adoecimento da criança/adolescente. “Para os cuidadores, os sentidos sobre o cuidar são justapostos ao uso da medicação” (SILVA; MORAES; MENDES, 2018, p. 160).

Na visão de Silva, Schafer e Bonfiglio (2013), ao se fazer uma reflexão sobre o uso de psicofármacos e da psicoterapia, verifica-se que a psicanálise utiliza a palavra em vez de psicofármacos, pois essa possui caráter terapêutico, constituindo-se, portanto, em um dispositivo de cuidados à saúde. “No entanto, fica evidente que o público infantil que busca atendimento psicológico vem diminuindo ao longo dos anos e, em paralelo, o índice de crianças que utilizam medicação está cada vez maior” (SILVA; SCHAFER; BONFIGLIO, 2013, p. 82). O estudo apontou que, com o passar dos anos, aumentou o número de crianças medicadas e as crianças que faziam uso dos medicamentos permaneciam por mais tempo em atendimento no

serviço, demonstrando menos registros de alta do que aquelas somente em psicoterapia (SILVA; SCHAFER; BONFIGLIO, 2013).

[...] eu vi com frequência que era muito cômodo assim acabar medicando porque as crianças que eu tive contato às vezes não era uma medicação eram várias medicações era muito forte e assim a maioria nunca tinha tido um acompanhamento psicológico por exemplo, então eu ouvi isso para mim eu acho algo muito ruim, porque nem tudo precisa propriamente de uma medicação né de repente esse acompanhamento psicológico ajudaria [...] eu percebia que era muito por comodidade mesmo sabe porque queria que aquela criança ficasse quietinha no seu cantinho ali e que só conseguiria isso se ela estivesse medicada né então acho que para mim isso me incomoda muito assim né mas a gente sabe que para a maioria acaba sendo um resultado mais rápido do que uma psicoterapia [...] (P8).

Na pesquisa de Nakamura e Santos (2007), os profissionais entrevistados foram unânimes quanto à necessidade de utilização de medicamentos e de os resultados mais imediatos serem reconhecidos. Embora o acompanhamento terapêutico também seja recomendado em uma abordagem múltipla, “o uso de medicamentos parece atender de forma mais imediata a essas necessidades, mantendo-se como prática eficaz pela rapidez dos resultados observados, condizentes com o discurso médico-científico, pois para os médicos o importante é diagnosticar e curar” (NAKAMURA; SANTOS, 2007, p. 57).

Falas dos participantes 2 e 3:

[...] na rede de cuidado, às vezes geralmente tem poucos profissionais e muita demanda então isso interfere bastante (P2).

[...] acho que isso é uma falha né, deveria ter mais profissionais mais tempo para fazer esses testes psicológicos para confirmar mesmo os diagnósticos e fazer uma avaliação completa, com mais atenção aos sinais, mas não tem (P3).

O imediatismo, hoje, é a palavra de ordem, a superação das mazelas é instantânea, negado ao sujeito demonstrar fracasso, frustração ou dor. De acordo com Conte (2019), a medicação pode estimular pais e professores a recorrerem a métodos externos como forma de aliviar suas impossibilidades diante da criança. Assim, a insuficiência de interferências parentais e da escola acabam por mortificar a vida criativa da criança e vulgarizam os destinos possíveis do desejo de desejar.

[...] acho que tem essa relação a fim de buscar uma resolução rápida [...] eu acho que tá muito enraizado assim esse primeiro movimento de uma solução rápida só que aí isso acaba tem uma questão lá enquanto tomar medicação tem um controle e não se trata de questões mais intrapsíquicas questões que realmente que levaram a essa criança está dessa forma (P9).

[...] não gosto de crucificar a utilização de medicamentos né porque a gente sabe que em alguns momentos eu acho que a inserção deles vai ser importante né para o bom desenvolvimento daquela criança vez para conseguir acessar outras coisas né mas ao mesmo tempo eu me questiono é sobre essa é exacerbação assim nada de muito uso de muitos diagnósticos de uma naturalização da medicação como se fosse um caminho, o primeiro caminho, então eu acho que talvez um ponto assim seria essa prudência né que se tu for utilizar que seja realmente quando for necessário a gente tenta eu acho apagar os sintomas que estejamos incomodando aí o medicamento ele acaba sendo sabendo o caminho mais rápido em alguns momentos né mas que não permite o acesso talvez aí a esses sentimentos a entender o que que tá acontecendo com aquela criança nós também como adultos acho que várias vezes fizemos isso também né mas acho interessante discutir sobre isso porque é isso de um lado a gente tem uma supervalorização da medicação que a gente tem que tomar cuidado e do outro a gente tem uma criança um sujeito né que talvez vá se beneficiar em algum momento daquela medicação [...] (P1).

Para Curatolo e Brasil (2005), a farmacoterapia é uma parte importante do tratamento da depressão na criança e deve fazer parte de uma estratégia terapêutica mais ampla pautada em uma exaustiva avaliação psiquiátrica da criança. Os autores defendem um tratamento individualizado e baseado no perfil dos sintomas da criança, no diagnóstico e nas comorbidades associadas e defendem que outras intervenções psicoterápicas, com o consentimento dos pais ou responsáveis pela criança, precisam acontecer de forma combinada (CURATOLO; BRASIL, 2005).

Os antidepressivos inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRSs) são considerados os agentes de primeira escolha no tratamento da depressão na criança. Entre os ISRSs, a fluoxetina é o único agente aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA) para uso na depressão em crianças a partir dos 8 anos de idade, mas sertralina e citalopram também se mostram bem tolerados no tratamento da depressão pediátrica (CURATOLO; BRASIL, 2005).

Pande, Amarante e Baptista (2020) apontam que, no Brasil, alguns psicofármacos são aprovados pela Anvisa para o uso da população infantil e outros são prescritos para faixas etárias sem estudos suficientes que garantam a segurança do seu uso e citam que a fluoxetina é contraindicada para pessoas com menos de 18 anos, colocando que a prescrição acontece de forma *off label* (não sendo aprovada pelas agências de regulação e dependendo então, da avaliação pessoal do prescritor). Segundo a bula da fluoxetina, há casos isolados em que o medicamento pode ser administrado em crianças entre 8 a 12 anos, mas apenas com acompanhamento médico.

Jerusalinsky (2011) fala da medicalização excessiva e do seu consumo, nestes primeiros anos, e aponta sobre os perigos em reduzir a criança ao neurofisiológico, quando questões como

relações fantasmáticas com os pais, representações mentais e do imaginário e o campo da linguagem não são considerados. Nesse ínterim, tem-se somente a fala de um cérebro que não seria um sujeito, onde há um cárcere químico que promete uma cura.

A clínica psicanalítica infantil, baseada nos conceitos de Anna Freud, Melanie Klein e Winnicott, tem como objetivo primordial na orientação da criança deprimida ajudá-la a resolver problemas emocionais, comportamentais e interpessoais que estão comprometendo sua capacidade de atuar no mundo de forma bem-sucedida. A relação de orientação fornece à criança uma base segura a partir da qual ela pode explorar o mundo e realizar mudanças.

Conforme Mannoni (1982), em seu trabalho com criança na clínica psicanalítica, o lugar do psicanalista é olhar para além da criança e dos pais. Dessa forma, o profissional tem que agir introduzindo o eixo a partir das interrogações, sendo esta uma pesquisa constante além da fala (técnica de associação livre verbal), que também pode se expressar por desenho e brincadeiras infantis, fazendo com que ocorram significações por meio da vivência do mundo da criança e do vínculo com o psicoterapeuta (MANNONI, 1982).

3 DESCRIÇÃO DO PRODUTO TÉCNICO

Seja a mudança que você quer ver no mundo.
(Gandhi)

Transformar significa “dar nova forma a, alterar o estado de, mudar, modificar” (FERREIRA, 1999). Diante dessas definições, pensamos no desafio de proporcionar algum impacto com a nossa pesquisa para além da produção de conhecimento teórico. Segundo Negret (2008), os Mestrados Profissionais (MP) buscam uma maior aproximação e articulação entre a universidade e a realidade social, no sentido de produzir conhecimento junto à sociedade, de forma que as pesquisas e os conhecimentos gerados tenham aplicabilidade de acordo com a realidade do nosso país. Nesse sentido, o autor fala dos impactos produzidos pelos MP e aponta a finalidade do produto técnico como um dos indicadores importantes neste processo.

Diante desse desafio, nos colocamos a pensar em um produto que tivesse a possibilidade de ser algo de fácil aplicação e com efeito social. E, assim, desenvolvemos uma cartilha, um produto técnico que se refere a um material didático (BRASIL, 2019). Para descrever a produção técnica (Apêndice B), foi utilizado o Relatório de Produção Técnica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), o qual apresenta metodologias de avaliação da produção técnica e tecnológica.

Criamos uma cartilha de caráter informativo/didático, a partir da pesquisa-intervenção que abordou a importância da prevenção da depressão infantil e a sua relação com o uso de medicações e o processo psicoterápico. Essa ferramenta tem como objetivos principais a orientação sobre os primeiros sinais de depressão na infância, a conscientização e a democratização de conhecimento, além da prevenção e a minimização da lógica medicalizante em crianças com sintomas depressivos. É um produto técnico que visa o acolhimento, o respeito à subjetividade e singularidade de cada criança, respeitando o princípio da equidade. Iniciamos o processo ainda na escrita do projeto, em 2019, e finalizamos em novembro de 2021.

Em relação à aderência e pertinência às linhas de atuação do programa, nossa linha de pesquisa é a de clínicas contemporâneas, políticas públicas e saúde mental, que presume na elaboração de ferramentas e intervenções em que os processos de saúde e de adoecimento se façam presentes. Dessa forma, ao construir uma ferramenta que trouxesse conhecimento sobre a temática da nossa pesquisa, pensamos em atingir profissionais de saúde e em formação, pais,

responsáveis e cuidadores de crianças, de forma que as informações possam chegar aos centros de saúde, consultórios, famílias e escolas.

Baumgarten (2006) defende as tecnologias sociais criadas a partir de necessidades sociais, na resolução de problemas e com impacto social comprovado. Assim, ao nos questionarmos como mais veemência sobre os possíveis impactos do nosso produto, entendemos que o motivo de sua criação está na solução de questões previamente identificadas. Pensamos nas crianças e suas famílias que estão passando por sofrimentos emocionais e que chegam aos serviços de saúde mental, onde profissionais de saúde, pais e cuidadores podem ter mais conhecimento sobre a depressão infantil e a medicação da infância.

Afinal, apesar do crescimento nos últimos anos, há ainda poucos estudos sobre a avaliação e intervenção clínica na depressão infantil (CARVALHO; RAMIRES, 2013). Em decorrência do pouco conhecimento sobre o assunto, muitas crianças não recebem ajuda e sofrem caladas, pela própria inabilidade em expressar o que estão sentindo (FERNANDES; MILANI, 2010). Desse modo, a cartilha pode ser uma ferramenta que leve informações e promova um alerta sobre o cuidado com as emoções infantis e a importância dos temas estudados para que a depressão na infância não passe despercebida.

Entendemos como uma ação preventiva que pode auxiliar no entendimento, evolução, reincidências ou o agravamento do sofrimento, pois mesmo com uma maior divulgação do tema na mídia, ampliação de estudos e uma maior preocupação em reconhecer formas de início precoce, principalmente em função da pandemia da COVID-19, ainda é um tema que precisa ser discutido e explorado.

Carmo e Silva (2009, p. 342) relataram que psicólogas entrevistadas na pesquisa apresentaram posturas inseguras em relação à depressão infantil,

[...] apresentando dificuldade em fazer comentários a respeito da depressão infantil, ao ponto de não responderem ao questionário e afirmar a necessidade de pesquisa sobre o assunto [...] isto é preocupante, principalmente porque são psicólogas do departamento de saúde pública, ao qual as crianças têm mais acesso.

Dessa maneira, é necessário que profissionais que lidam com crianças também sejam alertados para a elevada frequência de depressão infantil, o que pode facilitar a identificação precoce e estimular a implementação de intervenções que minimizem o prejuízo para a saúde mental da criança para que elas possam ter um crescimento e desenvolvimento saudáveis e uma vida mais plena e criativa (LEITE, 2018).

O conhecimento do transtorno depressivo infantil por parte das pessoas que estão envolvidas com a criança, como pais e professores e o desenvolvimento de estratégias de prevenção, contribuem para a identificação precoce dos sintomas e o tratamento adequado (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2003).

A etapa da criação do produto foi iniciada na escrita do projeto em 2019, quando se definiu que esta seria a nossa escolha, por entendermos que cumpriria com nossos objetivos. No entanto, foi em 2021 que a cartilha começou a ganhar forma. Inicialmente, decidimos que ela teria um formato digital, por acreditarmos que, dessa forma, suas informações alcançariam mais pessoas, inclusive por ser um material acessível de ser compartilhado por aplicativos de smartphones, por exemplo.

A pesquisa quantitativa, mas principalmente as narrativas dos estagiários que participaram do grupo focal, proporcionou subsídios para a elaboração dessa cartilha. A partir das análises da escrita do grupo focal, das transcrições, dos conteúdos que foram abordados nos encontros com os estagiários de Psicologia e de toda pesquisa bibliográfica, a cartilha começou a ganhar as suas primeiras páginas. Enfim, é o resultado de todos os estudos, leituras, sonhos, projetos, perguntas (e algumas respostas) que todo o processo da pesquisa-intervenção proporcionou. Pensamos em um material que pudesse abordar a importância da prevenção da depressão infantil, que trouxesse informações, e que falasse das possibilidades de tratamento, questionando a lógica medicalizante dessas crianças em sofrimento psíquico.

Nesse viés, buscamos trazer as pautas mais importantes das discussões, resultado das interações do grupo focal. Assim, a cartilha foi organizada com o título “Um mundo sem cor: depressão na infância”: cartilha digital de orientações para profissionais de saúde, pais e cuidadores.

A cartilha foi composta da seguinte forma:

- **Capa e apresentação:** O título “Um mundo sem cor: Depressão na Infância”, foi escolhido a partir do vídeo “Depressão Infantil, um mundo sem cor”, vídeo produzido pelos pesquisadores em 2019, para a disciplina “Abordagens e Contextos de Intervenção em Saúde Mental”, do Mestrado Profissional em Psicologia (UNISC) e apresentado no terceiro encontro do grupo focal. O vídeo trouxe nuances entre as cores, iniciando de uma forma mais escura e finalizando com cores mais claras e coloridas, fazendo alusão à depressão infantil e seu tratamento adequado;
- **Algumas informações para iniciarmos a nossa conversa: a depressão no Brasil e no mundo:** Houve um período em que se acreditava que crianças não poderiam ser

acometidas por sintomas depressivos, no entanto, atualmente sabemos que cada vez mais cedo crianças e jovens são diagnosticados como ansiosos ou depressivos. Desta forma, iniciamos a cartilha demonstrando alguns dados estatísticos relevantes sobre a depressão, informações importantes que apontam a alta incidência da psicopatologia, a partir de fontes como a OMS e o IBGE;

- **Depressão infantil: por que precisamos conversar sobre esse assunto?** Demonstramos alguns dados epidemiológicos expressivos sobre a depressão na infância e procuramos demonstrar o aumento do transtorno depressivo, a fim de alertar o leitor para essas informações preocupantes, discutidas no terceiro encontro do grupo focal “Depressão Infantil: um mundo sem cor” e apresentadas no capítulo “Cuidados e sensibilidade no atendimento e diagnóstico da depressão infantil”;
- **Nossa pesquisa sobre a depressão na infância:** Apresentamos os resultados da pesquisa quantitativa realizada no SIS, descrita no artigo “Depressão infantil, medicação e processo psicoterápico em um serviço-escola de saúde no Vale do Rio Pardo/RS”;
- **Tristeza não é depressão:** Trouxemos a importância da diferenciação entre o sentimento e a psicopatologia e algumas dicas importantes na relação entre profissionais de saúde, pais e cuidadores com suas crianças em sofrimento psíquico, enfatizando a importância de levarmos a sério os sentimentos das crianças;
- **Sinais e sintomas mais frequentes na depressão infantil:** Abordamos a depressão infantil em uma perspectiva psiquiátrica e sintomática, descrita no capítulo “Cuidados e sensibilidade no atendimento e diagnóstico da depressão infantil”;
- **A escuta do sofrimento na infância:** Perspectiva de uma escuta sob o entendimento a partir da psicanálise, enfatizando a subjetividade de cada criança. O grupo focal em seus encontros apresentou trocas neste sentido e fez questionamentos a respeito da importância deste olhar individualizado, singular e cuidadoso. No Capítulo “Cuidados e sensibilidade no atendimento e diagnóstico da depressão infantil” escrevemos sobre esta escuta subjetiva;
- **Por que é importante cuidarmos das emoções?**
- **Família e cuidadores:** Espaço no qual mostramos salientamos informações para os pais, abordamos fatores de risco e proteção, discutidos no grupo focal e nos capítulos “Singularidades, uso de tecnologias e sofrimento emocional de crianças em atendimento psicoterápico” e “Dificuldades materna e paterna”;

- **Profissionais de saúde e em formação:** Proporcionamos informações que entendemos como sugestivas e questionadoras aos profissionais de saúde e para os profissionais em formação, pois percebemos a necessidade de entenderem mais sobre essas temáticas da cartilha. Após as discussões sobre os cuidados e sensibilidade no atendimento e diagnóstico da depressão infantil, no capítulo “Cuidados e sensibilidade no atendimento e diagnóstico da depressão infantil” surgiram dúvidas e pontos que foram analisados como relevantes no atendimento infantil;
- **Medicamentos e crianças: medicar ou não?** O quarto encontro do grupo focal com a temática “Medicamentos e crianças: medicar ou não?” e a categoria “Olhares sobre o uso de medicamentos na infância” deu origem a este material, onde escrevemos e questionamos a lógica medicalizante e a naturalização desta conduta, além de dados da pesquisa quantitativa realizada no SIS;
- **Psicoterapia e outros tratamentos:** Pontuamos algumas informações importantes sobre a clínica infantil, psicofármacos e psicoterapia, a partir de alguns questionamentos e reflexões sobre os temas;
- **Distanciamento social e as emoções:** Destacamos a pandemia da COVID-19, as discussões do grupo focal e algumas das ideias que foram lançadas no Capítulo “Intensificação da depressão infantil na pandemia?” a partir desta temática tão atual, inquietante e que nos trouxe muitas inseguranças e perguntas.
- **Indicações e sugestões;**
- **Referências.**

Após a finalização do conteúdo, a cartilha foi para a diagramação, ilustração, padronização visual e apresentação digital de forma que o tema seja alcançado de forma fácil e sensível. As ilustrações foram criadas especialmente para este produto técnico a fim de alcançar a sensibilidade, cuidado e importância que os temas merecem. As ilustrações e a forma com que a cartilha foi diagramada, facilita a leitura e a compreensão do assunto. O estilo de ilustração flat design, possibilitou retratar o tema sem carregar o visual das páginas, deixando o layout da cartilha mais leve e harmônica. Também, as cores utilizadas nos textos da cartilha possuem significados, são eles:

- a) azul (mais calma, explicação do assunto);
- b) lilás (conhecimento, dados);
- c) rosa/vermelho (assuntos mais fortes);
- d) verde (medicação, tranquilidade);

Ademais, a cor cinza usada para informações e links (Figura 1).

Figura 1 - Cores utilizadas nos textos da cartilha



Fonte: Da autora (2021).

Quanto à inovação (avanço tecnológico) acredito que seja uma produção de conhecimento com médio teor inovativo, uma combinação de conhecimentos pré-estabelecidos. Sobre a abrangência do nosso produto, acredito que seja elevada, porque o instrumento será disponibilizado em formato de novas mídias, ou seja, um site que tem estilo apresentação que gera um link. Por ser uma cartilha digital, se mostra um instrumento de fácil replicabilidade, sem maiores dificuldades operacionais e que potencialmente tem um alcance importante. Acreditamos que em relação à abrangência potencial, há possibilidade de expansão, pois pode ser compartilhado através de aplicativos de comunicação como o WhatsApp.

Dagnino (2014, p. 24) define a Tecnologia Social (TS) como “produtos, técnicas e/ou metodologias reaplicáveis, desenvolvidas na interação com a comunidade e que representem efetivas soluções de transformação social”. Portanto, entendemos que seja de extrema importância pensarmos neste estreitamento entre as teorias pesquisadas e o quanto elas podem se transformar em algo produtivo, reproduzido e de relevância social. Conforme Maciel e Fernandes (2011), as tecnologias sociais têm como objetivo suprir necessidades sociais e de forma mais democrática. Segundo as autoras, visam romper com a lógica linear de produção de conhecimento e de acesso a esse conhecimento.

Nosso produto técnico tem como fator motivacional a vontade de gerar e produzir algo que agregue, acrescente e contribua com o conhecimento acadêmico, mas também com as pessoas da “vida real”, com as quais, nós pesquisadores do Mestrado Profissional, temos um grande compromisso. “[...] a universidade precisa oferecer mais conhecimento à sociedade. A universidade tem de fazer uma cruzada para converter a sociedade, para ensiná-la que ciência é uma coisa positiva, é uma coisa boa, é uma coisa que deve ser valorizada” (DAGNINO, 2014, p. 30).

Quanto à complexidade, o produto técnico foi elaborado de forma clara, acessível e informativa, a fim de possibilitar conversas, trocas, atenção aos sintomas e ao sofrimento mental, ou seja, uma produção com baixa complexidade. Para testar a clareza das informações, o conteúdo da cartilha foi disponibilizado para alguns pais, cuidadores de diferentes áreas profissionais para que fizessem a leitura do material e nos dessem um retorno quanto à nitidez e acessibilidade das informações. Entre alguns retornos, pode-se destacar:

[...] estava lendo e pra mim está claro e acessível. Me surpreendeu o salto dos índices de crianças entre 6 e 12 anos diagnosticadas com depressão e achei muito interessante lembrarmos que a tristeza é uma experiência natural. Às vezes acabamos lidando de uma forma muito intensa com isso: problematizando demais ou menosprezando. Bem importante pensar sobre isso; assim como observar nossos pequenos. Acolher, respeitar e ter empatia com eles e seus sentimentos. A gente tem um olhar ignorante sobre a depressão na infância. Alguns pensam que pelo fato de vir de uma criança é menos importante e verdadeiro, 'coisa de criança', criança não tem problemas ou preocupações.

[...] o primeiro sentimento é medo. Eu achei excelente, obviamente muito bem escrito e acessível.

As ações preventivas não dispensam o tratamento psicoterápico e ou medicamentoso, pois são importantes para evitar as reincidências ou o agravamento do transtorno. Essas ações preventivas podem ser desenvolvidas pelas famílias e pelas escolas, com estratégias que foquem e fortaleçam o autoconceito, a autoestima, a autonomia, ampliação da visão de mundo, os relacionamentos, vivências positivas e os vínculos afetivos.

A presente produção técnica é um produto não patenteável, registrado como material bibliográfico e desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado Profissional da UNISC e, quando finalizado, foi enviado para fichamento catalográfico. O instrumento será disponibilizado em formato de site que tem estilo apresentação que gera um link (novas mídias), que também vai estar na plataforma do site da UNISC na página do curso de Mestrado de Profissional de Psicologia, linha de pesquisa políticas clínicas contemporâneas, políticas públicas e saúde mental através de um Código QR.

Acreditamos que nossa cartilha se mostra uma ferramenta informativa e questionadora, que desacomoda e traz conhecimentos. Pode promover diálogos, questionamentos, sinais de alerta, de conhecimento e prevenção. É um material que estimula a importância de observar as crianças, conversar com elas sobre seus sentimentos e buscar ajuda profissional, caso haja necessidade. Conhecimento e informação sempre são importantes e, por isso, este produto técnico pode ser usado para se ter mais informações sobre a depressão na infância ou em

qualquer momento que o sofrimento de uma criança precisa de uma escuta e de um olhar mais atento.

A cartilha apresenta uma linguagem simples e de fácil entendimento e compreensão. É o resultado de uma pesquisa-intervenção e de um artigo (Capítulo 4), muitas transcrições, associações e leituras. Esse material didático é uma importante ferramenta de informação e de popularização da ciência. Fomos cuidadosos, buscamos apresentar o conteúdo de forma sensível, didática e acessível. Fala de sujeitos, de crianças, de histórias e emoções e se destina para todos aqueles que amam, se preocupam e se envolvem com a infância, pois “se não plantar, não nasce; se não regar, não cresce; se não amar, morre; assim são as plantas... assim são as pessoas” (autor desconhecido).

O produto técnico “Um mundo sem cor: depressão na infância” pode ser acessado através do link: <https://pt.calameo.com/read/000108759a2e333661c76>, ou do Apêndice B.

4 DEPRESSÃO INFANTIL, MEDICAÇÃO E PROCESSO PSICOTERÁPICO NUM SERVIÇO ESCOLA DE SAÚDE NO VALE DO RIO PARDO/RS

Neste tópico, organizamos a discussão no formato de artigo. O manuscrito, intitulado **“Depressão infantil, medicação e processo psicoterápico num serviço escola de saúde no Vale do Rio Pardo/RS”**, foi submetido à revista “Fractal: Revista de Psicologia”, ISSN: 1984-0292 (versão online) e está ajustado conforme as normas da revista (Anexo E). A revista tem por objetivo a divulgação e discussão da produção acadêmica e científica. Trata-se de reconhecer a necessidade de coexistência entre as diferentes vertentes de pesquisa no campo da Psicologia, alimentando o debate constante como forma de incentivo à produção científica. Ao mesmo tempo, visa estimular o diálogo com diferentes áreas do conhecimento, cujos temas acusem atravessamentos com os estudos da subjetividade. Fractal: Revista de Psicologia é uma publicação vinculada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade Federal Fluminense (Niterói-RJ) e tem classificação Qualis: B1.

4.1 Manuscrito

Depressão infantil, medicação e processo psicoterápico num serviço escola de saúde no Vale do Rio Pardo/RS

Child depression, medication and psychotherapeutic process in a health school service in Vale do Rio Pardo/RS

Depresión infantil, medicación y proceso psicoterapéutico en un servicio de escuela de salud en Vale do Rio Pardo / RS

Resumo: A depressão é considerada um dos transtornos emocionais mais prevalentes na infância. Os sintomas, em curto prazo, podem atuar como fontes de sofrimento psíquico e, em longo prazo, interferir nos aspectos cognitivo, social e emocional do desenvolvimento infantil. A pesquisa busca analisar a relação entre medicação e o processo psicoterápico em crianças com sintomas depressivos. Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, com coleta de dados tendo como base análise de prontuários das crianças atendidas num Serviço Escola de Saúde, no Vale do Rio Pardo/RS entre 2015 e 2019. Observou-se uma prevalência de 14,29% de crianças com sintomas depressivos, das quais 32,7% faziam uso de alguma medicação. Apesar dos dados demonstrarem uma diferença pouco significativa entre usar ou não medicação, houve um maior número de registros de abandono entre crianças que usavam medicações do que aquelas somente em psicoterapia, concluindo que a infância e seus sofrimentos precisam ser amplamente discutidos.

Palavras-chave: depressão infantil - medicação - processo psicoterápico.

Abstract: Depression is considered one of the most prevalent emotional disorders in childhood. In the short term, symptoms can act as sources of psychological distress and, in the long run, interfere with the cognitive, social and emotional aspects of child development. The research seeks to analyze the relationship between medication and the psychotherapeutic process in children with depressive symptoms. This is a research with a quantitative approach, with data collection based on the analysis of the medical records of children attended at a Escola de Saúde Service, in the Vale do Rio Pardo / RS between 2015 and 2019. There was a prevalence of 14.29% of children with depressive symptoms, of which 32.7% used some medication. Although the data demonstrate a minor difference between using or not using medication, there was a greater number of reports of abandonment among children who used medications than those only in psychotherapy, concluding that childhood and its sufferings need to be widely discussed.

Keywords: childhood depression - medication - psychotherapeutic process.

Resumen: La depresión se considera uno de los trastornos emocionales más prevalentes en la infancia. A corto plazo, los síntomas pueden actuar como fuentes de angustia psicológica y, a largo plazo, interferir con los aspectos cognitivos, sociales y emocionales del desarrollo infantil.

La investigación busca analizar la relación entre la medicación y el proceso psicoterapéutico en niños con síntomas depresivos. Se trata de una investigación con enfoque cuantitativo, con recogida de datos a partir del análisis de las historias clínicas de los niños atendidos en un Servicio de Escola de Saúde, en el Vale do Rio Pardo / RS entre 2015 y 2019. Hubo una prevalencia del 14,29% de niños con síntomas depresivos, de los cuales el 32,7% utilizó alguna medicación. Aunque los datos demuestran una diferencia menor entre usar o no medicamentos, hubo un mayor número de reportes de abandono entre los niños que usaban medicamentos que los que solo estaban en psicoterapia, concluyendo que la infancia y sus sufrimientos deben ser discutidos ampliamente.

Palabras clave: depresión infantil - medicación - proceso psicoterapêutico.

Cada época produz sufrimientos diferentes e esses também são vividos de diversas maneiras. Nesse sentido, pensadores como Roudinesco (2000) vão trabalhar com a ideia de uma sociedade depressiva, tratando a depressão como uma epidemia psíquica, ou seja, que há uma concentração de casos em um mesmo local e época, claramente em excesso em relação ao que seria teoricamente esperado, que vem afetando as sociedades modernas.

Na psiquiatria, a depressão é diagnosticada a partir da presença de determinados sintomas que se manifestam numa certa duração, frequência e intensidade. Embora a característica mais típica dos estados depressivos, de acordo com Porto (2000), seja a proeminência dos sentimentos de tristeza ou vazio, nem todos os pacientes relatam a sensação subjetiva de tristeza. Muitos se referem a perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral e a redução do interesse pelo ambiente, como o sintoma principal. Nosograficamente, identifica-se como um “Transtorno do Humor” (DSM-IV) ou “Transtorno Afetivo” (CID-10), entendendo a causa da depressão de forma biológica.

De acordo com a OMS, o número de casos de depressão aumentou 18% entre 2005 e 2015: são 322 milhões de pessoas em todo o mundo, uma prevalência de 4,4% na população mundial. No Brasil, a depressão atinge 11,5 milhões de pessoas, cerca de 5,8% da população. Na população em geral, a prevalência da depressão tem uma maior incidência entre as mulheres, oscilando de 10% a 25%, enquanto entre os homens atinge 5% a 12% (Zavaschi e cols., 2002).

Em termos psicanalíticos, podemos pensar a palavra “depressão” definida como “uma modificação profunda do humor, no sentido da tristeza e do sofrimento moral, correlativa de um desinvestimento de qualquer atividade” (LAROUSSE, 1995, p.110).

Em seu artigo Luto e Melancolia de 1915, Freud pensou na melancolia como uma “neurose narcísica”, facilitando assim a necessidade de enquadrá-la em neurose ou psicose, interrogando os limites entre ambas. Entretanto, posteriormente, reformulou seu conceito e

definiu a melancolia como uma estrutura que decorre de conflitos entre o eu e o supereu. Segundo Pinheiro, Quintella e Verztman (2010), na melancolia, o objeto perdido é o próprio motivo da condição trágica do sujeito, na medida em que a ambivalência passa a assumir seu caráter violento na relação com o objeto. Essa ambivalência retrata uma forma de reação à perda cujo destino é o empobrecimento subjetivo. Assim, a identificação narcísica (ao objeto perdido) faz com que o sujeito entre num movimento de *assassinato de si mesmo*.

Por volta dos anos 1970, quando a depressão foi descrita com critérios diagnósticos mais específicos, houve um consenso de que “as crianças exibem sintomas depressivos semelhantes aos adultos, com algumas características identificadas as da depressão encoberta” (MILLER, 2003, p.5). Concluiu-se, então, uma grande significância dos quadros depressivos também nessa etapa do ciclo vital.

Segundo Assumpção Júnior (2000), entre as sintomatologias que norteiam o diagnóstico na infância estão humor depressivo, irritabilidade, agressividade, falta de reatividade, variação diurna de humor, culpa excessiva, falta de prazer ou interesse, fadiga, dificuldades de concentração, insônia ou hipersonia, pessimismo, ideação suicida, perda ou ganho de peso, dores ou queixas físicas sem causas médicas, entre outras. No entanto, conforme o autor, nem sempre se encontram sintomas que descrevem o estado interno da criança de modo tão fácil quanto no adulto, referindo, frequentemente, somente tristeza e solidão. As expressões não-verbais podem ser observadas em lugar das verbais, como o choro fácil e a irritabilidade, que costumam ser frequentes. “As súbitas mudanças de comportamento na criança são de extrema importância [...], principalmente quando, abruptamente, a sua conduta se altera de modo inexplicável” (ASSUMPCÃO JÚNIOR, 2000, p.38).

O psicanalista René Spitz (1960), pensador da escola freudiana, desenvolveu o tema ao descrever um fenômeno conhecido como “depressão anaclítica”. Bebês que eram separados de suas mães, entre seis meses e um ano de idade, apresentavam-se mais reclusos, incapazes de interagir de maneira mais expressiva, demonstrando uma expressão mais triste e recusando-se até a comer.

Melanie Klein (1981), importante psicanalista da escola inglesa, também demonstrou contribuições em relação à constituição e evolução do sujeito e seu mundo interno. Entre seus componentes teóricos, Klein desenvolveu a criação da teoria das posições: posição esquizo-paranóide e posição depressiva. Conforme Barros et al (2000), a depressão, para os kleinianos, seria resultado da dificuldade crônica de elaboração dos “afetos depressivos” que mantém o

indivíduo permanentemente na posição esquizo-paranóide por se utilizar de defesas que têm por objetivo eliminar a dor mental, projetando-a.

Ainda cabe citar Bowlby (1990), importante autor que estudou os processos depressivos na infância, que esclareceu que a propensão a estabelecer sólidos vínculos emocionais com determinados indivíduos é um componente básico da natureza humana. Quanto à depressão, o psicanalista a definiu como resultado inevitável de qualquer estado em que o comportamento se desorganiza, como ocorre depois de uma perda. Assim, é necessário se desfazer de certos padrões de comportamento e estabelecer outros padrões que serão importantes para a construção de novas interações.

Na sociedade contemporânea, a depressão tem sido considerada um dos transtornos emocionais mais prevalentes na infância e na adolescência (Ribeiro, Nascimento, & Coutinho, 2010; Coutinho et al 2014). Na infância, é comum encontrar, entre os sintomas depressivos, baixa autoestima, isolamento social, queda no rendimento escolar, retraimento e labilidade emocional, humor frequentemente irritável, além de tristeza e melancolia (COUTINHO et al, 2014).

Segundo Cruvinel e Boruchovitch (2003), no Brasil ainda são poucos os estudos sobre a depressão na criança. Há uma diversidade nos números entre os estudos epidemiológicos brasileiros e eles variam de acordo com a região do país, mas as pesquisas mostram que a incidência de sintomas depressivos nesta faixa etária está em torno de 1,8%. Pesquisas como de Andriola e Cavalcante (1999) passaram a apontar uma taxa de prevalência à depressão encontrada em crianças de 5 e 6 anos de 3,9%, não revelando diferenças significativas em relação ao gênero.

De acordo com Miller (2003), o que se sabe é que a depressão pode ter um impacto arrasador na vida das crianças. Segundo Rolim Neto et al (2011), a depressão infantil é uma psicopatologia que tanto pode interferir como se manifestar nos aspectos físicos, comportamentais, cognitivos e sociais, permitindo compreendê-la como um fenômeno biopsicossocial. “Essas alterações sobre as esferas psicoafetiva, psicossocial, orgânica, humoral e psicocognitiva, ocorrem em uma frequência de 31,42%; 31,42%; 19,70%; 13,97% e 3,49%, respectivamente” (ROLIM NETO, 2011, p. 895).

Assis et al (2009), afirmam que os principais diagnósticos na psiquiatria infantil se dividem em desordens emocionais (problemas internalizantes), desordens de comportamento disruptivo (problemas externalizantes) e transtornos do desenvolvimento. A depressão se

entende como um problema internalizante e, dessa forma, a clínica psiquiátrica infantil se baseia também em sintomas para esse diagnóstico.

Os sintomas, em curto prazo, podem atuar como fontes de sofrimento psíquico para essas crianças e, em longo prazo, podem interferir nos aspectos cognitivo, social e emocional do desenvolvimento infantil e, então, a importância de pensar no diagnóstico precoce, mas também no tratamento adequado (COUTINHO et al 2014; ROLIM NETO et al, 2011).

Frente a essa psicopatologia, as medicações ganharam um espaço enorme no alívio dos sintomas. Jerusalinsky (2011) fala do sofrimento na infância, na medida em que se aborda de uma forma excessiva e sem muitos cuidados a padronização de condutas e psicodiagnósticos nesta fase da vida. A medicação demasiada nestes primeiros anos, apontada como um tratamento infalível em que os psicofármacos assumem um papel de extrema eficiência, dando conta da redução de inúmeros sintomas, é uma questão que precisa ser analisada sempre com muito cuidado.

O aumento da prescrição e o conseqüente consumo de psicofármacos por crianças, tem inquietado a sociedade. Nos últimos anos, houve um intenso movimento em direção ao consumo de psicofármacos, tanto em termos de uso apropriado, como de abuso. Conforme Bezerra (2008), entre 2000 e 2002, as prescrições de antidepressivos para esta faixa etária aumentaram 48% no Brasil e 68% entre as crianças britânicas.

Nesse sentido, este estudo objetivou descrever a prevalência de crianças com sintomas depressivos atendidas num Serviço de Saúde, no Vale do Rio Pardo/RS; investigar as medicações usadas por crianças com sintomas depressivos e compreender se o uso da medicação contribui ou não no prognóstico do tratamento em psicoterapia das crianças com sintomas depressivos.

Metodologia

Delineamento e Participantes

Trata-se de um estudo com delineamento correlacional e comparativo, de corte transversal e abordagem quantitativa (Gil, 2008; Sampieri, Collado, & Lucio, 2013), no qual foram investigados os prontuários de crianças, de ambos os sexos, na faixa etária de zero até 11 anos e onze meses, atendidos num Serviço de Saúde pelo Serviço de Psicologia, num município no Vale do Rio Pardo/RS, que possui cerca de 130.000 habitantes, em sua maioria de origem alemã, entre 2015 e 2019. Os prontuários foram selecionados a partir de uma amostra não

probabilística do tipo amostra por conveniência, considerando o total de prontuários de crianças atendidas no período entre 2015 e 2019.

Instrumento

Para a coleta dos dados foi utilizado um roteiro estruturado (formulário), com perguntas abertas e fechadas, tendo como base a análise dos prontuários.

Procedimentos Éticos e de Coleta de Dados

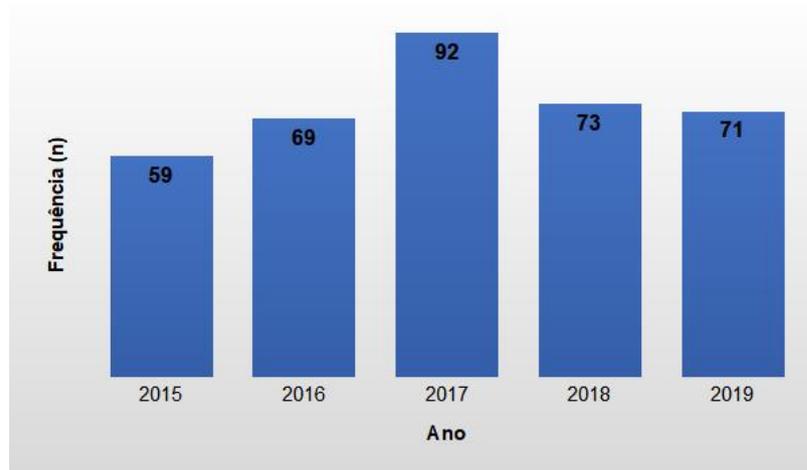
Inicialmente, foi concedida a autorização do Serviço Escola de Saúde, no Vale do Rio Pardo/RS, para realizar a pesquisa e para o uso das informações que constam nos prontuários através da Carta de Anuência para a realização da pesquisa. Em seguida, se obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC (CAEE nº 34371319.3.0000.5343).

Procedimentos de Análise de Dados

Para caracterização da amostra foi feito um estudo estatístico descritivo analítico através de frequências absolutas (n), relativas (%), médias e desvio padrão (DP). Para verificar associação entre as variáveis qualitativas foi usado o teste Qui-quadrado de Peason e o teste Exato de Fisher. Os dados foram tabulados em planilha eletrônica Microsoft Office Excel e analisados no programa IBM Statistical Package for the Social Sciences, versão 20.0. O nível de significância adotado foi de $p \leq 0,05$.

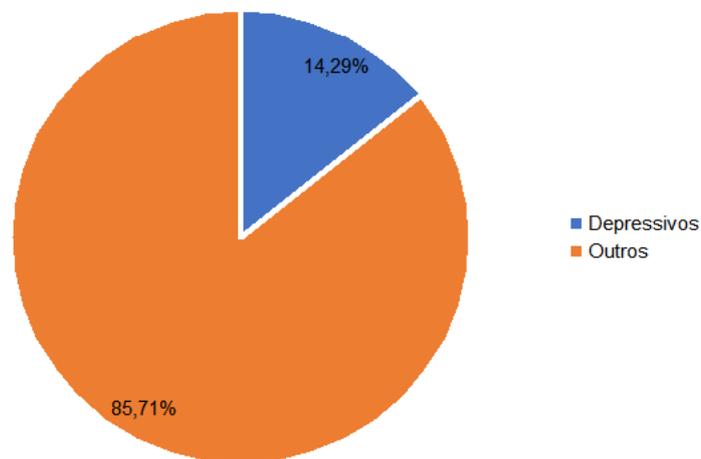
Resultados

Gráfico 1 – Distribuição por ano do número de crianças atendidas em um Serviço de Saúde, no Vale do Rio Pardo – RS.



Fonte: Pesquisa Direta

Gráfico 2 – Prevalência de crianças com sintomas depressivos atendidas em um Serviço de Saúde, no Vale do Rio Pardo – RS.



Fonte: Pesquisa Direta

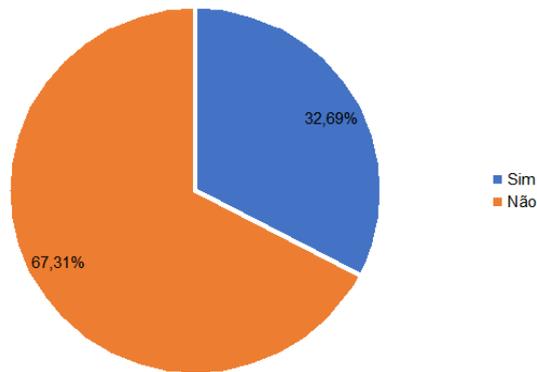
Tabela 1 – Perfil das crianças com sintomas depressivos atendidas em um Serviço de Saúde, no Vale do Rio Pardo – RS.

Variáveis	n	%	Média ± DP
Idade			
Até 8 anos	18	34,6	9,17 ± 1,99
Mais de 8 anos	34	65,4	
Sexo			
Masculino	32	61,5	
Feminino	20	38,5	

DP = Desvio Padrão.

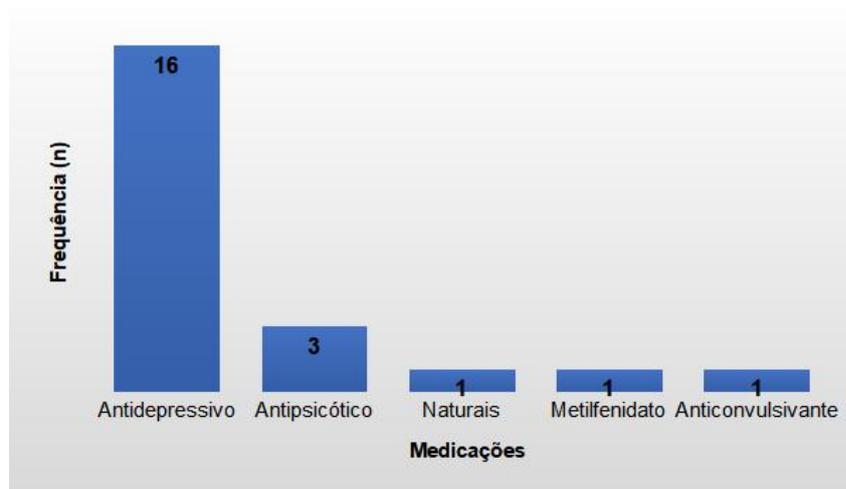
Fonte: Pesquisa Direta

Gráfico 3 – Crianças com sintomas depressivos que utilizam alguma medicação.



Fonte: Pesquisa Direta

Gráfico 4 – Medicamentos das crianças com sintomas depressivos atendidas em um Serviço de Saúde, no Vale do Rio Pardo – RS.



Fonte: Pesquisa Direta

Tabela 2 – Término do tratamento segundo o perfil, medicação, tempo de atendimento das crianças com sintomas depressivos.

Variáveis	Medicação				p
	Sim		Não		
	n = 17	%	n = 35	%	
Idade					
Até 8 anos	3	(17,6)	15	(42,9)	0,073 ^a
Mais de 8 anos	14	(82,4)	20	(57,1)	
Sexo					
Masculino	14	(82,4)	18	(51,4)	0,032 ^a
Feminino	3	(17,6)	17	(48,6)	
Tempo de atendimento					
Até 6 meses	11	(64,7)	24	(68,6)	0,915 ^a
Mais de 6 meses	6	(35,3)	10	(28,6)	
Não se aplica	-	-	1	(2,9)	
Término do tratamento					
Alta	6	(35,3)	8	(23,5)	0,150 ^b
Abandono	10	(58,8)	16	(47,1)	
Outros	1	(5,9)	10	(29,4)	

a = teste Qui-quadrado de Peason; b = teste Exato de Fisher. *significativo ao nível de 5%.

Fonte: Pesquisa Direta

Discussão

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2003, afirmou que até 20% de crianças e adolescentes, mundialmente, apresentaram transtornos mentais incapacitantes. No Brasil, um documento do Ministério da Saúde de 2005 revelou que entre 10 e 20% de crianças e adolescentes sofrem de transtornos mentais e, dentre esses, de 3 a 4% precisam de tratamento intensivo.

Entre crianças e adolescentes, os casos de depressão crescem a cada ano e preocupam especialistas. Dados da OMS mostram que, no mundo, o índice de crianças entre 6 e 12 anos diagnosticadas com depressão saltou de 4,5% para 8% na última década. Birmaher et al. (1996) concluem que existe um aumento, nos últimos anos, da prevalência de depressão em crianças e adolescentes, e sugerem que a depressão parece ocorrer em crianças cada vez mais jovens.

No Serviço Escola de Saúde no Vale do Rio Pardo/RS, entre 2015 e 2019 foram atendidas um total de 364 crianças (Gráfico 1), com um aumento no número de crianças atendidas ao longo dos anos. Em relação à prevalência de crianças com sintomas depressivos

atendidas, foram encontradas 52 crianças, que correspondem ao total de 14,29% em contraponto a 85,71% de crianças atendidas com outras hipóteses diagnósticas (Gráfico 2).

Um estudo realizado com 519 escolares mineiros, de 7 a 13 anos de idade, encontrou, por meio da aplicação do CDI (Inventário de Depressão Infantil), uma prevalência de 13,9% (71 casos) com sintomas depressivos (Fonseca et al., 2005), aproximando-se da prevalência encontrada na pesquisa. Já no estudo de Soares (2003), conduzido no Rio Grande do Sul, encontrou-se um índice de 2,39% de sintomas de depressão mediante a aplicação do CDI. Outras pesquisas também encontraram índices menores como Cruvinel (2003), a incidência de sintomas depressivos identificados pelo CDI entre crianças em idade escolar foi de 3,55%, Miller (2003) descreve que 2,5% e Bahls (2002) encontrou o resultado da prevalência-ano para a depressão maior de 0,4% a 3% em crianças. De acordo com Poznanski e Mokros (1994), são inúmeros os fatores que contribuem para a variação nos índices de depressão infantil, como as diferenças na população estudada, nos métodos de avaliação e no diagnóstico de depressão.

Quanto ao perfil das crianças, a maioria com sintomas depressivos atendidas no serviço, tinha mais de 8 anos (65,4%) e eram do sexo masculino (61,5%) - (Tabela 1). Para Colavite (2013), com relação à detecção do transtorno, normalmente, a depressão maior em crianças, surge em torno dos 9 anos de idade, havendo relação com a idade média encontrada na pesquisa. Quanto ao gênero, na investigação de Colbert et al. (1992), foi observada uma taxa de 54% de crianças, que residiam no oeste do Canadá, entre 6 e 14 anos de idade, com sintomas de depressão, sendo que os meninos apresentaram mais sintomas depressivos do que as meninas. Para Lima (2004), não existem diferenças na prevalência de sexos nas idades entre 6 e 12 anos e para Cruvinel (2003), no que se refere ao gênero dos sujeitos, verificou-se que, apesar de não existir relação significativa, as meninas apresentaram escores mais altos no CDI do que os meninos, sugerindo que as meninas tendem a apresentar mais sintomas depressivos quando comparadas aos meninos.

Segundo Harrington (1993), normalmente, as meninas lidam com suas emoções de forma diferente dos meninos. As meninas são encorajadas a entrar em contato com sentimentos depressivos como tristeza, choro e desânimo, já os meninos são reforçados a utilizar outras estratégias, como, por exemplo, a distração. No estudo realizado, os motivos com maior prevalência de encaminhamento entre as crianças com sintomas depressivos atendidas no Serviço Escola de Saúde no Vale do rio Pardo-RS foram a ansiedade (n=13), agressividade (n=10) e tristeza (n=9), confirmando que os meninos podem utilizar outras formas de demonstrar seus sofrimentos.

Em relação ao uso de medicações, a pesquisa apontou que entre as crianças com sintomas depressivos atendidas no Serviço Escola de Saúde (n=17), 32,7% faziam uso de alguma medicação durante o acompanhamento psicológico e (n=35), 67,3% não faziam uso (Gráfico 3).

Zito et al. (2007), apontou uma pesquisa realizada em 2001 com quase 275 mil crianças entre dois e quatro anos, que demonstrou que cerca de 2,3% da amostra havia recebido medicação psicotrópica, o dobro de 1995. O estudo mostrou um aumento significativo de medicamentos prescritos para transtornos mentais e comportamentais, como estimulantes, antipsicóticos e antidepressivos.

Para Conrad (2007), a produção de diagnósticos é uma das consequências da “medicalização”, definida como o “processo pelo qual problemas não-médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, usualmente em termos de doenças ou transtornos”.

Segundo Silva, Moraes e Mendes (2018), o fenômeno da medicalização é um conceito decorrente do ato de medicar em excesso, em relação aos psicofármacos. Esse comportamento passou a se tornar mais recorrente a partir dos anos 60 e 70, quando os psicotrópicos transbordaram a psiquiatria asilar para a psiquiatria privada e mais recentemente para a infância e para a adolescência. Em meio a esse contexto, os autores trazem no seu estudo que a venda de antidepressivos e estabilizadores do humor cresceu 48%, no Brasil entre 2008 e 2011, de acordo com o último relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Também houve um crescimento da prescrição de psicofármacos entre as crianças, podendo ocorrer isoladamente ou associado à psicoterapia e/ou orientação familiar (SILVA, MORAES & MENDES, 2018, p.160)

Entre as medicações usadas entre as crianças com sintomas depressivos atendidas no Serviço Escola, a maioria fazia uso de antidepressivos (n=16), seguido de antipsicóticos (n=3). Importante ressaltar que algumas crianças usavam mais de uma medicação (variável múltipla) e por isso o percentual ultrapassa 100% (Gráfico 4) em função de tratamentos combinados.

Para Pande et al. (2020), no Brasil, alguns psicofármacos são aprovados pela Anvisa para o uso da população infantil sem estudos suficientes que garantam a segurança do seu uso. Há uma grande variedade na indicação da prescrição como no caso da carbamazepina, em que a indicação é para uso em crianças com menos de um ano de idade; a fluoxetina é contraindicado para pessoas com menos de 18 anos; o metilfenidato é indicado a partir de 6 anos e faltam experiências sobre o uso da risperidona para pessoas com menos de 13 anos de idade. Desta

forma, os autores citam que a prescrição de medicamentos acontece de forma *off label* (não sendo aprovada pelas agências de regulação, pois há diferenças na indicação do medicamento: na faixa etária e peso, na dose, na frequência, na via de administração ou na apresentação indicada) e depende, então, da avaliação pessoal do prescritor, da sua própria experiência e de outros clínicos.

Houve associação estatística significativa do uso da medicação com o sexo ($p=0,032$). Ou seja, o gênero implica no fato da criança usar medicação ou não (Tabela 2). Sobre compreender se o uso de medicação contribui ou não no prognóstico do tratamento, por meio dos dados quantitativos, entende-se que a pesquisa não demonstrou nenhuma diferença significativa entre usar ou não medicação. O estudo demonstrou que as crianças que faziam uso de medicações continuavam por mais tempo em atendimento no serviço escola: mais de 6 meses 35,3% ($n=6$), em oposição a 28,6% ($n=10$). Percebe-se que as crianças que usavam medicação tiveram um percentual maior de alta 35,3% ($n=6$) se comparados com 23,5% ($n=8$) das crianças que receberam alta do tratamento psicológico e não usavam nenhuma medicação. No entanto, a pesquisa também revelou que o número maior de abandono do tratamento se dá em crianças que usavam medicação 58,8% ($n=10$), em contraponto a 47,1% ($n=16$) (Tabela 2).

A pesquisa de Silva et al. (2013), analisou 348 prontuários de um serviço de saúde no Rio Grande do Sul, entre 1998 e 2008. O estudo demonstrou que as crianças que faziam uso dos medicamentos permaneciam por mais tempo em atendimento no serviço, e que tinham menos registros de alta e melhora do que aquelas somente em psicoterapia. Identificou também que, com o passar dos anos, diminuiu o número de crianças que ingressaram ao serviço, porém aumentou o número daquelas medicadas.

Segundo Fu I et al. (2000), nos transtornos do ajustamento com humor depressivo, distímia e depressão maior, pode-se usar antidepressivos, mas quando pesquisadores compararam essas drogas com placebo, não encontraram diferenças estatisticamente significantes. Monteiro e Lage (2007) salientam ainda que, atualmente, na concepção de depressão, há um olhar de negligência ao papel da vida psíquica em detrimento de um olhar mais organicista. Assim, os autores evidenciam que é preciso cautela, não só no diagnóstico da depressão, já que nem toda manifestação de tristeza deve ser considerada como patológica, mas também no seu tratamento, pois faz-se necessário que se tenha por base a singularidade da criança e não apenas a sintomatologia apresentada.

Brzozowski (2013), relata que na infância é possível observar que grande parte dos desvios ocorridos nessa época da vida são notados na escola e descobertos a partir do momento

em que a criança desenvolve algum problema de aprendizagem ou quebra normas impostas socialmente. O processo de medicalização está diretamente ligado ao que é considerado um desvio social e ao controle social. A produção de diagnósticos e de terapêuticas que simplificam os sofrimentos ocorridos na infância faz com que existam cada vez mais crianças medicadas (e cada vez mais cedo).

O diagnóstico psiquiátrico propõe compreender a realização insistente do que é, na criança, irreconhecível pelo ideal parental e, mais ainda, indicar terapêuticas que, reconduzindo-a à normalidade ou adaptando-a, possa aliviar o mal-estar que a infância produz para o projeto social e, assim, sustentá-lo. (VOCARO, 2011, p.221)

Outro fator importante a considerar quando falamos em medicalização da infância, é o resultado que o diagnóstico ou a classificação pode ter para a própria criança classificada. Jerusalinsky (2011) relata que há uma nosografia baseada em dados que ordenam a psicopatologia. “Dar nomes” não é ruim, pois a função nominativa tem um efeito tranquilizador para pais, escolas e profissionais, pois um tratamento vai ser iniciado logo após. No entanto, o autor aponta um excesso nessa função nominativa, além de muitas vezes diagnósticos precoces e mal feitos. Questiona onde fica a subjetividade desta criança. O psicanalista propõe de uma psicopatologia interpretativa que não é nosográfica, não depende de sintomas, mas de deciframento e lugares de simbolização e do espaço terapêutico. Desta forma, não nega o biológico e nem o diagnóstico, mas questiona o aumento de certas psicopatologias. Ele fala de um sujeito descartável em que o seu corpo está entregue à ciência que busca sustentar a vida a qualquer custo e coloca no saber médico um “poder divino”.

Segundo Silva (2013), ao fazermos uma reflexão sobre o uso de psicofármacos e da psicoterapia, verifica-se que a Psicanálise utiliza a palavra em vez de psicofármacos, pois essa possui caráter terapêutico, constituindo-se, portanto, em um dispositivo de cuidados à saúde. “No entanto, fica evidente que o público infantil, que busca atendimento psicológico, vem diminuindo ao longo dos anos e, em paralelo, o índice de crianças que utiliza medicação está cada vez maior.” (SILVA, 2013, p.82)

Considerações Finais

Nos últimos 50 anos, os pesquisadores começaram a pensar e a investigar a depressão na criança enfatizando que essa psicopatologia na infância tem suas próprias características e sintomas. O estudo observou um aumento no número de crianças atendidas ao longo dos anos, com uma prevalência preocupante de crianças com sintomas depressivos. A pesquisa apontou

um índice significativo de crianças depressivas que faziam uso de alguma medicação. Apesar dos dados demonstrarem uma diferença pouco significativa entre usar ou não medicação, percebe-se que as crianças que usavam medicação tiveram um percentual maior de alta, no entanto também havia mais registros de abandono do tratamento entre elas.

A infância e seus sofrimentos psíquicos precisam ser explorados, estudados e pesquisados cada vez mais. Autores como Pande et al. (2020), relatam que o Brasil carece de pesquisas que apontem as vias pelas quais caminha a psicofarmacologização da infância no país. Leckman e Leventhal (2008) ressaltam que existe uma necessidade urgente de se desenvolverem intervenções eficazes voltadas para a prevenção ou para o tratamento precoce dos adoecimentos infantis. São temas que precisam ser amplamente discutidos, pois falam de um sujeito em constituição.

REFERÊNCIAS

ANDRIOLA, Wagner Bandeira; CAVALCANTE, Luanna Rodrigues. Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. *Psicol. Reflexo. Crit.* Porto Alegre, v. 12, n.2, p.419-428, 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79721999000200011>.

ASSIS, Simone Gonçalves de et al . Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 14,n. 2,p. 349-361, Apr. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 de agosto de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200002>.

ASSUMPCÃO JÚNIOR, Francisco. Diagnóstico e quadro clínico da depressão na infância e na adolescência. In: LAFER, Beny, et al. *Depressão no Ciclo da Vida*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

Bahls, C. S. Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr.* vol.24, n.2. São Paulo , june 2002. , Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000200005 Acesso em: 29 de agosto de 2019. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000200005>.

BARROS, Elias da Rocha; BARROS, Elisabeth da Rocha; DANTAS JÚNIOR, Alírio. Depressão: Uma Perspectiva Psicanalítica. In: LAFER, Beny et al. *Depressão no Ciclo da Vida*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

BEZERRA, Maria Lúcia Maranhão. Psicofarmacologia e psicoterapia: mitos, benefícios e interferências. In: Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro, Convenção Brasil/Latino-América, XIII, VIII, II, 2008. *Anais*. Curitiba: Centro Reichiano, 2008. CD-ROM. Disponível em: <<http://www.centroreichiano.com.br>>. Acesso em: 27 ago. 2019

Birmaher, B., Ryan N. D., Williamson D., Brent D. A., Kaufman, J., & Dahl R. E. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1427- 1439. doi: 10.1097/00004583-199611000-00011.

BOWLBY, John. *Apego e Perda*. São Paulo: Martins Fontes,1990.

_____. *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília: MS; 2005.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 33,n. 1,p. 208-221, 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000100016&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000100016>.

COLAVITE*, Juliana et al . Depressão: crianças também sofrem com essa doença. *Psicol inf.*, São Paulo, v. 17, n. 17, p. 123-131, dez. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092013000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 dez. 2020.

Colbert, P., Newman, B., Ney, P., & Young, J. (1992). Learning disabilities as a symptom of depression in children. *Journal of Learning Disabilities*, 15(6), 333-336.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima et al. Indicadores psicométricos do inventário de depressão infantil e da amostra da infância. *Aval. psicol.*, Itatiba, v. 13, n.2, p.269-276, agosto de 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712014000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 dez 2019.

CRUVINEL, Miriam; BORUCHOVITCH, Evely. Depressão infantil: uma contribuição para a prática educacional. *Psicol. Esc. Educ. (Impr.)*, Campinas, v. 7,n. 1,p. 77-84, June 2003. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572003000100008&lng=en&nrm=iso>. Access on 28 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572003000100008>.

CRUVINEL, Miriam; BORUCHOVITCH, Evely. Sintomas depressivos em crianças: estudos com duas versões do CDI. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília , v. 28, n. 3, p. 574-585, 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300011&lng=en&nrm=iso>. Access on 14 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932008000300011>.

CRESWELL, John W. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

Fonseca, M. H. G., Ferreira, R. A., & Fonseca, S. G. (2005). Prevalência de sintomas depressivos em escolares. *Pediatria*, 27(4), 223-232.

FREUD, Sigmund. Luto e Melancolia. In: *Obras Completas*. Vol. XIV, Rio de Janeiro: Imago, 1915.

Gil, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 2008.

JERUSALINSKY, Alfredo. Gotinhas e comprimidos para crianças sem história: uma psicopatologia pós-moderna para a infância. In: JERUSALINSKY, Alfredo; FENDRIK, S. (orgs.) *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Vialettera, 2011, p. 231-243.

Harrington, R. Depressive disorder in children and adolescents. *British Journal of Hospital Medicine*, 43, 108- 112, 1983.

FU I, Lee; CURATOLO, Eliana; FRIEDRICH, Sonia. Transtornos afetivos. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 24-27, Dec. 2000. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600007&lng=en&nrm=iso>. Access on 25 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600007>.

KLEIN, Melanie. *Contribuições à Psicanálise*. São Paulo: Mestre Jou, 1981.

LAROUSSE. *Dicionário de Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

Leckman JF, Leventhal BL. Editorial: a global perspective on child and adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry Allied Disciplines* 2008; 49(3):221-225.

LIMA, Dênio. Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 80, n. 2, supl. p. 11-20, Apr. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000300003&lng=en&nrm=iso>. Access on 02 Dec. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000300003>.

MILLER, Jeffrey. *O Livro de Referência para a Depressão Infantil*. São Paulo: M. Books do Brasil, 2003.

Monteiro, K. C. C., & Lage, A. M. V. (2007). Depressão: uma psicopatologia classificada nos manuais de psiquiatria. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(1), 106-119.

PANDE, Mariana Nogueira Rangel; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Este ilustre desconhecido: considerações sobre a prescrição de psicofármacos na primeira infância. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2305-2314, June 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000602305&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Dec. 2020. Epub June 03, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.12862018>.

PINHEIRO, Maria Teresa da Silveira; QUINTELLA, Rogerio Robbe; VERZTMAN, Julio Sergio. Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 147-168, 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652010000200010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 dez. 2019.

PORTO, José Alberto Del. Conceito de Depressão e seus Limites. In: LAFER, Beny et al. *Depressão no Ciclo da Vida*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

Poznanski, E. O., & Mokros, H. B. (1994). Phenomenology and epidemiology of mood disorders in children and adolescents. In W. M. Reynolds, *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 19-40). New York: Plenum Press.

PUNDIK, Juan. La medicalización en la infancia. ¿Cada vez más frecuente? *Revista Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. Barcelona, vol. 16, n. 04, 2009. Disponível em: <http://www.doyma.es/revistas/ctl_servletf=7064&ip=200.17.83.61&articuloId=13135511&revistaid=45>. Acesso em: 20 ago. 2019.

RIBEIRO, Karla Carolina Silveira; COUTINHO, Maria da Penha de Lima; NASCIMENTO, Emily da Silva. Representação social da depressão em uma Instituição de Ensino da Rede Pública. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 30, n. 3, p. 448-463, Sept. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300002&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Dec. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000300002>.

ROLIM NETO, Modesto Leite et al. Depressão infantil e desenvolvimento psicocognitivo: descrição das relações de causalidade. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 894-898, 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822011000300016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 ago. 2019.

ROUDINESCO, Elisabeth. *Por que a Psicanálise?* Traduzido por Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2000. Tradução de: Pourquoi la psychanalyse?

Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. P. B. (2013). *Metodologia de pesquisa*. São Paulo: McGraw Hill.

SILVA, Jerto Cardoso; SCHAFER, Caroline; BONFIGLIO, Mariane Silveira. A medicalização da infância e o processo psicoterápico: la relación entre la medicalización y el proceso psicoterapéutico. *Barbaroi*, Santa Cruz do Sul, n. 39, p. 70-86, dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000200005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 ago. 2019.

SILVA, Jerto Cardoso; MORAES, Mariana Hintz; MENDES, Caroline Forati. Percepção de cuidadores sobre a medicalização da infância e adolescência. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 3, p. 153-162, set. 2018. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/12896/7724>>. Acesso em: 29 dez. 2019. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v1i3.12896>.

Soares, M. U. (2003). *Estudos das variáveis do desenvolvimento infantil em crianças com e sem o diagnóstico de depressão*. Tese de Doutorado em Ciência do Movimento Humano, Universidade Federal de Santa Maria, RS.

SPINK, M. J. P (Org). *Praticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* – 2 ed. – São Paulo: Cortez, 2000.

SPITZ, René Arpad. *Desenvolvimento Emocional do Recém-Nascido*. Rio de Janeiro: Pioneira, 1960.

VORCARO, Ângela. O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância. In: JERUSALINSKY, Alfredo; FENDRIK, S. (orgs.) *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Vialettera, 2011, p. 219-230.

Weissman, M. M. & Klerman, G. L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98-111.

World Health Organization (WHO). *Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions*. Genebra: WHO; 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/319772/>. Acesso em: 17 de maio de 2020.

Zavaschi, M. L. S, Satler, F., Poester, D. Vargas, C. F., Piazenski, R., Rohde, L. A. P. & Eizirik, C. L. (2002). Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 189-195. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462002000400009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 04/03/2020.

Zito JM, Safer DJ, Valluri S, Gardner JF, Korelitz JJ, Mattison DR. Psychotherapeutic medication prevalence in Medicaid-insured preschoolers. *J Child Ado Psychop* 2007; 17(2):195-203. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17489714/>. Acesso em: 14 de abril de 2020.

5 CONCLUSÃO

Ao pensarmos no percurso da nossa pesquisa, entendemos que ter iniciado a pesquisa-intervenção em 2020 foi desafiador e, com certeza, ficará para sempre em nossas memórias. Tínhamos várias expectativas, muitos planos, mas a OMS alertou sobre a disseminação de um novo coronavírus e, naquele momento, uma pandemia foi declarada. Assim, de repente, todo o nosso projeto se apresentou repleto de incertezas, inseguranças e desafios. A pandemia trouxe impactos e muitas coisas mudaram de lugar, tudo passou a sofrer alterações e todos nós nos adaptamos a uma nova realidade, um “novo normal” que exigiu afastamento social e muitos outros cuidados. Relembrando todo o processo, podemos confessar que sentimentos como ansiedade e medo se tornaram constantes nesse período. Afinal, como ficaria o nosso projeto de pesquisa? E as intervenções? Vamos conseguir fazer os encontros de forma presencial? Logo, nos foi exigido uma capacidade de adaptação, resiliência e calma necessária frente às surpresas da vida e, com algumas modificações, a pesquisa-intervenção aconteceu de forma adaptada e nos revelou dados importantes.

Retomemos, então, alguns momentos do material discutido neste estudo. No primeiro capítulo, descrevemos a pesquisa-intervenção quanti-qualitativa. Narramos o percurso metodológico e as análises quantitativas que deram origem ao manuscrito produzido em 2020. A pesquisa quantitativa precisou ser adiada e foi realizada em um período que se entendeu como mais prudente (setembro e outubro de 2020), quando houve a coleta de dados, com todos os cuidados e protocolos necessários. O estudo quantitativo demonstrou uma prevalência preocupante de crianças com sintomas depressivos. A pesquisa apontou um índice significativo de crianças depressivas que faziam uso de alguma medicação como antidepressivos, em sua maioria, e antipsicóticos, além dos tratamentos combinados. Ao analisarmos a relação entre medicação e o processo psicoterápico em crianças com sintomas depressivos, concluímos que, apesar dos dados demonstrarem uma diferença pouco significativa entre usar ou não medicação, percebe-se que as crianças que usavam medicação tiveram um percentual maior de alta. No entanto, também haviam mais registros de abandono do tratamento entre elas.

O grupo focal no formato virtual se mostrou um momento novo, desafiador, mas também muito produtivo, repleto de trocas e contribuições para a pesquisa. As narrativas dos estagiários, por atuarem diretamente em situações com os usuários do serviço, proporcionaram subsídios fundamentais para a elaboração do produto técnico. Através dessas discussões, descrevemos a depressão na infância, seus sintomas e sua associação às questões psíquicas,

físicas e cognitivas. Entendemos que a depressão na criança, muitas vezes, é de difícil identificação na infância, dado que os sintomas se diferem dos adultos e algumas de suas características são atípicas e variam de acordo com cada fase da infância. Compreendemos que a criança pode apresentar oscilações de humor, desenvolver transtornos alimentares, dificuldades de aprendizagem, e pode isolar-se e negar-se a brincar com outras crianças. Também concluímos o quanto a interação e os vínculos da família com a criança são constitutivos do seu sofrimento, visto que o contexto familiar é a fonte referencial da mesma. É nesse ambiente onde será intensificado o início de seu desenvolvimento e ela irá absorver os primeiros vínculos afetivos. Abordamos a importância do ambiente familiar e, a partir do referencial psicanalítico, discutimos a depressão a partir de falhas ambientais, sendo essencial dar atenção aos ambientes em que a criança está inserida, pois eles irão impactar o seu desenvolvimento.

Ainda, analisamos a multiplicação dos diagnósticos de transtornos mentais na infância e o perigo dos sistemas de classificação, visto que podem levar à rotulação, estigmatização e um reducionismo biomédico em relação ao sujeito. Discutimos o quanto a medicalização demasiada, nestes primeiros anos, é apontada como um tratamento infalível e os psicofármacos assumem um papel temerário ao reduzir inúmeros sintomas e entendê-los descontextualizados e em uma perspectiva biologicista. Enfatizamos a necessidade de um olhar crítico sobre isso, afinal, onde fica a subjetividade desta criança e as dimensões sociais, pois não podemos reduzi-las ao neurofisiológico, quando questões como relações fantasmáticas com os pais, representações mentais e do imaginário e o campo da linguagem precisam ser também consideradas.

A partir dos discursos e das narrativas dos estagiários no grupo focal, constatamos a necessidade de um material com caráter informativo e, assim, criamos a cartilha, uma tecnologia social que aborda a importância da prevenção da depressão infantil, do diagnóstico precoce, do tratamento adequado e da escuta qualificada, a fim de minimizar a lógica medicalizante das crianças em sofrimento psíquico. Entendemos que a depressão infantil precisa ser debatida, estudada e pensada para além de uma psicopatologia e, embora pais e cuidadores precisem estar atentos aos sinais por meio de observações e de um olhar cuidadoso e vigilante, devem ser informados da sua complexidade e o que qualifica o tratamento específico de cada caso. Entendemos a importância de uma posição de acolhimento ao aceitar que crianças sofrem, não as culpando, nem tampouco tentando lhes ensinar novos comportamentos, mas validando o que sentem, oportunizando espaços para que se expressem,

apoiando-as e orientando-as, a fim de ponderarmos para a urgência de dar sentido ao sofrimento infantil para além do diagnóstico e da medicação. “É psicologicamente importante deixar a criança livre (naturalmente, supervisionando-a sempre), falar com ela e, caso se fira, cuidar dela com compaixão e sem repreendê-la” (DOLTO, 1984, p. 38).

Constatamos que estudar a depressão infantil e como essa psicopatologia vem sendo divulgada, disseminada, acolhida e tratada pode proporcionar valiosos dados e entendimentos acerca do alívio desse sofrimento. É importante levarmos os sentimentos das crianças a sério, afinal os sintomas acometem um público cada vez mais jovem. De acordo com Grillo e Da Silva (2004), o diagnóstico precoce da depressão infantil ainda encontra obstáculos, já que, muitas vezes, indícios de depressão na criança podem ser confundidos como característicos da idade ou como flutuações normais; a necessidade de os profissionais de saúde entenderem sobre a infância e não rotularem uma criança como portadora de uma psicopatologia; e a dificuldade da criança em identificar e descrever o que sente. Contudo, acreditamos na importância de ouvi-las, auxiliá-las a descreverem suas emoções e estarmos atentos ao contexto, pensando a depressão para além do reducionismo orgânico e iatrogênico, posto central deste trabalho.

Inferimos que, a partir da relevância da depressão infantil no contexto dos distúrbios psicoafetivos, nosso estudo analisou a importância da prevenção, mas também do diagnóstico crítico para o tratamento adequado. Uma avaliação adequada e multiprofissional pode conduzir à intervenção necessária, uma vez que, conforme Bahls e Bahls (2003), a depressão infantil pode se prolongar ou ser recorrente na idade adulta. Por isso, acreditamos na importância de produzir uma reflexão crítica sobre a psicopatologização da depressão na infância, a fim de produzir cor ao mundo infantil, humanizar o tratamento, o historicizar e o contextualizar.

Entendemos que identificar a prevalência dos transtornos mentais na infância, bem como fatores de risco e de proteção, assim como pensar esse sofrimento de forma complexa, auxilia no delineamento de políticas de saúde, na distribuição de recursos, na prevenção e no tratamento de casos diagnosticados (ANSELMINI *et al.*, 2008). A infância e seus sofrimentos psíquicos precisam ser explorados, estudados e pesquisados cada vez mais. Autores, como Pande, Amarante e Baptista (2020), relatam que o Brasil carece de pesquisas que apontem outras vias pelas quais possa se caminhar, caso contrário, vai se trilhar o rumo da psicofarmacologização da infância no país, um dos maiores consumidores mundiais de psicotrópicos.

A partir da pesquisa, suas narrativas, análises e trocas, concluímos que mais eficaz do que o diagnóstico no tempo certo ou até mesmo o tratamento, é a prevenção e a promoção de

saúde. Sabe-se que esses transtornos estão enlaçados aos sintomas sociais, aos fatores psicológicos e biológicos, mas podem ser amenizados se a sociedade se preocupar com a prevenção. Cruvinel e Boruchovitch (2003, p. 14) afirmam que “a falta de informações de pais e professores sobre a depressão infantil pode contribuir para aumentar as dificuldades dos alunos e causar inúmeras sequelas emocionais no futuro”. A percepção dos sintomas não é uma tarefa fácil, portanto, pais, cuidadores e profissionais de saúde devem manter um olhar mais atento sobre o comportamento infanto-juvenil. Nesse ínterim, a psicanálise possibilita ao sujeito:

[...] ressignificar o próprio sofrimento através da palavra. É através da escuta de sua história de vida e da construção da sua subjetividade que se possibilita o tratamento da depressão. O mundo contemporâneo preza por uma vida regida por segurança e riscos mínimos, buscando nos psicotrópicos a cura a depressão (CIELUCK, 2016, p. 26-27).

Então, se busca a compreensão do sintoma de uma forma singular.

Ressaltamos que existe uma necessidade de se desenvolverem intervenções eficazes voltadas para a prevenção e para o tratamento precoce dos adoecimentos infantis (LECKMAN; LEVENTHAL, 2008). Consideramos a integração de ações, visto que muitas crianças não recebem ajuda e tratamento para seus problemas emocionais, além do número considerável de crianças que não entram nas estatísticas, mascarando o real índice de transtornos nesse público. Por fim, espera-se que as informações obtidas no nosso estudo e a divulgação do produto técnico contribuam para incentivar novas pesquisas relacionadas ao assunto, afinal são temas que precisam ser amplamente discutidos, pois falam de sujeitos em constituição psíquica e de sofrimento psicoafetivo. Diante disso, acreditamos na necessidade de escutar a criança, dar voz a ela e permitir que reconheça o seu desejo, a fim de estruturar seu psiquismo de forma saudável (DOLTO, 1996).

REFERÊNCIAS

- A INVENÇÃO da infância. [S. l.: s. n.], 2020. 1 vídeo (25 min 55 s). Publicado pelo canal Gilson Vilela. Disponível em: <https://youtu.be/h1WiZoQ6Sj8>. Acesso em: 25 ago. 2020.
- ALMEIDA FILHO, N. Estudo de prevalência de desordens mentais na infância em uma zona urbana de Salvador-Bahia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 225-236, 1982.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANSEMI, L. *et al.* Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, suppl 2, p. 26-33, dez. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000900005>. Acesso em: 06 jan. 2021.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Tradução: Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- ASSUMPCÃO JÚNIOR, F. Diagnóstico e quadro clínico da depressão na infância e na adolescência. *In*: LAFER, B. *et al.* **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- BAHLS, S.-C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 78, n. 5, p. 359-366, out. 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200002>. Acesso em: 28 ago. 2020.
- BAHLS, S.-C.; BAHLS, F. R. Psicoterapias da depressão na infância e na adolescência. **Estudos de Psicologia**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 25-34, ago. 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200002>. Acesso em: 07 mar. 2021.
- BANDEIRA, P. **Mais respeito, eu sou criança**. 2. ed. São Paulo: Moderna, 2002.
- BAPTISTA, C. A.; GOLFETO, J. H. Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 253-256, 2000.
- BARBOSA, G. A.; LUCENA, A. Depressão Infantil. **Infanto - Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 23-30, 1995. Disponível em: http://www.psiquiatriainfantil.com.br/revista/edicoes/Ed_03_2/in_07_07.pdf. Acesso em: 06 fev. 2021.
- BARROS, E. M. R.; BARROS, E. L. R.; DANTAS JÚNIOR, A. Depressão: uma perspectiva psicanalítica. *In*: LAFER, B. *et al.* **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

BARROS, M. B. A. *et al.* Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 4, e2020427, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400018>. Acesso em: 11 fev. 2021.

BAUMGARTEN, M. Tecnologias Sociais e Inovação Social. *In*: CATTANI, A. D.; HOLZMANN, L. (Orgs.). **Dicionário de trabalho e tecnologia**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006. p. 302-304.

BAYMA, M. B. J. **Considerações psicanalíticas sobre a etiologia do sofrimento depressivo em crianças**. 2016. 91f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

BEZERRA, M. L. M. Psicofarmacologia e psicoterapia: mitos, benefícios e interferências. *In*: ENCONTRO PARANAENSE, 13.; CONGRESSO BRASILEIRO, 8.; CONVENÇÃO BRASIL/LATINO-AMÉRICA, 2., 2008, Curitiba. **Anais [...]**. Curitiba: Centro Reichiano, 2008. CD-ROM.

BIRMAHER, B. *et al.* Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. part II. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 35, n. 12, p. 1575-1583, 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00004583-199612000-00008>. Acesso em: 11 fev. 2021.

BLEICHMAR, S. **Nas origens do sujeito psíquico: do mito à história**. Tradução: K. B. Behr. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

BOCK, L.; CÔRTEZ, C. Mãe, estou deprê. **Isto É**, São Paulo, v. 1620, p. 48-50, 2000.

BOWLBY, J. **Apego e perda**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Relatório de grupo de trabalho: produção técnica**. Brasília: Capes, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/10062019-producao-tecnica-pdf>. Acesso em: 27 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 18 abr. 2020.

BRUNONI, A. *et al.* Prevalence and risk factors of psychiatric symptoms and diagnoses before and during the COVID-19 pandemic: findings from the ELSA-Brasil COVID-19 mental health cohort. **Psychological Medicine**, [S. l.], p. 1-12, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291721001719>. Acesso em: 16 mar. 2020.

BRZOZOWSKI, F. S.; CAPONI, S. N. C. Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 1, p. 208-221, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000100016>. Acesso em: 28 ago. 2020.

CALDERARO, R. S. S.; CARVALHO, C. V. Depressão na infância: um estudo exploratório. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 181-189, maio/ago. 2005.

CARMO, A. L.; SILVA, A. P. B. Depressão Infantil: uma realidade presente na escola. **Nucleus**, Ituverava, v. 6, n. 2, p. 333-344, out. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.3738/nucleus.v6i2.180>. Acesso em: 05 jul. 2021.

CARVALHO, C.; RAMIRES, V. R. R. Repercussões da depressão infantil e materna no brincar de crianças: revisão sistemática. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 46-61, ago. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n2/04.pdf>. Acesso em: 24 out. 2021.

CIELUCK, L. D. C. **A depressão é um sintoma social na contemporaneidade?**. 2016. 32f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL. Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR. **Pesquisa Tic Kids online Brasil 2018**. São Paulo: Cetic, 2019. Disponível em: <https://cetic.br/tics/kidsonline/2018/criancas/>. Acesso em: 06 abr. 2021.

CONRAD, P. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

CONTE, R. F. Medicalização, solidão e o esvaziamento do sentido da infância. In: RAMOS, F. B. *et al.* (Orgs.). **Anais do Congresso Internacional Educar na(s) infância(s)**. 1. ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2019. v. 1, p. 13-17.

COUTINHO, M. P. L. *et al.* Indicadores psicométricos do inventário de depressão infantil e da amostra da infância. **Avaliação Psicológica**, Itatiba, v. 13, n. 2, p. 269-276, ago. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v13n2/v13n2a14.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2020.

CRAIG, E. **Knowledge and the state of nature: an essay in conceptual synthesis**. Oxford: Clarendon, 1990.

CRESPIN, G. **A clínica precoce: o nascimento do humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E. Depressão infantil: uma contribuição para a prática educacional. **Psicologia Escolar e Educacional**, Campinas, v. 7, n. 1, p. 77-84, jun. 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572003000100008>. Acesso em: 28 ago. 2020.

CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E. Sintomas de Depressão Infantil e Ambiente Familiar. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 3, n. 1, p. 87-100, jan./jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v3n1/v3n1a08.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

CURATOLO, E.; BRASIL, Heloísa. Depressão na infância: peculiaridades no diagnóstico e tratamento farmacológico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 170-176, 2005. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/publique/bipolar_heloisa_brasil.pdf. Acesso em: 18 fev. 2021.

DAGNINO, R. **Tecnologia social**: contribuições conceituais e metodológicas. Campina Grande: EDUEPB, 2014.

DEPRESSÃO infantil: um mundo sem cor | Roberta Nedel | Mestranda UNISC. [S. l.: s. n.], 2010. 1 vídeo (3 min 07 s). Publicado pelo canal WE Mídia. Disponível em: <https://youtu.be/xcZ4rwuKCOY>. Acesso em: 25 ago. 2020.

DOLTO, F. As sensações cenestésicas de bem-estar ou mal-estar, origens de sentimentos de culpa. In: DOLTO, F. **No jogo do desejo**: ensaios clínicos. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1984. p. 19-51.

DOLTO, F. **No jogo do desejo**. Tradução: Vera Ribeiro. 2. ed. São Paulo: Ática, 1996.

DUMAS, J. E.; ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B.; MURAD, F. **Psicopatologia da infância e da adolescência**. [S. l.: s. n.], 2011.

DUNKER, C. I. L. Metodologia de pesquisa em psicanálise. In: LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. (Orgs.). **Psicanálise com crianças**: clínica e pesquisa. São Paulo: Escuta, 2008. p. 63-91.

EISENSTEINS, E. *et al.* **#MENOS TELAS #MAIS SAÚDE**: manual de orientação. Curitiba: SBP, 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22246c-ManOrient_-_MenosTelas__MaisSaude.pdf. Acesso em: 02 abr. 2021.

ENUMO, S. R. F. *et al.* Enfrentando o estresse em tempos de pandemia: proposição de uma Cartilha. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 37, e200065, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200065>. Acesso em: 04 ago. 2020.

FEITOSA, D. A. *et al.* **O sensível e a sensibilidade na pesquisa em educação**. Cruz das Almas: UFRB, 2016.

FERNANDES, A. M.; MILANI, R. G. A Depressão infantil, o rendimento escolar e a autoeficácia: uma revisão da literatura. **Revista Cesumar - Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**, Santa Maria, v. 15, n. 2, p. 381-403, 2010. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revcesumar/article/view/932>. Acesso em: 24 out. 2021.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Eletrônico Aurélio Século XXI**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira e Lexikon Informática, 1999.

FLEITLICH, B.; GOODMAN, R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: a cross sectional survey. **British Medical Journal**, [S. l.], v. 323, n. 7313, p. 599-600, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7313.599>. Acesso em: 20 jun. 2021.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONSECA, M. H. G.; FERREIRA, R. A.; FONSECA, S. G. Prevalência de sintomas depressivos em escolares. **Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 223-232, 2005. Disponível em: <https://silo.tips/download/prevalencia-de-sintomas-depressivos-em-escolares>. Acesso em: 11 jul. 2021.

FORTES, I. A psicanálise face ao hedonismo contemporâneo. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 9, n. 4, p. 1123-1144, 2009. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/4904>. Acesso em: 12 jun. 2021.

FREITAS, M. C. (Org.). **História social da infância no Brasil**. 5. ed., rev. e ampl. São Paulo: Cortez, 2003.

FREUD, S. **Luto e Melancolia**. Edição Standard Brasileiras das Obras Completas de Sigmund Freud, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1917 [1915]/1974a.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização**. Edição Standard Brasileiras das Obras Completas de Sigmund Freud, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1930 [1929]/1974b.

FURTADO, F. M. S. F.; FRANÇA, M. M.; SOUSA, D. H. A. V. A percepção de professores acerca da influência dos jogos eletrônicos no desenvolvimento infantil. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, 3., 2018, Campina Grande. **Anais [...]**. Campina Grande: Realize Editora, 2018. Disponível em: <http://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/40642>. Acesso em: 20 set. 2021.

GASKELL, G.; BAUER, M. W. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

GIL, C. A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GREEN, A. **Narcisismo de vida, narcisismo de morte**. Tradução: C. Beliner. São Paulo: Escuta, 1988.

GRILLO, E.; DA SILVA, R. J. M. Manifestações precoces dos transtornos do comportamento na criança e no adolescente. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, p. S21-27, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000300004>. Acesso em: 09 jul. 2021.

HABIGZANG, L. F. *et al.* Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 379-386, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722006000300006>. Acesso em: 12 abr. 2021.

HUTTEL, J. *et al.* A depressão infantil e suas formas de manifestação. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 29, n. 64, p. 11-22, nov. 2011. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/19659>. Acesso em: 19 set. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2014.

JERUSALINSKY, A. Gotinhas e comprimidos para crianças sem história: uma psicopatologia pós-moderna para a infância. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Vialettera, 2011. p. 231-243.

KEHL, M. R. Da melancolia às depressões. In: KEHL, M. R. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2009.

KIELING, C. *et al.* Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. **Lancet**, [S. l.], v. 378, n. 9801, p. 1515-1525, 2011. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60827-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1). Acesso em: 15 jul. 2021.

KLEIN, M. **Contribuições à Psicanálise**. São Paulo: Mestre Jou, 1981.

KLEIN, T. P. *et al.* Young children's responses to september 11th: the New York city experience. **Infant Mental Health Journal**, [S. l.], v. 30, n. 1, p. 1-22, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.20200>. Acesso em: 22 jul. 2021.

KUPERWAJS, I. **Psicoanálisis com niños 3: tramar lo singular**. Buenos Aires: Gama Ediciones, 2010.

LAROUSSE, P. **Dicionário de Psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

LECKMAN, J.; LEVENTHAL, B. Editorial: a global perspective on child and adolescent mental health. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, [S. l.], v. 49, n. 3, p. 221-225, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01884.x>. Acesso em: 08 fev. 2021.

LEITE, L. M. L. **Eventos de vida estressantes vivenciados pelas mães e depressão infantil**. 2018. 93f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018.

LEITE, M. P. S. **Psicanálise lacaniana: cinco seminários para analistas kleinianos**. São Paulo: Iluminuras, 2000.

LEOPARDI, M T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LIMA, D. Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, p. 11-20, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000300003>. Acesso em: 11 ago. 2020.

LINHARES, M. B. M.; ENUMO, S. R. F. Reflexões baseadas na Psicologia sobre efeitos da pandemia COVID-19 no desenvolvimento infantil. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 37, e200089, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200089>. Acesso em: 4 ago. 2020.

MACIEL, A. L. S.; FERNANDES, R. M. C. Tecnologias sociais: interface com as políticas públicas e o Serviço Social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 105, p. 146-165, mar. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000100009>. Acesso em: 22 set. 2020.

MANNONI, M. A primeira entrevista em psicanálise. Tradução: Roberto Cortes de Lacerda. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Campos, 1982.

MARIOTTO, R. M. M.; MOHR, A. M. (Orgs.). **A vivência da morte e do luto na infância e adolescência**: recortes psicanalíticos. Salvador: Ágalma, 2020.

MILLER, J. **O livro de referência para a depressão infantil**. São Paulo: M. Books do Brasil, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. rev. e aprim. São Paulo: Hucitec; 2006.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 750-757, ago. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400020>. Acesso em: 08 fev. 2021.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3: p. 239-262, jul/set, 1993. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300002>. Acesso em: 22 jul. 2021.

MOHR, A. M. Psicanálise, depressão e a segunda morte às margens do Nilo. **Revista da SBPH**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 178-195, 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v16n2/v16n2a13.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

MORAES, R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência & Educação**, Bauru, v. 9, n. 2, p. 191-211, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-73132003000200004>. Acesso em: 20 jun. 2021.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva**. 1. ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2007.

NAKAMURA, E. K. K.; SANTOS, J. Q. Depressão infantil: abordagem antropológica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 53-60, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000011>. Acesso em: 19 jun. 2021.

NEGRET, F. A identidade e a importância dos mestrados profissionais no Brasil e algumas considerações para a sua avaliação. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, Brasília, v. 5, n. 10, p. 217-225, dez. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.21713/2358-2332.2008.v5.152>. Acesso em: 10 fev. 2021.

NEVES, F. J. L. A psicanálise Kleiniana. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 29, n. 54, p. 21-28, set. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/reverso/v29n54/v29n54a04.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Depressão**. Brasília, 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>. Acesso em: 16 abr. 2021.

OVIDO, N.; CARVALHO, G. COVID-19 em pediatria: o muito que ainda não se sabe!. **Gazeta Médica**, v. 7, n. 2, abr./ jun. 2020. Disponível em: <https://gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/download/354/220/2278>. Acesso em: 16 ago. 2021.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. C.; BAPTISTA, T. W. F. Este ilustre desconhecido: considerações sobre a prescrição de psicofármacos na primeira infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2305-2314, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.12862018>. Acesso em: 20 jul. 2021.

PERES, U. T. **Depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

PETRI, R. **Psicanálise e infância: clínica com crianças**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.

PINHEIRO, M. T. S.; QUINTELLA, R. R.; VERZTMAN, J. S. Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 147-168, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-56652010000200010>. Acesso em: 29 dez. 2020.

POLETTTO, R. C. Benefícios e riscos da Internet para crianças e adolescentes. **Revista São José**, Caxias do Sul, n. 2013, p. 6-11, set. 2013.

POLETTTO, R. C. Demandas do processo psicodiagnóstico: considerações teóricas e clínicas sobre as vivências das estudantes de psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 2-9, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000300002>. Acesso em: 05 mar. 2021.

PORTO, J. A. D. Conceito de depressão e seus Limites. *In*: LAFER, B. *et al.* **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

POSTMAN, N. **O desaparecimento da infância**. Tradução: Suzana M. de Alencar Carvalho e José Laurentino de Melo. Rio de Janeiro: Graphia, 2005.

RACINE, N. *et al.* Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. **JAMA Pediatrics**, [S. l.], v. 175, n. 11, p. 1142-1150, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>. Acesso em: 04 jun. 2021.

RAMIRES, V. R. *et al.* Fatores de risco e problemas de saúde mental de crianças. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 2, p. 1-14, ago. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v61n2/v61n2a12.pdf>. Acesso em: 18 set. 2020.

REIS, R. L. R.; FIGUEIRA, I. L. V. Transtorno depressivo na clínica pediátrica. **Revista Pediatria Moderna**, v. 37, p. 212-222, 2001.

RIBEIRO, M. A. C. **Um certo tipo de mulher** - mulheres obsessivas e seus rituais. Rio de Janeiro: Rios ambiciosos, 2001.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 64-73, dez. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000400010>. Acesso em: 25 maio 2020.

ROLIM NETO, M. L. *et al.* Depressão infantil e desenvolvimento psicocognitivo: descrição das relações de causalidade. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 894-898, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v21n3/16.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2019.

ROUDINESCO, E. **Por que a Psicanálise?** Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Orthopsychiatric Association**, [S. l.], v. 57, n. 3, p. 316-331, 1987. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>. Acesso em: 02 jul. 2020.

SAFATLE, V. P.; SILVA JUNIOR, N.; DUNKER, C. I. L. **Patologias do social:** arqueologias do sofrimento psíquico. São Paulo: Autêntica, 2018.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, J. M. *et al.* Fatores de risco para a depressão infantil. **Saúde Coletiva**, Barueri, v. 11, n. 67, p. 6839-6850, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i67p6839-6850>. Acesso em: 2 nov. 2021.

SCHNEIDER, A. C. N.; RAMIRES, V. R. R. Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência. **Aletheia**, Canoas, n. 26, p. 95-108, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n26/n26a09.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2021.

SERRÃO, F.; KLEIN, J. M.; GONÇALVES, A. Qualidade do sono e depressão: que relações sintomáticas em crianças de idade escolar. **Psico-USF**, Campinas, v. 12, n. 2, p. 257-268, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712007000200014>. Acesso em: 7 out 2021.

SILVA, J. C.; MORAES, M. H.; MENDES, C. F. Percepção de cuidadores sobre a medicalização da infância e adolescência. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 3, p. 153-162, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/rips.v1i3.12896>. Acesso em: 29 dez. 2020.

SILVA, J. C.; SCHAFER, C.; BONFIGLIO, M. S. A medicalização da infância e o processo psicoterápico. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 39, p. 70-86, dez. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 ago. 2019.

SPINK, M. J. P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SPITZ, R. A. **Desenvolvimento emocional do recém-nascido**. Rio de Janeiro: Pioneira, 1960.

SOARES, M. U. **Estudos das variáveis do desenvolvimento infantil em crianças com e sem o diagnóstico de depressão**. 2003. Tese (Doutorado em Ciência do Movimento Humano) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2003.

SOUZA, F. Suicídio: dimensão do problema e o que fazer. **Debate Hoje**, [S. l.], v. 2, n. 5, p. 6-8, 2010. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/FranciscoLuz/debates-set-out2010parte001>. Acesso em: 08 fev. 2021.

SOUZA R. P.; EISENSTEIN, E. **Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes**. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

TEIXEIRA, A. M. R. Depressão ou lassidão do pensamento? Reflexões sobre o Spinoza de Lacan. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 27-41, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-56652008000100002>. Acesso em: 5 ago. 2008.

TEODORO, M. L. M.; CARDOSO, B. M.; FREITAS, A. C. F. Afetividade e conflito familiar e sua relação com a depressão em crianças e adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 324-333, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000200015>. Acesso em: 12 ago. 2021.

VIANA, M. A. Infância contemporânea: institucionalização e cerceamento. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 47-68, 2018. Disponível em: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/203>. Acesso em: 07 jul. 2021.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Tradução: J. O. A. Abreu; V. Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975. (Obra original publicada em 1971).

WINNICOTT, D. W. **Human nature**. New York: Brunner/Mazel, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Caring for children and adolescents with mental disorders**. Setting WHO Directions. Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression**: a global public health concern. Geneva: World Health Organization, 2012. Disponível em: http://who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf. Acesso em: 08 fev. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders**: global health estimates. Geneva: WHO, 2017. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>. Acesso em: 08 jun. 2021.

ZIMMERMANN, P.; CURTIS, N. Coronavirus infections in children including COVID-19: an overview of the epidemiology, clinical features, diagnosis, treatment and prevention options in children. **Pediatric Infectious Disease Journal**, [S. l.], v. 39, n. 5, p. 355-368, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/INF.0000000000002660>. Acesso em: 18 jul. 2021.

ANEXO A - CARTA DE DECLARAÇÃO DOS PESQUISADORES AO CEP

Santa Cruz do Sul, 20 de março de 2020.

Ao
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP
Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Sr. Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Prof. Renato Nunes

Encaminho para avaliação deste Comitê de Ética em Pesquisa, o projeto "**DEPRESSÃO INFANTIL, MEDICAÇÃO E PROCESSO PSICOTERÁPICO**" tendo como pesquisador principal Roberta Nedel a ser realizado no Serviço Integrado de Saúde. Trata-se de um projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Profissional – Mestrado em Psicologia Profissional que envolve seres humanos.

O resultado desta pesquisa retornará aos pesquisados através de reunião com os pesquisados para divulgar o resultado da pesquisa e artigo científico.

Em caso de intencionalidade de publicação dos resultados da pesquisa, identificar o veículo de publicação.

Aguardando avaliação de parecer deste Comitê, coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Nome do Pesquisador Principal: Roberta Nedel

Departamento do Pesquisador principal: Serviço Integrado de Saúde (SIS), Serviço-Escola da UNISC

Instituição do pesquisador Principal: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Assinatura do pesquisador Principal: Roberta Nedel

ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Santa Cruz do Sul, 20 de dezembro de 2019.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, CEP-UNISC

Prezados Senhores,

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa intitulado: "Depressão Infantil, Medicação e Processo Psicoterápico", desenvolvido pela mestranda Roberta Nedel do Curso de Pós-Graduação em Psicologia Profissional, da Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC, sob a orientação do professor Dr. Jerito Cardoso Silva, bem como os objetivos e a metodologia da pesquisa e autorizamos o desenvolvimento no Serviço Integrado de Saúde (SIS), Serviço-Escola da UNISC.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP-UNISC, conhecer e cumprir as Resoluções do CNS 466/12 e 510/2016 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para tanto.

Atenciosamente,



Assinatura e carimbo do responsável institucional

Vera da Costa Somavilla
Crem nº 71354



ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DEPRESSÃO INFANTIL, MEDICAÇÃO E PROCESSO PSICOTERÁPICO

Pesquisador: ROBERTA NEDEL

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34371319.3.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.191.946

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Profissional – Mestrado em Psicologia Profissional, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, da pesquisadora Roberta Nedel, tendo como o orientador o Prof. Dr. Jerto Cardoso Silva. A pesquisa na área da saúde mental vem sendo impulsionada principalmente pelo aumento na prevalência dos transtornos psiquiátricos na infância e na adolescência. Estudos sobre a depressão na criança ainda são escassos no Brasil, apesar da prevalência cada vez maior. Desta forma, a relação entre a medicação e o processo psicoterápico em crianças com sintomas depressivos atendidas num Serviço de Saúde será investigada através de análise de prontuários e grupos focais com a equipe e os funcionários do Serviço de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a relação entre medicação e o processo psicoterápico em crianças com sintomas depressivos.

Objetivo Secundário:

- a) Descrever a prevalência de crianças com sintomas depressivos atendidas num Serviço de Saúde, no Vale do Rio Pardo/RS.
- b) Investigar as medicações usadas por crianças com sintomas depressivos atendidas num Serviço de Saúde, no Vale do Rio Pardo/RS.

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 4.191.946

c) Compreender se o uso da medicação contribui ou não no prognóstico do tratamento em psicoterapia das crianças com sintomas depressivos.

d) A partir da pesquisa-intervenção, poderá ser elaborado um produto informativo, que possibilite minimizar a lógica medicalizante em crianças com sintomas depressivos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Quanto aos riscos apresentados para os participantes da pesquisa, entende-se que serão mínimos ou desconhecidos. Algumas questões podem expor os sujeitos a algum desconforto ou constrangimento, alguma situação de invasão de privacidade ou quebra de sigilo das informações fornecidas. Para minimizar alguns riscos, o grupo será conduzido pela própria pesquisadora. Esses dados serão guardados pela pesquisadora responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de cinco anos.

Benefícios:

Espera-se que os resultados deste estudo sirvam para desenvolver e validar outras pesquisas e novas ações que auxiliem as crianças em sofrimento psíquico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa de abordagem mista: pesquisa quanti-qualitativa. A parte quantitativa caracteriza-se como descritiva de caráter correlacional, de corte transversal. A parte qualitativa refere-se ao estudo descritivo. Parte quantitativa: os prontuários do estudo serão selecionados a partir de uma amostra não probabilística do tipo amostra por conveniência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Carta de resposta de acordo e recurso de acordo.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado e em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil e validados pelo CEP-UNISC.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306
Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br

Página 02 de 03



Continuação do Parecer: 4.191.946

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Recurso do Parecer	recurso.pdf	26/07/2020 19:46:02		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	cartarespostapendencia.pdf	26/07/2020 19:45:27	ROBERTA NEDEL	Aceito
Cronograma	cronogramaalteracoes.pdf	26/07/2020 19:39:33	ROBERTA NEDEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocronogramaalteracoes.pdf	26/07/2020 19:39:06	ROBERTA NEDEL	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1493158.pdf	01/07/2020 16:17:54		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	01/07/2020 16:17:15	ROBERTA NEDEL	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	01/07/2020 16:16:11	ROBERTA NEDEL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta.pdf	05/05/2020 15:37:27	ROBERTA NEDEL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	local_pesquisa.pdf	07/01/2020 12:43:25	ROBERTA NEDEL	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	07/01/2020 12:42:49	ROBERTA NEDEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_comite_etica.pdf	31/12/2019 00:27:06	ROBERTA NEDEL	Aceito
Folha de Rosto	Roberta.pdf	29/12/2019 23:29:24	ROBERTA NEDEL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 04 de Agosto de 2020

Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br

ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DEPRESSÃO INFANTIL, MEDICAÇÃO E PROCESSO PSICOTERÁPICO

Prezado senhor/Prezada senhora

O/A senhor/a está sendo convidado/a para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado Depressão Infantil, Medicação e Processo Psicoterápico. Esse projeto é desenvolvido pela mestranda do Curso de Pós-graduação em Psicologia Profissional da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, e é importante porque pretende analisar a relação entre medicalização e o processo psicoterápico em crianças com sintomas depressivos. Para que isso se concretize, o senhor/a será contatado/a pela pesquisadora para averiguar uma conversa sobre os temas da pesquisa, em torno de 1 hora. Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam, como questões que possam expor os sujeitos a algum constrangimento, alguma situação de invasão de privacidade ou quebra de sigilo das informações fornecidas. Por outro lado, se o senhor/a aceitar participar dessa pesquisa, benefícios futuros para a área da Psicologia poderão acontecer, tais como: espera-se que os resultados deste estudo sirvam para desenvolver e validar outras pesquisas e novas ações que auxiliem as crianças em sofrimento psíquico. Para participar dessa pesquisa o senhor/a não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer natureza.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado/a, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado/a:

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;

e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,
f) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é Roberta Nedel Fone: (51) 999692240.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (051) 3717- 7680.

Local: _____

Data __ / __ / ____

Nome e assinatura do voluntário

Roberta Nedel
Pesquisadora responsável

ANEXO E - NORMAS PARA SUBMISSÃO NA “FRACTAL: REVISTA DE PSICOLOGIA”

Diretrizes para Autores

Diretrizes para Autores

Forma e preparação de manuscritos

Convidamos todos a conferir a seção [Sobre a revista](#) e ler as políticas das seções disponíveis, bem como as [Diretrizes para autores](#). É necessário que os autores se [cadastrem](#) no sistema antes de submeter um artigo; caso já tenha se cadastrado basta [acessar](#) o sistema e iniciar o processo de 5 passos de submissão.

Os trabalhos serão apreciados pela Comissão Editorial que decidirá sobre sua aceitação e, se necessário, sugerir ao autor modificações de estrutura e conteúdo.

O editor reserva-se o direito de efetuar alterações ou cortes nos trabalhos recebidos para adequá-los às normas da revista, respeitando os conteúdos e o estilo do autor. Os autores serão notificados da aceitação ou recusa de seus artigos.

No caso de texto que trate de pesquisa envolvendo seres humanos, será exigido, nos termos da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, documento comprobatório da aprovação por parte de Comissão ou Comitê de Ética da instituição na qual foi realizada a pesquisa.

No final do artigo devem constar informações sobre as contribuições específicas de cada autor.

Exemplos:

- (1) Todos os autores colaboraram ao longo do processo, desde a elaboração até a revisão final do manuscrito. Os autores aprovaram o manuscrito final para publicação.
- (2) AUTOR-1 foi responsável pela concepção, desenho, análise e interpretação dos dados. AUTOR-2 participou da concepção, desenho, revisão e aprovação da versão final do artigo.
- (3) AUTOR-1 foi responsável pela concepção e desenho do estudo, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. AUTOR-2 participou da coleta, da análise e da interpretação dos dados do estudo, juntamente com AUTOR-1 que foi responsável pela elaboração do texto da versão final do manuscrito

Ao submeter o artigo os autores deverão preencher, [assinar](#), escanear e [enviar como documento suplementar](#) o termo de conflito de interesse (Passo 4 da submissão do artigo). Se isso não for realizado, o artigo não será avaliado.

Modelo:

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E CONFLITO DE INTERESSES

Os autores abaixo declaram que participaram da concepção, análise de resultados e contribuíram efetivamente para a realização do artigo: -----*inserir título do artigo*-----
 ----. Tornam pública a responsabilidade pelo seu conteúdo e afirmam que não foram omitidas quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo. Atestam que não têm qualquer conflito de interesse com o tema abordado no artigo nem com os produtos/itens citados. Declaram que o artigo citado acima é original e que o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, não foi enviado a outro periódico científico e não o será, enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela *Fractal: Revista de Psicologia*.

Lista de autores (nomes completos) CPF data Assinatura

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

A Fractal adota, com algumas modificações, as normas de publicação da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas). A omissão de informação no detalhamento que se segue indica que prevalece a orientação da ABNT. Os arquivos para submissão deverão estar em formato doc, rtf ou odt e não podem conter mais de **20 páginas**, no caso de artigos, **dez páginas**, no caso de resenhas, e **quatorze páginas**, no caso de relatos de experiência. Nestes limites estão incluídos a folha de rosto, o resumo e as referências. Os textos ou artigos originais deverão ser compostos com espaço entrelinhas de 1,5, tamanho A4 (210mm x 297mm), digitados em Word for Windows, corpo 12, fonte Times New Roman e com todas as folhas numeradas, sem qualquer tipo de formatação, a não ser:

- margens de 3cm;
- uso de aspas duplas para indicar destaque;
- uso de itálico para termos estrangeiros e títulos de livro e periódicos.

A apresentação dos trabalhos deve obedecer à seguinte ordem:

- título no idioma do artigo, não devendo exceder a 10 palavras;
- título em inglês;
- título em espanhol;
- indicar fonte de financiamento ou reconhecimento a apoio técnico recebido no desenvolvimento do trabalho;
- todos os autores do artigo deverão estar cadastrados no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), o qual é um identificador digital persistente para o autor. ORCID está para o autor assim como o DOI está para um documento digital. ORCID é um código alfanumérico de 16 caracteres, lançado em outubro/2012. Tem a finalidade de diferenciar um autor de qualquer outro, ainda que tenha homônimo ou que tenha publicado, sido citado e/ou indexado de formas variadas. Identifica um único autor, fazendo conexão automática com toda sua produção científica, onde quer que tenha sido publicada. O cadastro para obtenção do ORCID é gratuito e poderá ser feito individualmente ou pela instituição. O cadastro deverá ser feito no link: <http://orcid.org/>

Obs.: os dados do autor (nome, afiliação institucional, endereço, e-mail, nº do ORCID) não devem constar no artigo. Estes serão inseridos no Passo 3 da submissão online.

Visando aumentar o interesse dos leitores pelo trabalho, além do documento de submissão, os autores podem enviar Documentos Suplementares (ex.: conjuntos de dados, instrumentos de pesquisas, entre outros - ver Passo 4 da submissão online).

- **Resumo:** os artigos devem vir acompanhados de resumo na língua principal do texto com seus correspondentes em inglês (abstract) e em espanhol (resumen). Cada resumo deve ter entre 150 e 200 palavras em espaço simples para os trabalhos nas categorias **Relatos de Pesquisa**, **Relatos de Experiência Profissional** e **Ensaio Teóricos**. Os resumos de **Relatos de Pesquisa** devem incluir: descrição do problema investigado, definição e caracterização da amostra, método utilizado para a coleta de dados, resultados, conclusões e suas aplicações. Os resumos de **Relatos de Experiência Profissional** e **Ensaio Teóricos** devem conter os seguintes tópicos: o tema investigado, objetivo, constructo sob análise ou organizador do estudo, fontes utilizadas e conclusões. Sugerimos que os autores utilizem pelo menos uma frase para cada tópico abordado.
- **Palavras-chave:** o(s) autor(es) deve(m) apresentar de três a cinco palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho, na língua do texto, em inglês (keywords) e em espanhol (palabras-clave). As palavras devem ser separadas entre si por ponto e vírgula, finalizadas por ponto.

As ilustrações (quadro, figuras, fotografias, desenhos gráficos, mapas, fluxogramas, organogramas, esquemas, mapas e outros) deverão ter a qualidade necessária para uma boa reprodução gráfica (resolução mínima de 600dpi) e ser inseridas no texto, e não ao final do documento, como anexos. Deverão ser identificadas, na parte superior, com a palavra designativa, isto é, o tipo da ilustração, seguida de sua ordem de ocorrência no texto, em números arábicos (ex: Quadro 1, Quadro 2, Figura 1, Figura 2, etc.). Na parte inferior, é obrigatório identificar a fonte da ilustração (mesmo que ela seja de autoria própria).

As tabelas deverão ser identificadas na parte superior e devem obedecer às Normas de Apresentação Tabular do IBGE (1993).

Exemplo: Tabela 1-

Tabela 2-

As citações serão indicadas no corpo do texto, entre parênteses, de acordo com a NBR 10520:2002.

Exemplos: (SILVA, 2004, p. 96)

(OLIVEIRA, 2003, p. 21-36)

(BRASIL, 2003, p. 26)

(OS EMERGENTES, 2002, p. 4-5)

As citações no texto são transcritas entre aspas duplas, no caso de citação direta ou textual curta, de até 3 linhas, vindo incorporada ao parágrafo. Quando se tratar de citação direta ou textual longa, com mais de 3 linhas, ela é incorporada em parágrafo isolado, com recuo de 4cm da margem esquerda, sem aspas.

As notas explicativas, restritas ao mínimo indispensável, deverão ser apresentadas no rodapé da página.

As referências deverão ser apresentadas no final do texto, obedecendo à norma NBR 6023:2002.

Exemplo:

- Livro (1 autor)

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

(até 3 autores)

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCOSSIA, Lilianna da. *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2009.

(mais de 3 autores)

GUÉRIN, François et al. *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da Ergonomia*. 2. ed. São Paulo: Edgard Blücher, 2005.

- Evento no todo

CONGRESSO INTERNACIONAL DE FORMAÇÃO CONTINUADA E PROFISSIONALIZAÇÃO DOCENTE, 1., 2005, Natal. *Anais...* João Pessoa: Ed. Universitária/ UFPB, 2005.

- Trabalho apresentado no evento

SILVA, Maciel Henrique. O trabalho doméstico livre e a lei nos anos finais da escravidão no Brasil. In: ENCONTRO ESCRAVIDÃO E LIBERDADE NO BRASIL MERIDIONAL, 6., 2013, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: UFSC, 2013. Disponível em: <http://labhstc.paginas.ufsc.br/files/2013/04/Maciel-Henrique-Carneiro-da-Silva-texto.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2014.

- Dissertação

LEMOS, Flávia Cristina Silveira. *Práticas de conselheiros tutelares frente à violência doméstica: proteção e controle*. 2003. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado de São Paulo, Assis, 2003.

- Tese

MONTEIRO, Ana Claudia Lima. *As tramas da realidade: considerações sobre o corpo em Michel Serres*. 2009. 184 f. Tese (Doutorado em Filosofia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/11811>. Acesso em: 25 fev. 2013.

Relatório de pesquisa

SOUZA, Luiz Gustavo Silva. *Educação em tempos neo-liberais: uma análise micropolítica do ensino médio em Vitória, ES*. 2002. Relatório de pesquisa apresentado à Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.

- Parte de livro

FERREIRA, Marcelo Santana. Walter Benjamin e a cidade. In: BAPTISTA, Luis Antonio; FERREIRA, Marcelo Santana (Org.). *Por que a cidade?* Escritos sobre experiência urbana e subjetividade. Niterói: Eduff, 2012. p. 153-168.

- Artigo de revista

SCHEINVAR, Estela; MEDEIROS, Rebecca; COUTINHO, Patrick. A lógica pastoral na prática docente. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 28, n. 3, p. 370-378, set./dez. 2016. Disponível em: <http://periodicos.uff.br/fractal/article/view/5147>. Acesso em: 17 out. 2018.

- Artigo de revista com DOI

CUNHA, Neide de Brito; SANTOS, Acácia Aparecida Angeli dos; OLIVEIRA, Katya Luciane de. Evidências de validade por processo de resposta no Cloze. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 30, n. 3, p. 330-337, set./dez. 2018. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v30i3/5817>

- Artigo de jornal

FRAGA, Álvaro. Novo medicamento contra a hipertensão. *Correio Braziliense*, Brasília, 6 jul. 2009. Saúde, p. 17.

- Documentos jurídicos

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. 1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 22 out. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm. Acesso em: 8 jan. 2018.

- Documentos eletrônicos

QUEIRÓS, Eça de. *A relíquia*. São Paulo: USP, 1998. Disponível em:

<http://www.bibvirt.futuro.uso.br/textos/autores/ecadequiros/reliquia-texto.html>. Acesso em: 2 maio 2002.

Todos os endereços "URL" (links para a internet) no texto deverão estar ativos.

As opiniões e os conceitos emitidos são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

Artigos

Análises de constructos e conceitos teóricos que questionem modelos existentes e levantem questões e hipóteses para pesquisas futuras. (Máximo 20 laudas).

Relatos de Pesquisas

Relatos de investigações baseadas em dados empíricos, utilizando metodologia científica. (Máximo de 20 laudas).

Resenha

Análises críticas de obras publicadas que ampliem ou contribuam para os estudos da subjetividade. Somente serão aceitas resenhas de caráter crítico que aportem novos conhecimentos além do simples resumo de uma obra. (máximo de 10 laudas)

Relatos de Experiência Profissional

Estudo de caso contendo análise conceitual e descrição dos procedimentos de intervenção (máximo 14 laudas)

Declaração de Direito Autoral

Autores que publicam nesta revista concordam com os seguintes termos:

1. Autores mantêm os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a [Creative Commons Attribution License](#) que permitindo o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria do trabalho e publicação inicial nesta revista.
1. Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO

FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS

- 1) Idade: _____
- 2) Data de nascimento: _____
- 3) Sexo () masculino () feminino
- 4) Motivo do encaminhamento:

- 5) Já fez psicoterapia antes () sim () não
Por qual motivo?

- 6) Utiliza alguma medicação? () sim () não
Qual?

- 7) Hipóteses diagnósticas:

- 8) Duração do tratamento:
Nº de sessões: _____
Tempo de atendimento/meses: _____
- 9) Término do tratamento:
() Alta () Abandono () Outros
Ano de início: _____
- 10) SINTOMAS DEPRESSIVOS:
() Tristeza
() Fadiga
() Hipoatividade
() Perda de interesses
() Sentimento de inferioridade
() Sentimento de abandono
() Choro
() Desânimo
() Dificuldade de atenção e concentração

APÊNDICE B - PRODUTO TÉCNICO



CIP - Catalogação na Publicação

Nedel, Roberta

UM MUNDO SEM COR: DEPRESSÃO NA INFÂNCIA : CARTILHA DIGITAL DE
ORIENTAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE, PAIS E CUIDADORES /
Roberta Nedel. – 2021.

14 f. : il. ; 0 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional em Psicologia) –
Universidade de Santa Cruz do Sul, 2021.

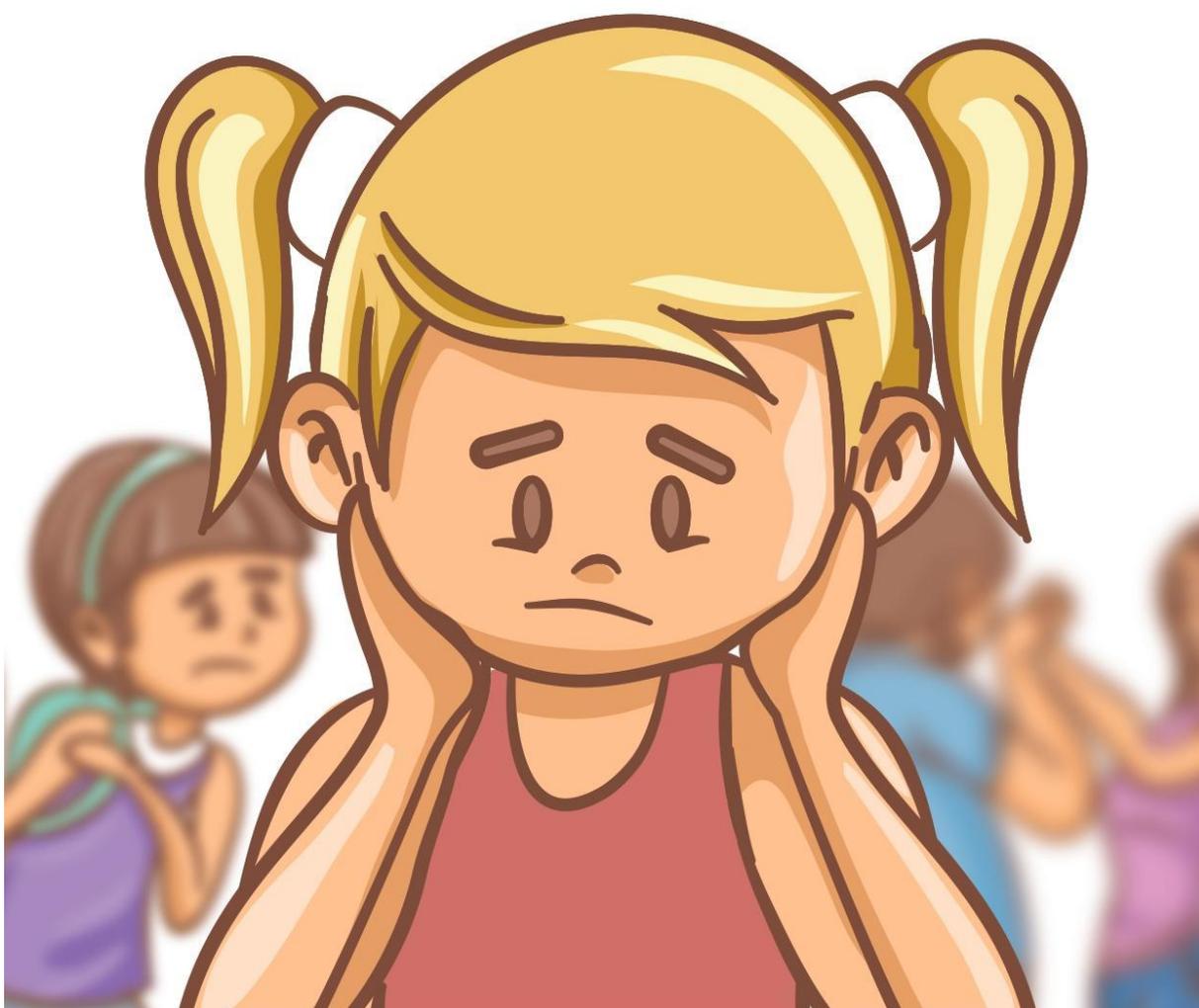
Orientação: Prof. Dr. Jerto Cardoso da Silva.

1. depressão infantil. 2. medicação. 3. psicoterapia. 4.
criança. I. da Silva, Jerto Cardoso. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UNISC
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

UM MUNDO SEM COR:

DEPRESSÃO
NA INFÂNCIA





APRESENTAÇÃO

PSICÓLOGA:

ROBERTA NEDEL - betanedel@gmail.com

ORIENTADOR E PSICÓLOGO:

PROF. DR. JERTO CARDOSO DA SILVA - jerto@unisc.br

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL - UNISC

Contato:

Endereço: Av. Independência, 2293 - Universitário, Santa Cruz do Sul - RS, 96815-900

Telefone: +55 (51) 3717-7300

E-mail: info@unisc.br WhatsApp: +55 (51) 3717-7425

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO PRÁTICAS CLÍNICAS
CONTEMPORÂNEAS, POLÍTICAS PÚBLICAS
E SAÚDE MENTAL

**OLÁ PROFISSIONAIS DE SAÚDE, PAIS, CUIDADORES
E TODOS QUE ESTÃO PRESENTES NA VIDA DE
ALGUMA CRIANÇA!!!**

Informação, carinho, atenção e escuta são alguns dos ingredientes que você vai precisar usar para promover o melhor desenvolvimento de uma criança. Para contribuir nesse processo desafiador de prevenção para a saúde emocional dos nossos pequenos, reunimos nesta cartilha alguns conhecimentos importantes sobre a depressão infantil pensada para além de uma psicopatologia. A partir de um olhar cuidadoso e vigilante, criamos este material informativo, que aborda a importância da prevenção da depressão infantil, do diagnóstico precoce, do tratamento adequado e da escuta qualificada, a fim de minimizar a lógica medicalizante das crianças em sofrimento psíquico.

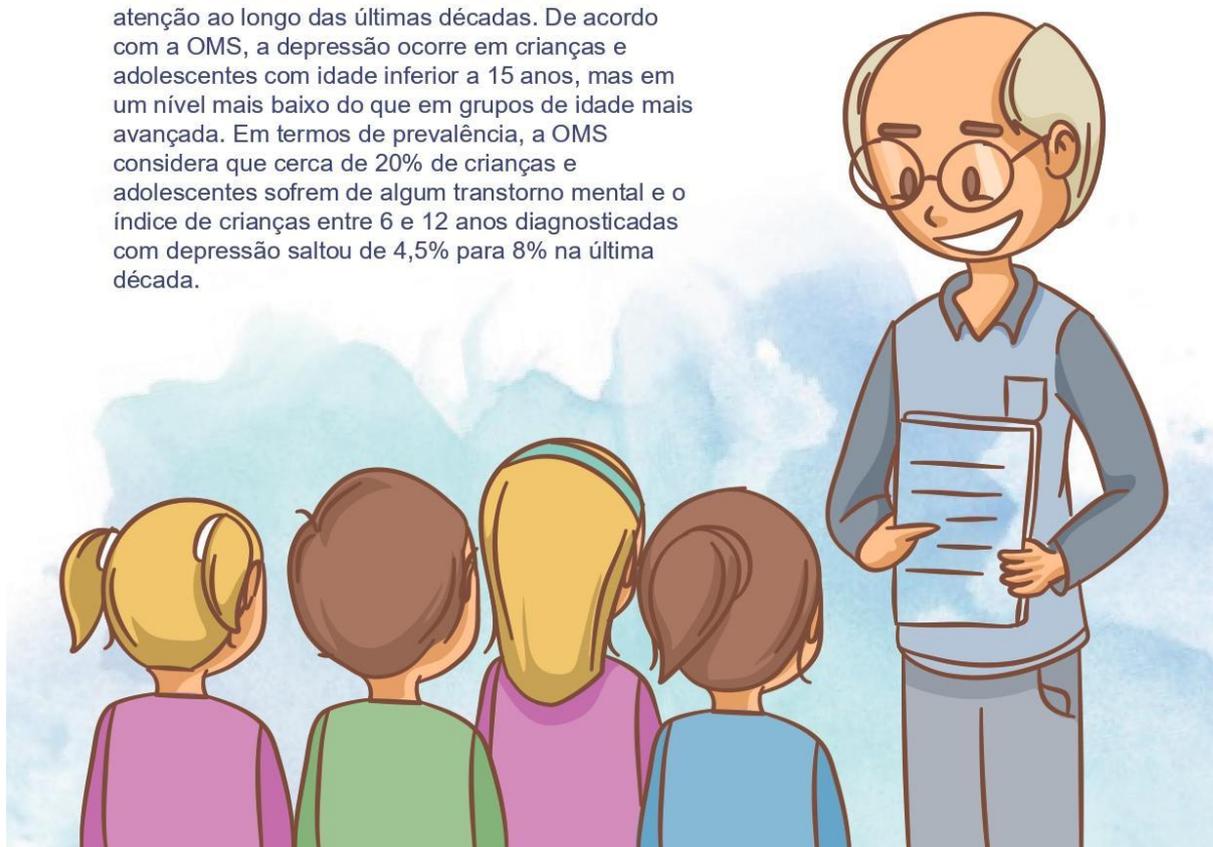
Após ler este material, todas as dúvidas que você ainda tiver podem ser esclarecidas com profissionais de saúde aptos para lidar com as questões emocionais da infância.

ALGUMAS INFORMAÇÕES PARA INICIARMOS A NOSSA CONVERSA: A DEPRESSÃO NO BRASIL E NO MUNDO:

Os quadros depressivos estão entre as doenças incapacitantes mais prevalentes no mundo. Segundo dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), acerca da saúde mental e consequências dos problemas mentais à população, a depressão é um transtorno mental comum que afeta mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo e com um aumento de 18,4% entre 2005 e 2015. Segundo a OMS, a depressão se tornará a doença mais comum nos próximos 20 anos. No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimou que cerca de 7,6% dos brasileiros com 18 anos ou mais receberam diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental, o que reflete a realidade de mais de 11 milhões de pessoas.

DEPRESSÃO INFANTIL: POR QUE PRECISAMOS CONVERSAR SOBRE ESSE ASSUNTO?

Na década de 1970, começou a se entender a presença significativa da depressão também entre crianças e adolescentes. Os transtornos mentais na infância e na adolescência têm recebido mais atenção ao longo das últimas décadas. De acordo com a OMS, a depressão ocorre em crianças e adolescentes com idade inferior a 15 anos, mas em um nível mais baixo do que em grupos de idade mais avançada. Em termos de prevalência, a OMS considera que cerca de 20% de crianças e adolescentes sofrem de algum transtorno mental e o índice de crianças entre 6 e 12 anos diagnosticadas com depressão saltou de 4,5% para 8% na última década.

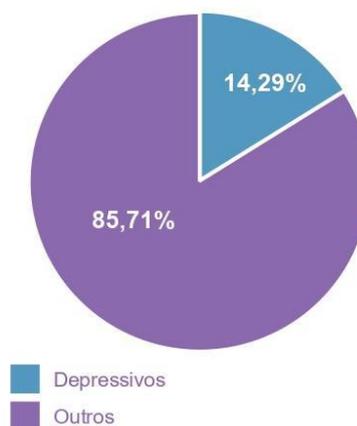


NOSSA PESQUISA SOBRE A DEPRESSÃO NA INFÂNCIA:

Para descrever a prevalência de crianças com sintomas depressivos atendidas num serviço-escola de saúde no Vale do Rio Pardo/RS, foram analisados 364 prontuários das crianças (total de crianças atendidas no serviço pesquisado), de ambos os sexos na faixa etária de zero até 11 anos e onze meses, atendidas no serviço-escola entre 2015 e 2019. Como resultado, nosso estudo demonstrou uma prevalência preocupante de crianças com sintomas depressivos. Observou-se uma prevalência de 14,29% de crianças com sintomas depressivos, em contraponto a 85,71% de crianças atendidas com outras hipóteses diagnósticas. Quanto ao perfil das crianças, a maioria com sintomas depressivos atendidas no serviço, tinha mais de 8 anos (65,4%) e eram do sexo masculino (61,5%).

Fonte: Dados da pesquisa

Prevalência de crianças com sintomas depressivos atendidas num serviço-escola de saúde, no Vale do Rio Pardo – RS.



Perfil das crianças com sintomas depressivos atendidas num serviço-escola de saúde, no Vale do Rio Pardo – RS.

Variáveis	n	%
Idade		
Até 8 anos	18	34,6
Mais de 8 anos	34	65,4
Sexo		
Masculino	32	61,5
Feminino	20	38,5

DP=Desvio Padrão

Fonte: Dados da pesquisa

TRISTEZA NÃO É DEPRESSÃO

Em nossa sociedade contemporânea vivemos uma cobrança para estarmos sempre felizes, nos esquecendo que a tristeza é um sentimento, normalmente passageiro, inerente aos seres humanos. É importante diferenciarmos a tristeza da depressão, enquanto uma psicopatologia. O sentimento de tristeza faz parte da experiência natural das pessoas, de forma que o conceito de depressão não é sinônimo de tristeza ou infelicidade, apesar da infelicidade ser um sintoma do humor depressivo associado ao transtorno.

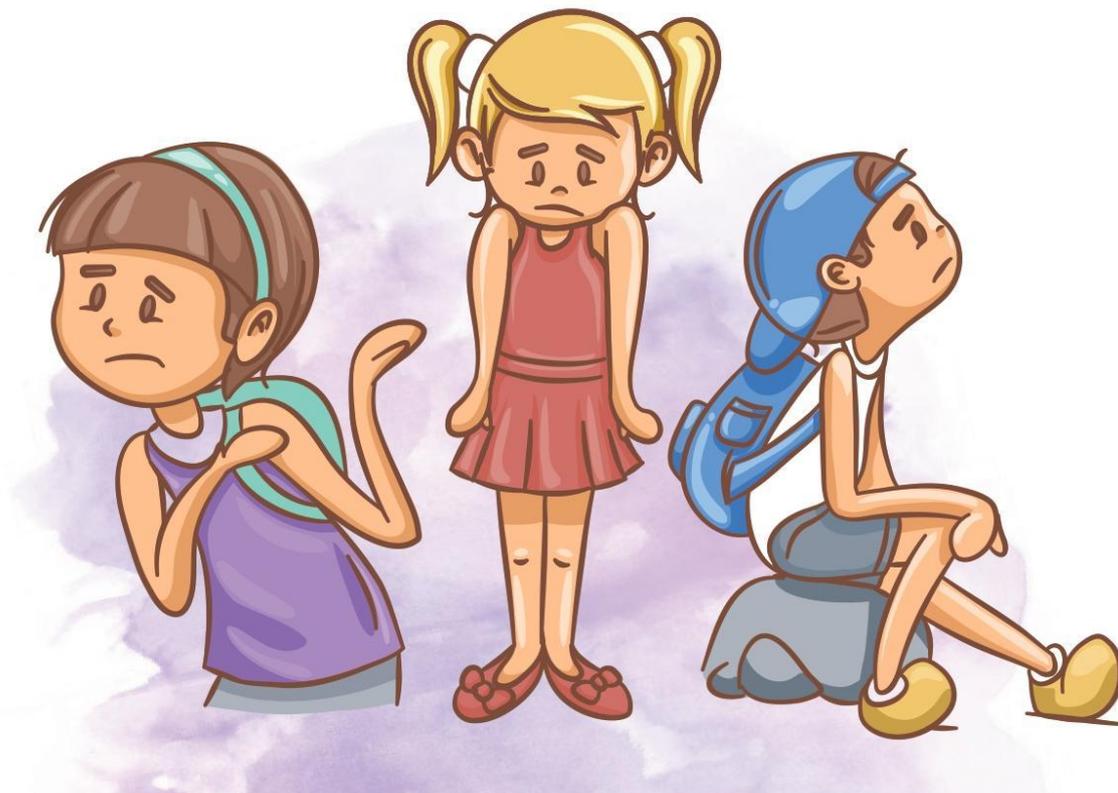
DICA: “Meu filho está chorando, porque reprovou na prova da escola. O que eu faço?” = Importante acolher e demonstrar atenção, fale para a criança que o que ela sente é natural, que você compreende que algo não está bem e que irão passar por isso juntos. Pode também confortá-la com um abraço, ajudando-a a sair da tristeza.

SINAIS E SINTOMAS MAIS FREQUENTES NA DEPRESSÃO INFANTIL:

A depressão na criança, muitas vezes, é de difícil identificação, pois os sintomas se diferem dos adultos e algumas de suas características são atípicas e variam de acordo com cada fase da infância. Indicadores de fatores biológicos, psicológicos e sociais que influenciam o comportamento e o desenvolvimento são relevantes.

Na perspectiva da psiquiatria, os transtornos psicopatológicos na infância e adolescência são habitualmente realizados a partir de critérios padronizados que se manifestam numa certa duração, frequência e intensidade.

Os principais sintomas nas crianças são tristeza, agressividade ou passividade exagerada, irritabilidade, culpa excessiva, falta de prazer ou interesse e dificuldades de concentração. A criança pode apresentar oscilações de humor, desenvolver transtornos alimentares, dificuldades de aprendizagem, pode isolar-se e negar-se a brincar com outras crianças. As expressões não-verbais podem ser observadas em lugar das verbais, como queixas orgânicas como dores de cabeça, dores abdominais, diarreia, falta de apetite ou apetite exagerado, insônia, choro fácil e irritabilidade.





A ESCUTA DO SOFRIMENTO NA INFÂNCIA:

Aos pensarmos sobre o conceito de depressão na psicanálise (uma das abordagens da psicologia), entendemos que a psicanálise não restringe as suas intervenções ao diagnóstico e às especificidades sintomáticas, nem obedece classificações, porque observa a singularidade de cada sujeito na compreensão do seu sintoma.

Na infância, devido ao fato da constituição psíquica estar em andamento e no seu desenvolvimento, o que se opera não é um simplesmente o aspecto biológico, mas sim um corpo que se organiza pelas marcas simbólicas.

A partir da relevância da depressão infantil no contexto dos distúrbios psicoafetivos, nosso estudo analisou a importância da prevenção, mas também do diagnóstico crítico para o tratamento adequado.

NÃO ESQUEÇA: É importante levar os sentimentos das crianças a sério, ouvi-las, auxiliá-las a descreverem suas emoções e estar atento ao contexto, demonstrar acolhimento ao aceitar que elas sofrem, validando o que sentem, oportunizando espaços para que se expressem, apoiando-as e orientando-as, a fim de dar sentido ao sofrimento infantil para além do diagnóstico e da medicação.

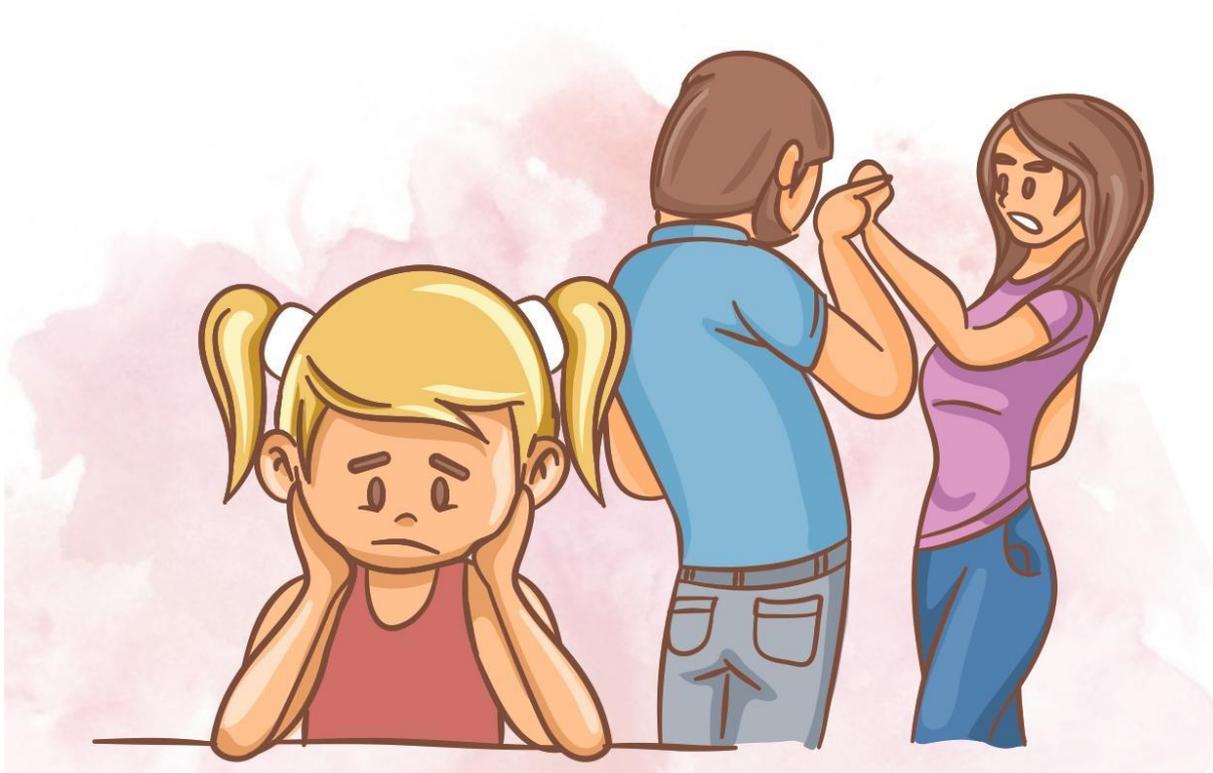


POR QUE É IMPORTANTE CUIDARMOS DAS EMOÇÕES? -FAMÍLIA E CUIDADORES:

As relações familiares desempenham um importante papel na mediação do funcionamento cognitivo e emocional de seus membros. A interação e os vínculos da família com a criança podem ser constitutivos do seu sofrimento, visto que o contexto familiar é a fonte referencial da mesma, é nesse ambiente onde será intensificado o início de seu desenvolvimento e ela irá absorver os primeiros vínculos afetivos. Alguns estudos associam quadros de depressão e os fatores de risco psicossociais. Fatores de risco estão associados às características ou aos eventos que podem levar a resultados ineficazes, enfraquecendo a pessoa diante da situação de estresse, como exposição aos maus-tratos e aos eventos de vida estressantes. Fatores de proteção inibem a intensidade deste risco e têm sido identificados no cuidado estável oferecido pela família, nas características pessoais e, na possibilidade de contar com o apoio social e emocional de grupos externos à família, diante de eventos estressores.

Se observar que a criança está triste, converse com ela sobre esse sentimento, você pode propor perguntar “como você está se sentindo?” e não tenha receio de procurar ajuda profissional, caso sinta necessidade.

O aumento do contato das crianças com a mídia e a tecnologia se mostra cada vez de forma mais intensa. Ao observar uma criança que interage com os jogos eletrônicos de maneira excessiva e inapropriada, tanto no ambiente familiar quanto escolar, o resultado pode ser crianças com dificuldade no sono, hiperativas, dispersas, menos envolvidas nos relacionamentos da família e sociais. **FIQUE ATENTO!!!**



-PROFISSIONAIS DE SAÚDE E EM FORMAÇÃO:

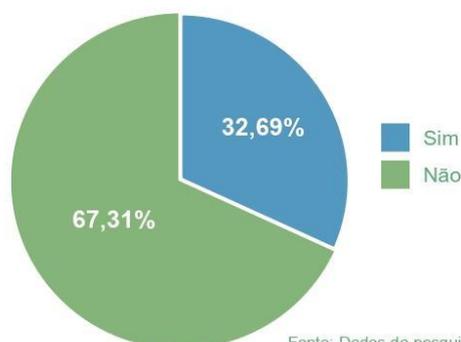
A descrição de psicopatologias tem um efeito tranquilizador para pais, escolas e profissionais e logo um tratamento pode ser iniciado. No entanto, encontramos, muitas vezes, diagnósticos precoces e mal feitos, que podem levar à rotulação, estigmatização e um reducionismo biomédico em relação ao sujeito. Precisamos nos questionar onde fica a subjetividade desta criança e pensarmos numa psicopatologia interpretativa que não depende de sintomas, mas de deciframento e lugares de simbolização e do espaço terapêutico (o diagnóstico como um processo). Um olhar crítico quando questões como relações fantasmáticas com os pais, representações mentais e do imaginário e o campo da linguagem precisam ser também consideradas.



MEDICAMENTOS E CRIANÇAS: MEDICAR OU NÃO?

Em relação ao uso de medicações, a pesquisa num serviço-escola no Vale do Rio Pardo/RS apontou que entre as crianças com sintomas depressivos atendidas no Serviço Escola de Saúde 32,7% faziam uso de alguma medicação durante o acompanhamento psicológico e 67,3% não faziam uso. A pesquisa apontou um índice significativo de crianças depressivas que faziam uso de alguma medicação como antidepressivos, em sua maioria, e antipsicóticos, além dos tratamentos combinados (mais de uma medicação).

Crianças com sintomas depressivos que utilizam alguma medicação



Fonte: Dados da pesquisa

O aumento da prescrição e o conseqüente consumo de psicofármacos por crianças, tem inquietado a sociedade. A farmacoterapia pode ser uma parte importante do tratamento da depressão na criança, mas deve fazer parte de uma estratégia terapêutica mais ampla pautada em uma exaustiva avaliação da criança. O uso das medicações precisa ser questionado e uma conduta crítica permite pensar até que ponto o uso de medicações acabam somente por permitir que as crianças precisem se adequar e regular todos os seus comportamentos conforme os desejos e as expectativas daqueles que as rodeiam.

PSICOTERAPIA E OUTRO TRATAMENTOS:

A clínica psicanalítica infantil tem como o objetivo primordial na orientação da criança deprimida ajudá-la a resolver problemas emocionais, comportamentais e interpessoais que estão comprometendo sua capacidade de atuar no mundo de forma bem-sucedida. A relação de orientação fornece à criança uma base segura a partir da qual ela pode explorar o mundo e realizar mudanças. O lugar do psicanalista é olhar para além da criança e dos pais, sendo esta uma pesquisa constante além da fala, que também pode se expressar por desenho e brincadeiras infantis, fazendo com que ocorram significações por meio da vivência do mundo da criança e do vínculo com o psicoterapeuta.

Ao fazermos uma reflexão sobre o uso de psicofármacos e da psicoterapia, verifica-se que a Psicanálise utiliza a palavra em vez de psicofármacos, pois essa possui caráter terapêutico, constituindo-se, portanto, em um dispositivo de cuidados à saúde. Diante disso, acreditamos na necessidade de escutar a criança, dar voz a ela e permitir que reconheça o seu desejo, a fim de estruturar seu psiquismo de forma saudável.



DISTANCIAMENTO SOCIAL E AS EMOÇÕES

É importante destacar que diante da pandemia da COVID-19, todos os sintomas podem estar intensificados. Contudo, ainda existem poucos dados sobre os impactos que esse período de transição caracterizado por insegurança e incertezas causará especificamente no funcionamento psicológico de crianças. O medo da morte, da doença, o luto pela perda de entes queridos, o fechamento das escolas, isolamento social, ensino online são eventos ocorridos durante a pandemia e que ainda irão reverberar num processo que pode levar meses ou anos.



INDICAÇÕES E SUGESTÕES

Vídeo “Depressão Infantil, um mundo sem cor”, produzido pelos pesquisadores em 2019, para a disciplina “Abordagens e Contextos de Intervenção em Saúde Mental”, do Mestrado Profissional em Psicologia (UNISC):

 **Depressão Infantil: Um mundo sem cor**
| Roberta Nedel | Mestranda UNISC

Serviço Integrado Saúde (SIS)
UNISC Fone: (51) 3717-7480

Manual de Orientação
#menos telas #mais saúde
<https://cutt.ly/hTs8cNu>

Equipe Saúde Mental RS
Telefone: (51) 3288-5908 / 3288-5909
E-mail: saudemental@saude.rs.gov.br

Procure ajuda profissional, caso sinta necessidade:
UBS (Unidade Básica de Saúde)
da sua cidade ou Centro de
Atenção Psicossocial
Infantil (CAPS Infantil)

Link sobre saúde mental:
<http://asecbrasil.org.br/>

REFERÊNCIAS

ASSUMPÇÃO JÚNIOR, Francisco. Diagnóstico e quadro clínico da depressão na infância e na adolescência. In: LAFER, Beny et al. **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p. 37-44.

CALDERARO, Rosana Simão dos Santos; CARVALHO Cristina Vilela de. Depressão na infância: um estudo exploratório. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 181-189, maio/ago. 2005.

CONTE, Raquel Furtado. Medicalização, solidão e o esvaziamento do sentido da infância. In: RAMOS, Flávia Brocchetto et al. (Orgs.). **Anais do Congresso Internacional Educar na(s) infância(s)**. 1. ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2019. v. 1, p. 13-17.

CURATOLO, Eliana; BRASIL, Heloísa. Depressão na infância: peculiaridades no diagnóstico e tratamento farmacológico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 170-176, 2005.

DOLTO, Françoise. As sensações cenestésicas de bem-estar ou mal-estar, origens de sentimentos de culpa. In: DOLTO, Françoise. **No jogo do desejo: ensaios clínicos**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1984. p. 19-51.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2014.

JERUSALINSKY, Alfredo. Gotinhas e comprimidos para crianças sem história: uma psicopatologia pós-moderna para a infância. In: JERUSALINSKY, Alfredo; FENDRIK, S. (Orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Vialettera, 2011. p. 231-243.

KEHL, Maria Rita. Da melancolia às depressões. In: KEHL, Maria Rita. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. São Paulo: Boitempo, 2009. p. 37-108.

LEITE, Márcio Peter de Souza. **Psicanálise lacaniana: cinco seminários para analistas kleinianos**. São Paulo: Iluminuras, 2000.

LIMA, Dênio. Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, p. 11-20, abr. 2004.

MANNONI, Maud. **A primeira entrevista em psicanálise**. Tradução: Roberto Cortes de Lacerda. 2. ed. Rio de Janeiro: Campos, 1982.

RAMIRES, Vera Regina Röhnelt et al. Fatores de risco e problemas de saúde mental de crianças. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 2, p. 1-14, ago. 2009.

SILVA, Jerto Cardoso; SCHÄFER, Caroline; BONFIGLIO, Mariane Silveira. A medicalização da infância e o processo psicoterápico. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 39, p. 70-86, jul./dez. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions**. Geneva: WHO, 2003.

