

FERNANDA MARIA SILVÉRIO FERREIRA

A CRIANÇA COM DEPRESSÃO

Orientador: Professor Doutor Horácio Saraiva

Escola Superior de Educação Almeida Garrett

Departamento de Ciências da Educação

Lisboa

2011

FERNANDA MARIA SILVÉRIO FERREIRA

A CRIANÇA COM DEPRESSÃO

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de mestre em Ciências da Educação na especialidade de Educação Especial no curso de mestrado em Ciências da Educação – Educação Especial, conferido pela Escola Superior de Educação Almeida Garrett

Orientador: Professor Doutor Horácio Saraiva

Escola Superior de Educação Almeida Garrett

Departamento de Ciências da Educação

Lisboa

2011

Epígrafe

**Por muito que eu fale
grite
lute
nunca conseguirei
defender todas as crianças
de sofrer
ao despertar de cada manhã.**

Fernanda Ferreira

Dedicatória

Dedico este trabalho:

Aos meus pais, João e Teresa que desde sempre, iluminaram o caminho da minha vida, em todos os momentos, principalmente nos mais tristes...

Aos meus filhos, Tiago e João pelo vosso amor, na minha ausência, ao me dedicar a este trabalho, nos momentos em que mais precisaram de mim...

Agradecimentos

Ao Doutor Horácio Saraiva, o meu reconhecimento pela oportunidade de realizar este trabalho. A minha eterna gratidão por aceitar a árdua tarefa de orientar o meu trabalho e contribuir decisivamente para a qualidade do mesmo. Ficará para sempre dentro do meu coração. Obrigada.

À Escola Superior de Educação Almeida Garrett que incentivou e permitiu a minha dedicação na dissertação deste mestrado

Resumo

A palavra depressão é cada vez mais conhecida por todas as pessoas.

Inicialmente, era atribuída apenas a adultos, era impensável uma criança padecer de depressão. Mas já se concluiu que também os recém nascidos, crianças e adolescentes podem ter depressão.

Pode ser atenuada logo nos primeiros cuidados que a mãe tem durante a gestação. Após o nascimento e durante o crescimento os pais, a escola e a comunidade têm a obrigação de a proteger, acarinhar e compreender, ao mesmo tempo que a ensina a valorizar, ultrapassar obstáculos, respeitar, sentir, ser cidadã para estar preparada para a vida.

Seria simples se todas auferissem destes princípios, mas há as que são maltratadas, desprezadas, abandonadas, humilhadas pela família, sem cuidados médicos. Outras têm problemas de aprendizagem, excluídas, gozadas e outras sofrem de doenças físicas. Cada uma delas tem probabilidades de ter depressão, doença silenciosa que pode levar ao suicídio.

Outro motivo que leva à depressão é o bullying escolar, frio e cruel. Também a sociedade exige aos jovens o ideal, ser magro, alto, bonito e vestido com marcas conhecidas que tem o seu grupo de iguais. Outros excluídos por estes, na tentativa de os igualar, começam a sofrer de depressão, anorexia e bulimia.

Palavras-chave – depressão, recém-nascido, criança, adolescente, bullying

Abstract

The word depression is increasingly known by the people.

Initially it was attributed only to adults, was unthinkable a kid suffer of depression. But we already concluded that Childs and teenagers could suffer of depression.

Depression could be attenuated in primary cares during pregnancy. After the birth and during the growth, the parents, the school, the community must protect her, caress and understand them while teaches the values, overcome obstacles, breath, feel, be citizen to be prepared for life.

Would be simple if everyone enjoyed of these principles, but there are those who are abused, neglected, abandoned and humiliated by the family, without medical care. Other have learning problems, excluded, unexpended and another ones suffer of physical illness. Each one of them have probabilities of have depression, silent disease that could lead to suicide.

Another reason leading to depression is school bullying, cold and cruel. The society also requires to the youngest to be tall, thin, pretty and use brands, all to match in them groups of equals. Others excluded by the groups, attempting to match them start suffering of depression, anorexia and bulimia.

Key-Words: depression, infant, child, teenager, bullying

Índice Geral

Introdução	18
Capítulo I - Perspectivas Históricas / Alguns Modelos Teóricos	23
1.1.-Alguns autores importantes na história da depressão	26
Capítulo II - O modelo cognitivo e o modelo psicanalítico	29
1.2.- Modelo cognitivo	29
1.2.1.- Modelo psicanalítico	31
Capítulo III - A Depressão	33
1.3.- Tipos de depressão	35
1.3.1.- Episódio depressivo	38
1.3.2.- Depressão e mania	41
1.3.2.1.-Mania	42
1.3.3.2.- Sintomas da mania	42
1.3.3.- Outros sintomas psicológicos	43
1.3.4.- Sintomas psicóticos	43

1.3.5.- Sintomas e diagnóstico	44
1.3.5.1.- Tratamento	44
1.3.6.- Doença maníaco-depressiva	45
1.3.6.1.-Sintomas e diagnóstico	45
1.3.6.2.- Prognóstico e tratamento	46
1.3.7.- Perturbações físicas que podem causar depressão / fármacos	48
1.3.8.- Como detectar uma depressão	51
1.3.9.- A frequência das depressões	54
1.3.10.- Transtorno depressivo decorrente	56
1.3.10.1.- Classificação do Transtorno Depressivo Recorrente	57
1.3.10.2.- Critérios para ao Transtorno Depressivo Recorrente	58
1.3.11.- A depressão com ansiedade ou ansiedade com depressão	60
1.3.12.- Distímia	62
1.3.12.1.-Critérios da distímia	62
1.3.13.- Causas depressão	66
1.3.14.- Sintomas da depressão	69
1.3.14.1.- Tratamento	71
1.3.15.- Sintomas corporais	72
1.3.16.- Diagnóstico da depressão	73

1.3.16.1.- Prognóstico e tratamento	73
1.3.16.2.-Tratamento farmacológico	74
1.3.16.3.- Psicoterapia	75
1.3.16.4.-Terapia electroconvulsivante	76
Capitulo IV - A Depressão no Recém-nascido	77
1.4.- O desenvolvimento intelectual e comportamental do bebé	77
1.4.1.- Etapas do desenvolvimento	78
1.4.2.- Mãe/filho	80
1.4.3.- A depressão no bebé	82
1.4.4.-Situações clínicas maternas	84
1.4.5.- A grávida e as drogas	87
1.4.6.-Atraso mental no recém-nascido	90
1.4.6.1.- Causas	90
1.4.6.2.- Diagnóstico e prognóstico	90
1.4.6.3.- Prevenção	92
1.4.6.4.- Tratamento	92
1.4.6.5.-Graus do atraso mental	93
Capitulo V - A Depressão Infantil	95

1.5.- Incidência	101
1.5.1.- Depressão da Infância Precoce	103
1.5.2.- Hiperactividade ou excesso de apatia são o primeiro sinal	104
1.5.3.- Os pensamentos da criança depressiva	105
1.5.4.- Depressão em fase escolar	106
1.5.5.- O Luto Infantil	109
1.5.5.1.- Como proceder?	110
1.5.6.- Tipos de depressão na infância	112
1.5.7.- Causas da depressão infantil	114
1.5.8.- Violência e excesso de actividades são as maiores causas da depressão	116
1.5.9.- O apego	120
1.5.10.- As sequelas que podem derivar de um não diagnóstico	123
1.5.10.1.- Diagnóstico	123
1.5.11.- Sintomas da depressão infantil	125
1.5.12.- Sinais e sintomas sugestivos de depressão infantil	131
1.5.13.- Consequências da depressão infantil	133
1.5.14.- Como perceber quando uma criança está com depressão	134

1.5.15.- Transtornos	135
1.5.15.1.- Transtornos de ansiedade na criança	135
1.5.15.2.- Transtorno de ansiedade de separação	136
1.5.15.3.- Transtorno de ansiedade generalizada	138
1.5.15.4.- Tratamento	138
1.5.16.- Exemplos de transtornos	139
1.5.17.- A Depressão na Criança Privada do Meio Familiar	140
1.5.17.1.- Epidemiologia	140
1.5.17.2.- Prevenção	140
1.5.17.3.- Tratamento	141
1.5.18.- Hospitalização e Depressão	142
1.5.19.- Fobias	143
1.5.19.1.- Fobias específicas	143
1.5.19.2.- Tratamento	143
1.5.20.- Fobia social	144
1.5.20.1.- Tratamento	144
1.5.21.- Alguns cuidados importantes na educação das crianças	146
1.5.22.- Como ajudar as crianças na sua auto-estima	147

Capítulo VI - Depressão na adolescência	151
1.6.- Depressão na adolescência	151
1.6.1.- Os conflitos na adolescência	154
1.6.2.- Quem é mais vulnerável à depressão?	155
1.6.2.1.- Tratamento	155
1.6.3.- Sintomas depressivos	156
1.6.4.- O suicídio no adolescente	157
1.6.5.- Bullying	159
1.6.6.- Bullying, comportamento hostil entre estudantes	164
1.6.6.1.- Classificação	165
1.6.7.- A agressividade infantil e o Bullying nas escolas	167
1.6.8.- Como prevenir o problema na escola	169
1.6.9.- Assassinato psíquico	170
1.6.10.- Rir e aplaudir	172
1.6.11.- Como identificar vítima e agressor	174
1.6.12.- Agentes de risco	175
1.6.13.- Formas de envolvimento dos estudantes	176

1.6.13.1- Alvos de bullying	176
1.6.13.2.-Autores de bullying	177
1.6.13.3.- Testemunhas de bullying	178
1.6.13.4.- Alvos/autores de bullying	179
1.6.13.5.- Consequências	179
1.6.14.- A importância da medicina	181
1.6.15.- Medidas preventivas	183
1.6.16.- Efeitos do programa	185
1.6.17.- Como a família pode ajudar	186
Capítulo VII – Anorexia	188
1.7.- Anorexia nervosa	188
1.7.1.- Sintomas	189
1.7.2.- Diagnóstico e tratamento	191
Capítulo VIII – Bulimia	192
1.8.- Bulimia nervosa	192
1.8.1.-Causas	194
1.8.2.- Os comportamentos mais frequentes	194
1.8.3.- As consequências mais graves	194
1.8.4.- Sintomas	195

1.8.5.- Complicações médicas	195
1.8.6.- Como se desenvolve?	196
1.8.7.- Como se trata?	196
1.8.8.- Como se previne?	196
1.8.9.- Sinais de Bulimia	197

Capítulo IX - Neuroses **198**

1.9.- Conceitos e causas da neurose	198
1.9.1.- Tipos de neurose	199
1.9.2.- A neurose histérica	199
1.9.2.1.- Manifestações	199
1.9.2.2.- Evolução	200
1.9.3.- Neurose obsessiva	200
1.9.3.1.- Manifestações	200
1.9.3.2.- Evolução	201
1.9.3.3.- Tratamento	201
1.9.4.- Neurose de Angústia	202
1.9.4.1.- O quadro clínico da neurose de angústia compreende vários sintomas	202
1.9.5.- Algumas formas de ataque de ansiedade, segundo Freud	204

Capítulo X – Perturbações	206
10.1.- Perturbação do comportamento	206
10.1.1.- Tratamento	206
10.2.- Sintomas da Perturbação Emocional	207
10.3.- Perturbações somáticas	208
10.3.1.- Os principais tipos de perturbações somáticas	208
10.3.2.- Diagnóstico	209
10.3.3.- Tratamento	209
10.4.- Perturbações do sono	210
10.4.1.- Insónias	210
10.4.2.- Diagnóstico	211
10.4.3.- Tratamento	211
10.4.4- Medicação para dormir	212
10.4.5.- Os sintomas e o médico	213
10.4.6.- A avaliação do sono	213
10.4.7.- Hipersónia	214
10.5.- Perturbações da saúde mental	215
10.6.- Perturbações paranóicas	216
10.6.1.- Conceitos e causas	216

10.6.2.- Tipos e sintomas	217
10.6.3.- Reacção paranóica	217
10.6.4.- Desenvolvimento paranóico	217
10.6.5.- Tratamento	218
10.6.6.- Principais conteúdos dos delírios na paranóia	218
10.7.- Personalidade paranóica	219
Entrevistas	220
Conclusão	223
Bibliografia	224
Glossário	226
Índice remissivo	246

Introdução

A depressão é a principal causa de incapacidade que afecta, actualmente, 20% da população portuguesa. Também causa perda de anos de vida saudável e é entre as 107 doenças e dos problemas de saúde a mais relevante.

A depressão encontra-se reconhecida no Plano Nacional de Saúde 2000/ 2010, como um problema primordial de saúde pública.

A depressão atinge um grande número de pessoas, mas só um terço procura tratamento. Muitas automedicam-se o que leva a um prolongamento e agrava o problema, levando a situações extremas, como ficar sem emprego, ter problemas familiares graves e por último pode mesmo levar ao suicídio.

Os estudos sobre as causas e efeitos da depressão têm avançado e, paralelamente, o acesso a terapias capazes de tratar esse problema nos seus diferentes níveis.

A doença é grave e ataca as pessoas em todos os sentidos: física, química, mental, social e psicologicamente. Mas, acima de tudo, é uma doença natural e perfeitamente tratável, mas para isso é preciso procurar ajuda profissional.

A depressão é muito frequente na sociedade actual, com tendência a aumentar à medida que esta fica desumanizada.

A depressão continua a ser um tema tabu, apesar de tantas pessoas sofrerem de tristeza profunda sem que ninguém se aperceba e lhes dê a importância devida.

Mas não são só os adultos a sofrer de depressão, como se pensava inicialmente, em todas as idades pode sofrer-se desta doença.

A depressão na criança foi durante muito tempo ignorada, mesmo desconhecida para alguns especialistas. Uma das dificuldades, quando a criança demonstra a sua depressão através de sintomas clássicos, é que estes são atípicos o que dificulta o seu diagnóstico.

A criança, também, era vista, devido à sua idade, como um ser feliz, sem problemas, incapaz de compreender determinados assuntos e livre de preocupações. A tudo isto junta-se a impossibilidade ou a dificuldade das crianças ao transmitir o que sentem, o seu sofrimento psicológico.

Actualmente os especialistas já alertam para a gravidade da depressão infantil, já que há crianças que não são felizes, nem despreocupadas.

Muitas crianças sofrem de depressão, não por elas, mas sim, pelos pais, pelo ambiente onde estão inseridas, pelas condições da habitação, pela falta de acompanhamento médico quando necessitam, quando há uma perda, quando são abandonadas e mesmo maltratadas.

Infelizmente, ainda existem crianças escravas do trabalho infantil, vendidas pelos pais, abusadas sexualmente, espancadas pela família e tantas outras coisas.

Quem se preocupa com estas crianças?

Quem se apercebe das suas necessidades, do seu sacrificio?

Quem vê que estas crianças têm depressões e outras doenças?

Quem as leva ao médico?

Quem lhes diz que tem uma depressão pela vida que levam?

Ninguém!

Depois, há o oposto, muitas crianças com lares estáveis, com poder económico, em boas escolas, com facilidades na sua educação, com atitudes menos próprias e os pais dizem que a criança não anda bem, deve ter uma depressão.

Pergunto-me se a doença não estará na moda e se não estará a servir de desculpa para os maus comportamentos, falta de regras e até de educação.

Muitas vezes, os pais perguntam-se porque é a criança sofre de depressão. Qualquer casal que decide ter um filho devia ponderar todas as mudanças que vão ter na sua vida, o que vão deixar de fazer, onde vão ceder. E acima de tudo a mãe tem uma responsabilidade acrescida, uma vez, que é ela que durante a gravidez é responsável pelo bebé e tudo o que possa fazer de errado vai reflectir-se nele. É já no ventre materno que o bebé pode começar a ter repercussões negativas devido a drogas, alimentação, medicamentos que a mãe possa tomar.

Os adolescentes com todas as suas dúvidas, conflitos interiores e obstáculos para atravessar, refugiam-se cada vez mais nas drogas, nos gangues, em discussões e na quebra de regras.

A adolescência é uma fase importante, é a idade das descobertas, de sentirem novas responsabilidades e que começam a enfrentar socialmente problemas que até agora lhes eram indiferentes.

É também durante este período, que muitos deles entram em depressão, pelos motivos acima referidos e outros mais, como a aceitação das transformações que sofrem fisicamente, a aceitação por parte de determinados grupos, a primeira paixão.etc.

Uma das causas mais importantes para o aparecimento desta doença são as regras que a sociedade impõe aos jovens. Obrigatoriamente têm de ser magros, bons alunos porque o futuro passa apenas e só pela escola e por um curso, as roupas e os acessórios de marca, os amigos certos...estas são as condições para se ser aceite.

Como a perfeição não existe, nesta idade é-lhes difícil compreender que cada pessoa é única, vale por si, pelas suas emoções, pelos seus valores e pelas suas atitudes.

Devido a estas exigências, muitos jovens começam, por se sentirem diferentes e excluídos entregam-se à bulimia, à anorexia que os pode levar à morte.

Os amigos são escolhidos de acordo com o seu aspecto e os seus ideais. Em consequência, exigem aos pais despesas económicas insuportáveis para obterem a aparência desejada.

Quando não adquirem o desejado podem começar os transtornos, como o de personalidade, as fobias, etc.

Uma outra forma de se revelarem contra tudo e todos é através do Bullying, que pode começar em idades inferiores, mas é nesta fase que mais se evidencia.

O bullying, é uma forma cruel de certos jovens extravasarem as suas frustrações, é a forma de se vingarem de alguém porque não consegue ser igual, é a forma covarde de se sentir forte e poderoso.

Por muitas explicações, desculpas e atenuantes que os especialistas encontram para diminuir ou mesmo desculpar estes actos, não deixa de ser um episódio feio, violento e acima de tudo indesculpável.

Ao contrario, os jovens vitimas de bullying, entram em depressão, de tal forma grave que os leva, muitas vezes ao suicídio.

Esta taxa de suicídio, actualmente, nestas idades, está a aumentar, os jovens não conseguem acompanhar todas as expectativas e exigências que lhes são atribuídas.

Quando voltará o respeito, a educação, a paciência, a bondade, a fazer parte do vocabulário de alguns jovens?

Quando é que os pais se demitiram das suas funções?

Quando é que a escola passou a ser um depósito humano?

Quando se deixou de ouvir os avós contarem as suas histórias?

Quando se deixou de dizer, simplesmente “eu gosto de ti mãe/pai”, “ eu gosto de ti filho/filha”.

Como correu o teu dia?

Sê educado...

Sê responsável...

Quando?

A metodologia que vai ser utilizada neste trabalho é a entrevista semi-estruturada, que está direccionada aos pais e ao que sabem acerca da depressão em geral, nas crianças e nos adolescentes.

Pretendo, que aqueles que ainda não estão alertados o fiquem, porque há sempre o risco de os filhos virem a sofrer deste mal e de tudo o que ela acarreta.

Saber até que ponto os pais estão informados, seja através da leitura ou por perguntarem a quem saiba responder acerca desta doença.

Se alguma vez pensaram que o filho poderia estar com depressão.

Neste caso o objecto de estudo será os pais de crianças, desde os recém nascidos até à adolescência.

Capítulo I - Perspectivas Históricas / Alguns Modelos Teóricos

Em 1912 Abraham foi de grande importância, relativamente à depressão, ao referir que, a dor é uma reacção normal à privação e que a melancolia resulta em culpa. Freud, relacionou a melancolia com o luto precoce e a privação do amor filial. Segundo Finch, em 1960 e Rie, em 1966, devido ao superego da criança não estar bem internalizado, não é possível que esta apresente um verdadeiro quadro depressivo. Em Agosto de 1979, na cidade de Estocolmo, no IV Congresso de Pedopsiquiatras Europeus com o tema “Estados Depressivos na Infância e na Adolescência” é que a depressão, na fase etária acima referida, foi reconhecida como um distúrbio mental.

Para Abraham (1926), o surgimento da depressão de culpa está na relação ambivalente sádica que o principal fundador do Eu, o objecto primário, estabelece com o indivíduo.

Segundo P. Strecht (1997), a depressão infantil é feita de muitos fragmentos que podem manifestar-se em perturbações como: perturbações funcionais: do sono e da alimentação; esfíncterianas; somáticas; perturbações da aprendizagem; perturbações do comportamento.

Existe:

- Depressão maior, em que o humor é basicamente depressivo, e é considerada grave;
- Distúrbio ciclotímico que altera, durante um período de cerca de dois anos, episódios de humor deprimido juntamente com episódios hipomaníacos;
- Distúrbio distímico em que o humor se manifesta irritável ou deprimido com dois ou mais sintomas típicos (desaparecimento do apetite; da energia; da auto-estima; aparecimento de insónias, e por fim, a melancolia).

Coimbra de Matos (1986), define a depressão como uma estrutura, situando-se entre a estrutura neurótica e psicótica. A problemática da depressão, provém mesmo na perda de uma boa relação com o objecto de amor (mãe ou substituto).

O modelo da distorção cognitiva de Beck (1967,1970,1974) e Kovacs (1978), defende que os distúrbios da motivação e dos afectos resultam de conceptualizações negativas, exagerando-as, o que dá origem a stress patológico que predispõe para a depressão.

Spitz, em 1979, define o conceito de depressão anaclítica na criança como consequência de um luto precoce, devido à perda da figura maternal, com a qual existia uma boa relação e caracterizada pela inflexibilidade facial, em que a criança apresenta um olhar distante, inexpressivo, que reage frequentemente com choro agressivo e gritos.

Coimbra de Matos (2001), refere como “o mais lúcido enunciado da depressão” a carta de Freud a Abraham, onde afirma que a “depressão é a persistência do investimento inconsciente na representação do objecto”.

Em 1972, os autores Cytryn e Mcknew elaboraram o esquema seguinte:

- Depressão mascarada, frequente em crianças ligadas a uma psicopatologia familiar severa; a uma depressão aguda, frequente em crianças bem adaptadas previamente e associadas a uma psicopatologia familiar leve;
- Depressão crónica, frequente em crianças com um ajuste pobre e mórbido, em que um dos pais (pelo menos) se encontra clinicamente deprimido.

Coimbra de Matos (2001), descreve ainda a personalidade depressiva com traços de:

- Baixa auto-estima;
- Culpabilidade;
- Super-Eu severo;
- Vulnerabilidade à perda;
- Tendência à adinamia;
- Idealização do passado,
- Economia depressiva (a criança dá mais amor do que recebe)

Refere, que a depressão amorfa caracteriza-se pela queda libidinal, a impossibilidade de maturação genital, dependência afectiva, ou rotura relacional restituída através da somatização e da comunicação operacional.

A depressão narcísica ou de inferioridade vive de sentimentos de inferioridade, da ruína narcísica, com a idealização do outro e o contrário de si próprio.

A depressão de culpabilidade ou masoquista reflecte sentimentos de culpa, inflexão interna da agressividade, com desculpa e a idealização do objecto, predominando a projecção das partes boas do Self e interiorizando as partes más do objecto.

Existe ainda a depressão psicótica, com privação total do objecto, sentimento de inutilidade do investimento afectivo porque o objecto é sentido como incapaz de se relacionar, por indiferença, rejeição ou agressividade.

Para Coimbra de Matos (1986), a culpa resulta de três condições relacionais: a necessidade absoluta que a criança tem do seu objecto, ao mesmo tempo que o convívio com o mesmo, dado o seu potencial hostil e agressivo, se torna insuportável; os seus próprios impulsos agressivos para com o objecto; a sua própria atitude culpabilizante e a projecção culposa do objecto.

T. Ferreira (1993), refere que o núcleo depressivo da criança prevê uma decepção narcísica da mãe. São características constantes no Eu da criança em sofrimento depressivo, a esperança libidinal, assim como o desejo de um “encontro” como objecto amado.

1.1- Alguns autores importantes na história da depressão

- Pinel, os seus estudos dão origem a uma teoria que acabou com a ideia da bile negra, ao dar importância à observação dos sinais e sintomas.

Pinel fez a distinção entre duas patologias:

1. A melancolia caracterizada por uma ideia fixa (mono mania). A melancolia é dividida em triste e alegre.
 2. A mania abrange tudo o que está relacionado ao conhecimento.
- Esquirol, discípulo de Pinel, avisa para a imprecisão do termo melancolia, adequado só aos filósofos e poetas tendo adoptado o termo lipemania (do grego lupe, tristeza, desgosto), que era mais específico e agradava aos médicos.

A monomania de Pinel foi dividida por Esquirol em duas categorias:

- ✓ A monomania por exaltação da imaginação.
- ✓ A lipemania que designava os monomaniacos que tinham paixões tristes.

Esta nova nosografia atingiu duas metas:

1. Foi aproximar-se do conceito de lipemania, que era chamado normalmente de melancolia.
2. A separação entre mono mania e lipemania já mencionada.

Na metade do século XIX, Verztman (1995), afirma que se difundiram novos conceitos da melancolia: a folie à doublé forme de Baillarger, a folie circulaire de Falret e a referência a uma doença circular feita por Griesinger.

A folie à doublé forme tem as seguintes características: períodos regulares, um de depressão e outro de excitação.

Apresentavam acessos isolados, ora periódicos ora permanentes e a sua duração podia ser de dois dias ou de um ano.

- Falret, em 1851, também descreveu um quadro de alternância entre depressão e excitação chamado folie circulaire.
- Mas Griesinger, em 1865 caracterizou as anomalias psíquicas em dois grupos: o primeiro a produção mórbida de emoções e estados emocionais que dominam o sujeito e que se fixam permanentemente; o segundo, as lesões da inteligência e da vontade, mas que representam um estado calmo, independente, sem exaltação profunda de sentimentos, em que o pensamento e a vontade são falsos.
- Jules Séglas, psiquiatra em França, em 1850, viu a dor moral como o sintoma mais importante da melancolia, em que a pessoa atingida tem consciência da patologia que o aflige, quer livrar-se dela mas não consegue.
- Verztman em 1995 afirma que a palavra depressão já constava em obras científicas anteriores ao ensaio de Bailarger, uma vez que esse autor, para desenvolver o seu motivo, cita a seguinte pergunta proposta por um antecessor: «Não se pode explicar, até certo ponto, essa predominância de causas morais depressivas na produção da estupidez?» (Baillarger apud Verztman, 1995, p. 70).
- Emil Kraepelin, famoso organizador da nosografia psiquiátrica, foi de grande importância na história do conceito de depressão. Divide as loucuras periódicas em quatro formas: as delirantes, as maníacas, as circulares e as depressivas.

Também introduziu a sua principal novidade: o conceito de loucura maníaco-depressiva. Apresentou a ideia de que depressão e mania estavam associadas e a melancolia era uma entidade mórbida e isolada.

- Séglas, no último terço do século XIX, deu ênfase às dores morais que começaram a ser classificadas de forma diferente da loucura, pois eram desprovidas de delírios ou alucinações e foram chamadas de neurastenias, psicastenias, coração irritável etc.

O termo neurose veio reagrupar essas desordens diversas e começou a pensar-se na depressão como é classificada actualmente.

Por volta de 1830 a transformação da doença que era característica de grandes almas e génios coincide com a implantação dos asilos dedicados à classe trabalhadora o que deixou

explícito uma causa política, económica e social. A doença sublime foi desaparecendo, na medida em que os doentes estavam em asilos e já não em palácios. Então pode-se dizer que da corte aos asilos a melancolia perde prestígio.

- Ehrenberg (1998), analisou o período entre as guerras, em que existia uma estabilização das várias doenças, mas estas só ganham força depois da invenção e depois da Segunda Guerra Mundial, que foram os medicamentos da alma.

Capítulo II – O modelo cognitivo e o modelo psicanalítico

1.2. – O modelo cognitivo

Em psicologia utiliza-se o termo cognição para definir o processo mental que transforma, elabora, armazena, regista, sintetiza e amplia tanto os inputs sensoriais internos como externos. Esta era a opinião de Neisser em 1967 e a de Broadbenit em 1971. Segundo afirmou McHoney em 1977, os processos cognitivos abrangem muitas funções psíquicas: a percepção e a memória, o pensamento e a linguagem, as crenças e as atitudes e ainda a conduta em situações problemáticas.

O modelo cognitivo elaborado por Beck em 1970 e em 1976 dá um papel essencial ao pensamento e à opinião dos pacientes depressivos no desenvolvimento e na manutenção da depressão. Segundo Beck, cada pessoa tem uma forma de pensar com que evidencia e experimenta a vida. Beck sugeriu também que existe uma alteração prévia na maneira de pensar que provoca o desenvolvimento da alteração do estado de ânimo.

De acordo com Beck, as pessoas ao desenvolverem uma depressão têm sintomas de auto desprezo e de auto acusação, levando-as a classificar ou interpretar os acontecimentos ajustando-se a esses esquemas prévios.

Entre as maneiras de pensar que Beck considera características dos pacientes depressivos, pode-se enumerar as seguintes: a depreciação de si mesmo, as ideias de perda, a autocrítica e a auto culpabilização, as ideias excessivas de dever e de responsabilidade, constantes auto-imposições, desejos de fugir e de se suicidar.

Os principais erros em que incorrem os pacientes depressivos são, segundo Beck, os seguintes:

- **As deduções arbitrarias.** Trata-se da tendência de tirar conclusões de factos insignificantes.
- **A abstracção selectiva.** Esta atitude consiste em concentrar-se num aspecto de uma situação, tomado fora do contexto e levado ao exagero.

- **A generalização excessiva.** Este erro é chegar a conclusões de carácter geral justificadas em experiências ou acidentes concretos, constantemente de pouca importância.
- **Os erros que consistem em minimizar ou em super valorizar,** as próprias qualidades e defeitos. É o caso das pessoas que exageram as suas dificuldades e as suas limitações e minimizam os seus êxitos e as suas capacidades.
- **Os imperativos categóricos,** tais como «devo» ou «tenho que», limitam a oportunidade de outras atitudes alternativas.

Todos estes erros cognitivos fazem com que o indivíduo tenha uma visão negativa de si próprio, das experiências passadas e presentes e das suas expectativas para o futuro.

Para Beck as desordens depressivas são o resultado da atenção selectiva prestada a um grupo de pensamentos que aparecem de forma automática no indivíduo, sem que este os perceba adequadamente. Estes pensamentos específicos caracterizam-se por serem irracionais. São mensagens compostas por poucas palavras ou por apenas uma imagem visual. Entram de repente na mente e frequentemente se exprimem em termos tais como: «havia de», «teria que» ou «deveria...». São pensamentos que tendem à dramatização.

Pensamentos assim originam emoções cruéis e desagradáveis, e para os evitar é essencial que o indivíduo os entenda e os modifique.

1.2.1.- O modelo psicanalítico

Ao tentar organizar o distúrbio maníaco-depressivo, em 1911, Abraham comparou a depressão com o luto por nojo (isto é, a perda de um ser querido). Segundo este autor, a diferença principal reside em que a pessoa afectada pelo luto por nojo está consciente da sua preocupação, por sua vez, a criança depressiva está imersa em sentimentos confusos de perda, de culpa e de pouca auto-estima. De acordo com este autor, podemos dizer que a criança depressiva interioriza a perda como uma repulsa de si própria e confunde-a ou relaciona-a inconscientemente com as suas próprias experiências anteriores.

Na sua teoria psicanalítica Freud aprofundou as ideias de Abraham com a intenção de dotar a depressão de um corpo teórico. Para Freud a diferença fundamental entre o luto por nojo e a depressão está em que nesta última a pouca auto-estima é um sintoma, e além disso a perda é inconsciente, diferente do luto por nojo, em que a perda é consciente.

Mais tarde, Abraham desenvolveu os postulados teóricos de Freud e alegou que existiam várias dificuldades durante o processo evolutivo da infância que, por sua vez, davam lugar ao aparecimento do mal-estar depressivo na idade adulta. Em geral, a origem destas dificuldades encontra-se na perda ou na falta de amor na criança.

Em 1948, Melanie Klein sugeriu e alegou a favor de uma base psicodinâmica para explicar o desenvolvimento da depressão. Segundo Klein, é durante o primeiro ano de vida da criança que se forma a base do que mais tarde pode ser o sofrimento depressivo. No entender de Klein todas as crianças atravessam um estado evolutivo a que chama posição depressiva e que está caracterizada por um período de tristeza, medo e culpa. Ao sentir-se frustrada pela falta ou pela perda do amor, a criança revolta-se contra a mãe e desenvolve fantasias sádicas e destrutivas contra ela. Esta situação provoca na criança estados de ansiedade e de culpa. Também, devido à incapacidade para distinguir o mundo exterior (a sua mãe) do mundo interior (ela própria) e as imagens que interioriza da mãe, transforma-se num forte receio em se autodestruir. Esta é a explicação de Klein da fase denominada posição depressiva.

A base patológica para a descoberta da depressão na idade adulta dá-se quando a criança não evidenciou que a mãe que odeia e ama, simultaneamente, é a mesma pessoa. Isto, em termos psicanalíticos, é uma falha na interiorização do bom objecto interno.

Em 1953, Eduard Bibring distinguiu e deu importância primordial à perda da auto-estima como elemento chave da depressão. As suas ideias aproximavam-se mais da resposta consciente aos acontecimentos que aos conflitos inconscientes entre o eu e o super-eu. Mesmo quando estava de acordo ao dar importância às experiências iniciais da infância como base para o desenvolvimento da depressão na idade adulta, apoiou que a depressão se desenvolve e se estabelece como resultado da frustração, da esperança consciente.

Capítulo III – A Depressão

A palavra depressão deriva do latim «Deprimer», que significa: fazer descer, ir para baixo. E estar em baixo diz respeito ao espírito e ao corpo.

O termo depressão pode ser um sintoma que faz parte de vários distúrbios emocionais, pode significar uma síndrome com muitos e variados sintomas somáticos ou significar uma doença caracterizada por alterações afectivas.

Do ponto de vista clínico era muito mais fácil se a depressão fosse caracterizada apenas pela baixa de humor, tristeza, choro, abatimento moral, desinteresse, tudo aquilo que sente uma pessoa deprimida.

A depressão tem origem em vários factores, o que quer dizer que também há diversas causas.

Os genes por si só não bastam, muitas das vezes, há acontecimentos passados ou presentes, que levam a crises, quer profissionalmente, quer conjugalmente.

Depressão pode significar um sintoma que faz parte de vários distúrbios emocionais sem ser exclusivo de nenhum deles, pode significar uma síndrome alterada por muitos e variáveis sintomas somáticos ou ainda, pode significar uma doença, caracterizada por alterações afectivas.

Estranha-se a constante presença da depressão em quase tudo o que diz respeito aos transtornos emocionais, e os psiquiatras não estão menos certos ao procurarem descobrir uma ponta de depressão em quase tudo o que lhes aparece pela frente.

É uma doença que destrói os pensamentos, os sentimentos, os comportamentos e a saúde. Geralmente é acompanhada de alterações do humor, sono, apetite e várias outras funções do organismo. A pessoa que sofre desta doença não se consegue livrar dela com as suas próprias forças e sentir-se novamente bem, são necessários tratamentos adequados para que os sintomas não persistam durante semanas, meses ou anos.

É um sentimento de intensa tristeza que pode surgir depois de uma perda recente ou de outro acontecimento triste, mas que é exagerada relativamente à importância desse mesmo acontecimento e persiste para além de um período justificado.

Depois da ansiedade, a depressão é a perturbação psiquiátrica mais frequente. Estima-se que cerca de 10 % das pessoas que consultam um médico pensam que têm um problema físico mas na realidade sofrem de depressão. Esta começa habitualmente entre os 20 e os 50 anos. Os que nasceram nas últimas décadas do século XX evidenciam uma maior incidência de depressão em relação às gerações anteriores.

Um episódio de depressão pode durar de seis a nove meses, mas em 15 % a 20 % dos doentes dura dois anos ou mais. Os episódios tendem geralmente a repetir-se várias vezes ao longo da vida.

1.3.- Tipos de depressão

Para uma melhor compreensão é importante saber que o paciente com depressão pode ser entendido de duas maneiras:

- É deprimido ou ESTÁ deprimido.

Outrora quando uma pessoa estava deprimida, isto é, estava com uma depressão geralmente causada por uma vivência traumática, dizia-se que ela tinha uma Depressão Reactiva, ou Exógena. Quando, ao contrário, o paciente era deprimido, ou seja, já tinha tido outras crises depressivas, com ou sem motivo desencadeante, dizia-se que tinha uma Depressão Endógena.

Hoje em dia a classificação das Depressões é mais aprimorada, sendo minuciosamente abordada em duas classificações mais conhecidas:

- Classificação Internacional de Doenças.
- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. A Depressão, genericamente considerada, está classificada dentro dos Transtornos Afetivos. Os Transtornos Afetivos são aqueles nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afecto, como uma Depressão (com ou sem ansiedade associada) ou uma Euforia. Esta alteração do humor geralmente é acompanhada por uma modificação ao nível global da actividade, e a maioria dos episódios destes transtornos tendem a ser recorrentes e podem estar relacionados com situações de stress.

Classifica-se a Depressão dentro dos Transtornos do Humor e também baseia-se a sua classificação em episódios depressivos. Na prática clínica sugerimos, didacticamente, que a Depressão seja considerada de duas maneiras: Típica e Atípica.

- As **Depressões Típicas** seriam aquelas que se apresentam através dos Episódios Depressivos.

- **Depressões Atípicas** são aquelas que se manifestam fundamentalmente através de sintomas ansiosos.

Saber se um estado depressivo típico é Leve, Moderado ou Grave é apenas uma questão da intensidade com a qual se apresentam os Episódios Depressivos. Saber também se o momento depressivo é um acontecimento único na vida da pessoa ou, ao contrário, se ele se repete, dependerá da frequência com que se apresentam esses Episódios Depressivos.

Como se comprova, o que define o tipo da Depressão são as características dos Episódios Depressivos. Assim, para se saber se a depressão é simplesmente um quadro depressivo ou se é uma fase depressiva do Transtorno Afetivo Bipolar, é necessário saber se os episódios depressivos são uma ocorrência única no curso da doença ou se coexistem com Episódios de Euforia.

Na depressão, embora o juízo crítico esteja frequentemente conservado, as vivências do paciente suportam-se com grande sofrimento e com perspectivas pessimistas. A interpretação da realidade assume um carácter modificado, de acordo com a intensidade da Depressão: pode simplesmente apresentar-se como ideias falsas, nos casos mais leves ou, nos casos mais graves como delírio franco.

Na psicomotricidade do deprimido temos inibição geral das funções, lentidão, pobreza da fala e dos movimentos, ombros caídos e andar com sacrifício, descuido nos cuidados da higiene pessoal, abandono de si próprio. Nos casos mais graves podemos ter posturas de negativismo, como se a pessoa estivesse numa espécie de catatonia (apatia intensa e até paralisação psicomotora).

Alguns deprimidos podem mostrar apenas sintomas somáticos (físicos) ao invés de sentimentos de tristeza, como por exemplo, dores vagas e indeterminadas, tonturas, cólicas, falta de ar, e outras queixas. Para estes, talvez, seja mais fácil comunicar sua aflição e o seu desespero através dos órgãos do que do discurso. Também em crianças a depressão pode dissimular-se sob a forma de um humor irritável ou rabugento, ao invés de triste e abatido

Outros pacientes podem apresentar irritabilidade, como por exemplo, crises de raiva, sentimentos exagerados de frustração, tendência para responder a acontecimentos com ataques de ira ou culpar os outros. O que encontramos mais frequentemente nos distúrbios

depressivos são sintomas ligados principalmente à afectividade, normalmente sem grave prejuízo da crítica.

A perda de interesse ou do prazer está quase sempre presente em algum grau. Os pacientes podem relatar menor interesse por passatempos, não se importam com coisas antes importantes, enfim, falta-lhes prazer para as actividades anteriormente consideradas agradáveis.

Também consideram a depressão como orgânica ou endógena:

- **Depressão orgânica:** é claramente provocada por um problema físico, como acontece, por exemplo, na doença de Parkinson.
- **Depressão endógena:** é provocada por um desequilíbrio dos neurotransmissores do sistema nervoso central que regulam o humor (dopamina, serotonina e noradrenalina), devido à existência de determinados motivos predisponentes, de carácter genético ou genuíno.
- **Depressão reactiva:** a principal causa é a existência de causas precipitantes, que se caracteriza por uma reacção depressiva inadequada ou excessiva perante a circunstância que a provocou.

Alguns estudos estimam que pelo menos 12% da população adulta teve ou terá um episódio de depressão com um grau clínico de severidade suficiente para justificar um tratamento.

Ao longo dos últimos 15 anos foram publicados diferentes estudos importantes acerca das causas e dos tratamentos da depressão. Embora tenha havido avanços na farmacologia para o tratamento, não há evidências de que a ocorrência de casos depressivos tenha diminuído.

Pensa-se que a depressão corresponde a 75% de todas as hospitalizações psiquiátricas decorrentes em qualquer ano, uma vez que, 15% são adultos na faixa etária dos 18 aos 74 anos que podem apresentar sintomas depressivos significativos e, que esta afecta 15-25% das mulheres e 5-10% dos homens.

1.3.1.- Episódio depressivo

Devido aos estados depressivos serem seguidos, com muita frequência, de sintomas somáticos, a existência ou não destes sintomas faz parte da classificação, assim como também a presença de sintomas psicóticos.

Classificação dos Episódios Depressivos:

EPISÓDIO		DEPRESSIVO			
Episódio		Depressivo			Leve
Episódio	Depressivo	Leve	sem	Sintomas	Somáticos
Episódio	Depressivo	Leve	com	Sintomas	Somáticos
Episódio		Depressivo			Moderado
Episódio	Depressivo	Moderado	sem	Sintomas	Somáticos
Episódio	Depressivo	Moderado	com	Sintomas	Somáticos
Episódio	Depressivo	Grave	sem	Sintomas	Psicóticos
Episódio Depressivo Grave com Sintomas Psicóticos					

Uma pessoa pode, com 50%, apresentar apenas um Episódio Depressivo durante toda a vida. Trata-se de uma ocorrência geralmente relacionada a alguma vivência traumática ou a alguma condição médica geral, como por exemplo, alterações da tireóide, stress pós-cirúrgico, etc. Entretanto esse Episódio Depressivo pode-se repetir periodicamente, e caracterizar assim um Transtorno Depressivo Recorrente.

Os Episódios Depressivos podem causar perturbações do sono e geralmente, esses problemas manifestam-se sob a forma de insónias. As insónias da Depressão costumam ser intermediárias, caracterizadas pelo despertar durante a noite com dificuldade para voltar a dormir. No caso de as insónias serem terminais, têm um despertar muito cedo, com incapacidade de conciliar o sono novamente.

Inicialmente, as insónias manifestam-se quando há dificuldade em adormecer, são a mais invulgares na Depressão pura (sem ansiedade). Menos vezes alguns pacientes reagem à depressão com sonolência excessiva (hipersónia), na forma de episódios prolongados de sono

nocturno ou de sono durante o dia. Ocasionalmente a razão pela qual o indivíduo procura tratamento pode ser esta perturbação do sono.

Muito importante é também a apatia durante a crise depressiva. A diminuição da energia física e mental é comum e traduz-se por cansaço e por fadiga crónicas, muitas vezes responsáveis por inúmeros exames ao sangue a que submetem os pacientes. O deprimido pode descrever fadiga persistente sem esforço físico compatível e as tarefas mais leves parecem exigir mais esforço que o habitual.

Também pode haver diminuição na eficácia ao realizar tarefas. A pessoa deprimida pode queixar-se, por exemplo, de que as coisas levam o dobro do tempo habitual para serem feitas.

Na Depressão também é muito frequente uma certa perda na capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões. Os depressivos podem queixar-se do enfraquecimento da memória ou de estarem distraídas com facilidade.

A produtividade ocupacional costuma ser também prejudicada, principalmente nas pessoas com actividades académicas ou profissionais, intelectualmente exigentes. Em crianças deprimidas pode haver uma queda súbita no rendimento escolar como resultado das dificuldades de concentração.

Durante um Episódio Depressivo, muitas vezes existem pensamentos sobre a morte. Trata-se, da idealização suicida típica mas também da preferência em estar morto ainda que não propositadamente. Em pessoas menos deprimidas, tais pensamentos costumam ser uma convicção de que seria preferível estar morto a sofrer e, nos casos mais severos pode haver pensamentos sobre cometer suicídio.

A duração de um Episódio Depressivo Maior é variável. Quando não é tratado costuma durar seis meses ou mais, não importa a idade. Na maioria dos casos, existe a remissão completa dos sintomas, ao voltar a um funcionamento normal, mas não sem um sério sofrimento e outros prejuízos que foram vividos.

Crítérios para um Episódio Depressivo Maior

Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período, de duas semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior.

Pelo menos um dos sintomas é:

(1) Humor deprimido

Humor deprimido aparece na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjectivo (por ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (por ex., chora muito).

(2) Perda do interesse ou prazer;

Interesse ou prazer acentuadamente atenuados por todas ou quase todas as actividades na maior parte do dia e quase todos os dias

(3) Perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por ex., mais de 5% do peso corporal em um mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.

(4) Insónias ou hipersónia quase todos os dias

(5) Agitação ou atraso psicomotor quase todos os dias fadiga ou perda de energia quase todos os dias

(6) Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias

(7) Pouca capacidade de pensar, concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias

(8) Pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideias suicidas apelantes sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer o suicídio.

1.3.2.-Depressão e mania

A depressão e a mania representam dois pólos opostos das perturbações do humor. As perturbações do humor são doenças psiquiátricas nas quais as alterações emocionais consistem em períodos prolongados de depressão ou de euforia (mania) excessivos. As perturbações do humor são também chamadas perturbações afectivas. Afectivo significa estado emocional expresso através de gestos e de expressões faciais.

A tristeza e o júbilo fazem parte das experiências normais da vida diária e são diferentes da depressão ou da mania graves que caracterizam as perturbações do humor. A tristeza é uma resposta natural à perda, à derrota, ao desengano, ao trauma ou à catástrofe. A tristeza pode ser psicologicamente benéfica porque permite que uma pessoa se afaste de situações ofensivas ou desagradáveis, o que a pode ajudar a recuperar.

A aflição ou o desconsolo é uma reacção normal e habitual perante uma separação ou uma perda, como a morte de um ente querido, o divórcio ou uma decepção amorosa. A privação e a perda não costumam provocar uma depressão persistente e incapacitante, excepto nas pessoas predispostas a sofrer de perturbações do humor.

O êxito e os sucessos provocam usualmente sentimentos de júbilo. No entanto, o júbilo pode ser, por vezes, uma defesa contra a depressão ou uma negação da dor da perda. As pessoas que estão a morrer têm às vezes períodos de júbilo e de actividade inquietante e pessoas que sofreram alguma privação ou perda recentes podem inclusive estar exultantes mais do que desconsoladas, como seria normal. Nas pessoas predispostas às perturbações do humor, estas reacções podem ser o início da mania.

Apesar de 25 % a 30 % das pessoas sofrerem de alguma perturbação excessiva do humor durante a sua vida, só cerca de 10 % têm uma perturbação suficientemente importante para requerer cuidados médicos. Destas, um terço tem depressão de longa duração (crónica) e a maioria dos restantes tem episódios recorrentes de depressão. As depressões crónicas e recorrentes denominam-se unipolares. Cerca de 2 % da população tem uma situação conhecida como doença maniaco-depressiva ou perturbação bipolar, na qual alternam

períodos de depressão com outros de mania (ou com períodos de mania menos intensa conhecida como hipomania).

1.3.2.1.-Mania

A mania caracteriza-se por uma actividade física excessiva e de sentimentos de euforia extremos que são desproporcionados em relação a qualquer acontecimento positivo.

A hipomania é uma forma leve de mania.

Embora se possa ter uma depressão sem episódios maníacos (perturbação unipolar), a mania apresenta-se, mais frequentemente, como parte de uma doença maníaco-depressiva (perturbação bipolar). As poucas pessoas que parecem apresentar só mania podem ter, de facto, episódios depressivos ligeiros ou limitados no tempo. A mania e a hipomania são menos frequentes do que a depressão e são também mais dificilmente identificáveis, porque, enquanto a tristeza intensa e prolongada pode levar à consulta de um médico, a euforia fá-lo com muito menos frequência (dado que as pessoas com mania não têm consciência de ter um problema no seu estado mental ou no seu comportamento). O médico deve excluir a presença de uma doença orgânica subjacente na pessoa que sofre de mania pela primeira vez, sem um episódio depressivo prévio.

1.3.2.2.- Sintomas da mania

Humor

- ✓ Euforia, irritabilidade ou hostilidade.
- ✓ Choros ocasionais.

1.3.3.- Outros sintomas psicológicos

- ✓ Aumento da auto-estima
- ✓ Comportamento pomposo.
- ✓ Fuga de ideias, desencadeamento de novas ideias pelos sons das palavras, mais do que pelos seus significados
- ✓ Tendência a distrair-se com facilidade.
- ✓ Aumento de interesse por novas actividades
- ✓ Aumento da implicação com as pessoas (que se sente muitas vezes alienada pelo comportamento intrusivo e intrometido do indivíduo),
- ✓ Compras em excesso, indiscrições sexuais, investimentos mercantis sem sentido.

1.3.4.- Sintomas psicóticos

- ✓ Delírios de possuir um talento extraordinário.
- ✓ Delírios de possuir uma forma física extraordinária.
- ✓ Delírios de riqueza, de ascendência aristocrática ou de outra identidade grandiosa.
- ✓ Ver visões ou ouvir vozes (alucinações)
- ✓ Paranóia

1.3.5.- Sintomas e diagnóstico

Os sintomas maníacos desenvolvem-se de forma rápida em apenas alguns dias. Nas fases precoces (leves) da mania, a pessoa sente-se melhor do que habitualmente e muitas vezes está mais alegre, rejuvenescida e com mais energia.

Uma pessoa maníaca está geralmente eufórica, mas pode também estar irritável, reservada ou francamente hostil. Geralmente crê que se encontra muito bem. A sua ausência de atenção nesta situação, juntamente com uma enorme capacidade de actuação, pode fazer com que esta se torne impaciente, intrusiva, intrometida e irritável, com tendência para a agressão, quando alguém se aproxima dela. A actividade mental acelera-se (uma situação

chamada fuga de ideias), distrai-se facilmente e muda constantemente de tema ou tenta abordar outro novo. Pode ter a falsa convicção de riqueza pessoal, de poder, inventiva e de génio e pode assumir de forma temporária identidades grandiosas, crendo, por vezes, que é Deus.

A pessoa pode crer que está a ser ajudada ou perseguida por outras ou ter alucinações, em que ouve e vê coisas que não existem. Diminui a sua necessidade de sono. Uma pessoa maníaca empenha-se em várias actividades de forma inesgotável, excessiva e impulsiva (como tentativa de negócios arriscados, visita a casas de jogo ou comportamentos sexuais perigosos), sem reconhecer os perigos sociais inerentes a essas actividades. Em casos extremos, a actividade física e mental é tão frenética que se perde qualquer relação clara entre o humor e a conduta numa espécie de agitação sem sentido (mania delirante). Requer-se então tratamento imediato, porque a pessoa pode falecer de esgotamento físico. Em casos de mania com menor grau de hiperactividade, pode-se solicitar a hospitalização para proteger a pessoa e os seus familiares da ruína devido a um comportamento económico ou sexual desabusado.

A mania é diagnosticada pelos seus sintomas, que são caracteristicamente óbvios para o observador. No entanto, como as pessoas com mania se caracterizam pela negação de qualquer problema, os médicos geralmente têm de obter a informação através dos membros da família. Os questionários não se utilizam tão amplamente como na depressão.

1.3.5.1.-Tratamento

Os episódios de mania que não são tratados acabam de modo mais brusco do que os da depressão e são habitualmente mais curtos, durando poucas semanas a vários meses. O médico tenta por todos os meios tratar o doente no hospital, porque a mania é uma emergência médica e social.

Um fármaco, o lítio, pode reduzir os sintomas da mania, dado que o lítio demora quatro a dez dias a fazer efeito e muitas vezes administra-se de forma simultânea outro medicamento, como o haloperidol, para controlar a excitação do pensamento e da actividade física. No entanto, o haloperidol pode provocar contracções musculares e movimentos anormais, portanto, administra-se em pequenas doses, em combinação com uma benzodiazepina, como o lorazepam ou o clonazepam.

1.3.6.- Doença maníaco-depressiva

A doença maníaco-depressiva, também chamada de perturbação bipolar, é um estado no qual os períodos de depressão alternam com períodos de mania ou de algum grau menor de excitação.

A doença maníaco-depressiva afecta um pouco menos de 2 % da população. Pensa-se que a doença é hereditária, embora se desconheça a imperfeição genética exacta. A doença maníaco-depressiva afecta de igual modo os homens e as mulheres e habitualmente começa entre os dez e os quarenta anos.

1.3.6.1.- Sintomas e diagnóstico

A perturbação maníaco-depressiva começa geralmente com uma depressão e apresenta pelo menos um período de mania em algum momento durante a doença. Os episódios de depressão duram habitualmente de três a seis meses. Na sua forma mais grave da doença, chamada perturbação bipolar de tipo I, a depressão alterna com mania intensa. Na forma menos grave, chamada perturbação bipolar de tipo II, episódios depressivos de curta duração alternam com hipomania. Os sintomas da perturbação bipolar de tipo II voltam muitas vezes a aparecer em certas estações do ano; por exemplo, a depressão acontece no Outono e no Inverno e a euforia menor acontece na Primavera ou no Verão.

Numa forma ainda mais suave da doença maníaco-depressiva, chamada de perturbação ciclotímica (mudanças periódicas de humor e de sentimentos, e pelo espírito aberto, sociável, expansivo), os períodos de euforia e de depressão são menos intensos, duram habitualmente alguns dias e apresentam-se com bastante frequência e com intervalos irregulares. Embora as perturbações ciclotímicas possam, em último grau, evoluir para uma doença maníaco-depressiva, em muitas pessoas esta perturbação nunca conduz a uma grande depressão ou à mania. Uma perturbação ciclotímica pode contribuir para o êxito nos negócios, na liderança, na obtenção de objectivos e na criatividade artística. No entanto, pode também provocar resultados irregulares no trabalho e na escola, frequentes mudanças de residência, repetidos desenganos amorosos ou separações matrimoniais e abuso de álcool ou de drogas. Em cerca de um terço das pessoas com perturbações ciclotímicas, os sintomas podem conduzir a uma perturbação do humor que requer tratamento.

O diagnóstico da doença maniaco-depressiva baseia-se nos seus sintomas característicos. O médico deve determinar se a pessoa está a sofrer um episódio maniaco ou um episódio depressivo, com o objectivo de prescrever o tratamento correcto. Cerca de um terço das pessoas com uma perturbação bipolar sofrem simultaneamente sintomas maníacos (ou hipomaniacos) e depressivos. Esta situação é conhecida como um estado bipolar misto.

1.3.6.2.- Prognóstico e tratamento

A doença maniaco-depressiva reaparece em quase todos os casos. Por vezes, os episódios podem mudar da depressão para a mania, ou vice-versa, sem qualquer período de humor normal pelo meio. Algumas pessoas mudam mais rapidamente que outras entre episódios de depressão e de mania. Até cerca de 15 % das pessoas com doença maniaco-depressiva, sobretudo mulheres, têm quatro ou mais episódios por ano. As pessoas que sofrem ciclos rápidos são mais difíceis de tratar.

As incidências de mania ou de hipomania na doença maniaco-depressiva podem ser tratadas como mania aguda. Os episódios depressivos tratam-se como a depressão. No entanto, em geral, os antidepressivos podem provocar mudanças de depressão para hipomania ou mania e, por vezes, originam mudanças rápidas de ciclo entre as duas situações. Por isso, estes fármacos utilizam-se durante períodos curtos e os seus efeitos sobre o humor são controlados com muito cuidado. Quando se observam os primeiros indícios de mudança para a hipomania ou a mania, retira-se o antidepressivo. Os antidepressivos menos propensos a provocar alterações no humor são o bupropion e os inibidores da monoaminoxidase. O ideal para todos os que sofrem de uma perturbação maniaco-depressiva seria a administração de fármacos estabilizadores do humor, como o lítio ou um anticonvulsivante.

O lítio não produz efeitos sobre o estado de humor normal, mas reduz a tendência para mudanças extremas do humor em cerca de 70 % dos que sofrem de uma perturbação maniaco-depressiva. O médico controla os valores sanguíneos de lítio através de análises de sangue. Os possíveis efeitos secundários do lítio incluem tremores, contracções musculares, náuseas, vômitos, diarreia, sensação de sede, aumento do volume de urina e aumento de peso. O lítio pode piorar a acne ou a psoríase e pode causar uma diminuição das concentrações sanguíneas de hormonas tiróideas. Os valores muito altos de lítio no sangue podem provocar uma dor de cabeça persistente, confusão mental, adormecimento, convulsões e ritmos cardíacos anormais.

Os efeitos secundários aparecem com maior frequência nas pessoas de idade avançada. As mulheres, quando tentam ficar grávidas, devem deixar de tomar lítio porque este pode (raramente) produzir malformações cardíacas no feto.

Durante os últimos anos desenvolveram-se novos tratamentos farmacológicos. Estes incluem os anticonvulsivantes carbamazepina e divalproato. No entanto, a carbamazepina pode causar uma diminuição preocupante do número de glóbulos vermelhos e de leucócitos, e o divalproato pode danificar o fígado (sobretudo nas crianças). Estes problemas ocorrem raramente quando existe uma cuidadosa supervisão médica, e a carbamazepina e o divalproato constituem alternativas úteis ao lítio na doença maníaco-depressiva, especialmente nas formas mistas ou nas de tecidos rápidos quando estas não responderam a outros tratamentos.

A psicoterapia é frequentemente recomendada para os que tomam fármacos estabilizadores do humor, sobretudo para os ajudar a continuar com o tratamento. Algumas pessoas que tomam lítio sentem-se menos alertas, menos criativas e com menos controlo sobre as coisas do que em condições habituais. No entanto, a diminuição real da criatividade é pouco frequente, particularmente porque o lítio permite às pessoas com doença maníaco-depressiva levar uma vida mais regular, melhorando a sua capacidade global de trabalho. A terapia de grupo utiliza-se, frequentemente, para ajudar as pessoas e os seus familiares, a compreender a doença e a enfrentá-la em melhores condições.

A fototerapia é muitas vezes utilizada para tratar pessoas com a doença maníaco-depressiva, especialmente as que têm uma depressão mais ligeira e de carácter mais estacional: depressão no Outono-Inverno e hipomania na primavera-verão. Para a fototerapia coloca-se a pessoa numa sala fechada e com luz artificial que é controlada para imitar a estação do ano que o terapeuta tenta criar: dias mais longos para o Verão e dias mais curtos para o Inverno. Se a dose de luz for excessiva, a pessoa pode sofrer uma mudança para a hipomania ou, em alguns casos, danos oculares. Portanto, a fototerapia deve ser supervisionada por um médico especializado no tratamento das perturbações do humor.

1.3.7. Perturbações físicas que podem causar depressão / fármacos

Anfetaminas (abstinência das mesmas)

Fármacos antipsicóticos

Betabloqueadores

Cimetidina

Contraceptivos (orais)

Cicloserina

Indometacina

Mercúrio

Metildopa

Reserpina

Tálio

Vimblastina

Vincristina

Infecções

SIDA

Gripe

Mononucleose

Sífilis (estádio tardio)

Tuberculose

Hepatite viral

Pneumonia viral

Perturbações hormonais

Doença de Addison

Doença de Cushing

Altos valores de hormona paratiróide

Valores baixos e altos de hormona tiróidea

Valores baixos de hormonas hipofisárias (hipopituitarismo)

Doenças do tecido conjuntivo

Artrite reumatóide

Lúpus eritematoso sistémico

Perturbações neurológicas

Tumores cerebrais

Lesões cranianas

Esclerose múltipla

Doença de Parkinson

Apnéia do sono

Acidentes vasculares cerebrais

Epilepsia do lobo temporal

Perturbações nutricionais

Pelagra (deficiência de vitamina B6)

Anemia perniciosa (deficiência de vitamina B12)

Cancros

Cancros abdominais (do ovário e do cólon)

Cancros disseminados por todo o organismo

Tipos de antidepressivos

Amitriptilina

Amoxapina

Bupropion

Clomipramina

Desipramina

Doxepina

Imipramina

Maprotilina

Nefazodona

Nortriptilina

Protriptilina

Trazodone

Trimipramina

Venlafaxina

Inibidores selectivos de serotonina

Fluoxetina

Fluvoxamina

Paroxetina

Sertralina

Inibidores da monoaminoxidase

Isocarboxazida

Pargilina

Fenelzina

Tranilcipromina

Psicoestimulantes

Dextroanfetamina

Metilfenidato

1.3.8.- Como detectar uma depressão

A resposta à pergunta se uma pessoa está ou não deprimida, só um médico especializado pode responder com segurança. As perturbações podem ser muitas, como tal, há um questionário muito usado que tem como objectivo responder inequivocamente às perguntas. Se responder sim a mais que duas, a pessoa pode ter uma depressão.

1. Sente-se desinteressado e aborrecido, contrariamente ao que era habitual em si?

Sim ___ Não ___

2. Sofre de perturbações do sono?

Sim ___ Não ___

3. Tem falta de apetite?

Sim ___ Não ___

4. Ultimamente tem evitado o contacto com amigos e conhecidos, preferindo ficar sozinho?

Sim ___ Não ___

5. Frequentemente, dá por si a cismar ou a autocensurar-se?

Sim ___ Não ___

6. Acha que a sua vida já não tem sentido?

Sim ___ Não ___

7. Sente-se desmotivado logo pela manhã?

Sim ___ Não ___

8. Sofre de queixas físicas inexplicáveis?

Sim ___ Não ___

9. A sua auto-estima está em baixo, e tem a sensação de que já não vale nada?

Sim ___ Não ___

10. Sente dificuldades de concentração?

Sim ___ Não ___

11. Tem a sensação frequente de que há um entrave aos seus pensamentos?

Sim ___ Não ___

Para a maioria dos médicos, é importante subdividir a depressão com base numa causa:

- **Biológica** (depressão endógena, causa interna)
- **Física** (depressão somática, causas orgânicas)
- **Psíquica** (depressão psicogénica, causas psíquicas)

1.3.9.- A frequência das depressões

A depressão é um dos males que com maior frequência os médicos tratam. Considera-se que de 10 a 20 % dos adultos apresentem sintomas depressivos e que de 2 a 5 % da população em geral sofre de depressões que, sob o ponto de vista médico, podem ser claramente diferenciadas como entidade clínica.

Isto significa que muitas pessoas manifestam sintomas depressivos e que outras sofrem verdadeiros transtornos depressivos. O número de indivíduos com sintomas depressivos ou que sofrem verdadeiros transtornos depressivos aumenta espectacularmente.

No entanto, para impedir erros de análise há que ter presente que com certa frequência há nos indivíduos reacções como: sentimentos de infelicidade, desmoralizações ou desânimos, que fazem parte da vida diária, e que, embora indesejáveis, não devem ser rotuladas como doenças. Apenas certos comportamentos, que para já só podem ser descritos clinicamente, mas que com o tempo serão objecto de novas abordagens, devem considerar-se propriamente depressivos.

Ainda, quando o número de pessoas que sofrem desta doença é extremamente elevado mais elevado, por exemplo, no caso da diabetes, admira saber que são muito poucas as pessoas a decidir pedir ajuda médica. Este comportamento explica-se de muitas e diversas maneiras, mas basicamente obedece a duas razões:

- Há casos em que o paciente não reconhece o seu sofrimento e, sem dar conta, permite que o transtorno se oculte sob mal-estares orgânicos, como dores de cabeça, problemas digestivos ou sequências de uma intervenção cirúrgica.
- Há casos em que a pressão sociocultural e a educação recebida levam o indivíduo à conclusão de que «ele, sozinho, deve e pode resolver o problema».

Por estas razões, sabe-se que só 2 % das pessoas que sofrem de depressões vão ao médico de clínica geral e só 0,3 % vão ao psiquiatra.

Também se sabe que, de entre os pacientes que recorrem ao médico de clínica geral por diversos problemas somáticos, entre 10 a 20 % sofrem de transtornos depressivos de carácter grave. Claro que, entre os indivíduos que vão ao psiquiatra a percentagem dos que sofrem deste tipo de transtornos é mais elevada e calcula-se que mais de metade deles sofra de algum transtorno depressivo.

1.3.10.- Transtorno depressivo recorrente

Os transtornos depressivos que se caracterizam pela ocorrência repetida de Episódios Depressivos. Os Episódios Depressivos aparecem periodicamente, por exemplo, cada ano, cada dois anos... Eles podem ser desencadeados por alguma vivência traumática mas, quase sempre, surgem sem uma causa vivencial aparente.

Esse transtorno pode, no entanto, conter breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento do humor e da actividade (hipomania), sucedido a um Episódio Depressivo, que por vezes, pode ser causado por um tratamento com medicamentos antidepressivos.

As formas mais graves do Transtorno Depressivo Recorrente apresentam abundantes pontos comuns com os conceitos da fase depressiva de um transtorno que era chamado, antigamente, de Psicose Maníaco-Depressiva, ou de Melancolia, assim como de Depressão Vital ou Depressão Endógena por outros autores. Assim, repetindo apenas com uma finalidade didáctica, a que chama de Transtorno Depressivo Recorrente Grave é sinónimo de Psicose Maníaco-Depressiva, uma fase depressiva, Melancólica, Depressiva Vital ou Depressiva Endógena.

O primeiro Episódio Depressivo do Transtorno Depressivo Recorrente pode suceder em qualquer idade, da infância à velhice e pode ter um início agudo ou insidioso, e pode durar de algumas semanas a alguns meses. Depois do aparecimento de um segundo Episódio Depressivo, o aparecimento de um terceiro é mais ou menos de 90%, e caracteriza assim o Transtorno Depressivo Recorrente. Abaixo, o esquema ilustra a sucessão de Episódios Depressivos, com ou sem vivências originadoras.

Os riscos de ocorrências de um episódio de euforia (maníaco) não podem ser completamente rejeitados num paciente com um Transtorno Depressivo Recorrente, qualquer que seja o número de Episódios Depressivos apresentados. Entretanto, em caso de ocorrências de algum Episódio Maníaco em portadores de Transtorno Depressivo Recorrente, aprova mudar o diagnóstico para Transtorno Afectivo Bipolar.

1.3.10.1.- Classificação do Transtorno Depressivo Recorrente

- Transtorno depressivo recorrente, episódio actual leve
- Transtorno depressivo recorrente, episódio actual moderado
- Transtorno depressivo recorrente, episódio actual grave sem sintomas psicóticos
- Transtorno depressivo recorrente, episódio actual grave com sintomas psicóticos
- Transtorno depressivo recorrente, actualmente em remissão
- Transtorno depressivos recorrentes sem especificação

A Depressão costuma estar simultaneamente com a maioria dos transtornos emocionais. A depressão aparece como um sintoma de determinada doença, que apenas coexiste junto com outros estados emocionais, outras vezes aparece como causa desses transtornos.

Para entender a depressão "doença", deve-se entender a afectividade e, em seguida os Transtornos Afectivos.

Em muitas outras situações a depressão encontra-se presente, às vezes de forma típica outras vezes de forma dissimulada.

1.3.10.2.- Critérios para o Transtorno Depressivo Recorrente

A. Presença de dois ou mais Episódios Depressivos Maiores

Nota: Para serem considerados episódios desiguais, deve haver um intervalo de pelo menos dois meses consecutivos durante os quais não são satisfeitos os critérios para Episódio Depressivo Maior.

B. Os Episódios Depressivos Maiores não se explicam melhor por Transtorno Esquizoaffectivo nem estão sobrepostos à Esquizofrenia, Transtorno Esquizofrenia, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

C. Jamais houve um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou um Episódio Hipomaníaco.

Nota: Esta rejeição não se aplica a todos os episódios tipo maníaco, tipo misto ou tipo hipomaníaco, são induzidos por substâncias ou tratamentos ou devem-se aos efeitos fisiológicos directos de uma condição médica geral.

Em geral a depressão aparece como um sintoma presente em quase todos os neuróticos, tanto na sua forma típica, com tristeza, com choro, com desinteresse, etc., quanto na sua forma atípica com somatizações, como o pânico, a ansiedade, etc. As neuroses, apesar de apresentarem uma sintomatologia variada e particulares próprias de cada tipo, quase todas apresentam os sintomas depressivos de graus variados. O Transtorno obsessivo-compulsivo, por exemplo, além de apresentar todos os sintomas neuróticos (ansiedade, angústia, depressão, fobias, etc.) destacam-se os pensamentos obsessivos e atitudes compulsivas (de evitação, etc.), fato que justifica sua classificação.

O Transtorno Afectivo (ou Depressivo) da Personalidade era uma classificação mais antiga, hoje é diferente, fazem parte as pessoas portadoras de um traço de personalidade de mais sensibilidade, mais melancólico e depressivo. Esse conceito identifica-se perfeitamente ao que chamamos actualmente de distímia.

Trata-se de uma forma de sentir a realidade com tonalidade afectiva depressiva e melancólica sem que, necessariamente, seja considerada uma doença franca continuada. Portanto, não há severo prejuízo das qualidades de vida social ou ocupacional em graus suficientes para se atribuir um carácter patológico, mas a depressão aparece como uma forte característica existencial dessas pessoas. Hoje, a denominação mais correcta para esta afectividade depressiva solidamente unida à personalidade e sem características limitadoras da vida é o chamado Transtorno Afectivo Persistente do tipo distímia.

1.3.11.- A depressão com ansiedade ou ansiedade com depressão

Na Depressão é também muito frequente uma perda no pensamento, na concentração e na tomada de decisões. Os depressivos podem queixar-se da fraqueza da memória ou mostrarem-se facilmente distraídos.

Embora os livros actuais da classificação das doenças mentais tratem isoladamente os quadros ansiosos dos depressivos, muitos autores têm -se preocupado em criar relações entre esses dois estados psíquicos.

Kendell (1974), ao longo de cinco anos de observação, verificou que o diagnóstico de Depressão passa para Ansiedade em 2% dos casos e, em sentido contrário, da Ansiedade para a Depressão, em 24% dos casos.

É assim que antigos quadros ansiosos costumam evoluir no sentido da Depressão (Roth, 1972 e 1982). Lesse (1982) apoia ainda a ideia da evolução do stress para Ansiedade e, em seguida, para Depressão.

O número de autores que não acreditam na Ansiedade e Depressão como a mesma coisa, é a maioria, entretanto, quase todos reconhecem existir alguma coisa em comum nesses dois fenómenos.

Saber com certeza se a Ansiedade pode ser uma das causas de Depressão ou se, ao contrário, a Ansiedade surge como consequência da Depressão ou, ainda, se uma nova doença independente surge quando a Ansiedade e a Depressão coabitam num mesmo paciente, tem sido uma questão aberta às pesquisas e reflexões.

Strian e Klicpera (1984), há tempos consideraram que Depressão e Ansiedade formavam um quadro comum. Clancy (1978), há mais tempo ainda, constatou que o humor depressivo frequentemente antecedia ao primeiro ataque de pânico.

Existem boas observações do transtorno ansioso a aparecer em pessoas portadoras de carácter predominantemente depressivo na personalidade (Lader, 1975), e alguns até

consideram o paciente ansioso como portador de um tipo de Depressão endógena atípica (Salomon, 1978).

Ansiedade e Depressão também foram analisadas como aspectos diferentes do mesmo transtorno afectivo por Downing e Rikels (1974), entendendo-se os casos de pânico, fobia, obsessões e somatizações como reflexo dos sintomas depressivos que se manifestariam a tipicamente (Gersh e Fowles, 1979).

De fato, a insegurança típica do estado de fobia e ansiedade pode ser melhor entendida à luz de uma auto percepção pessimista e de uma representação intimidada da realidade, ambos de ligação depressiva. Monedero (1973) considera a angústia como um receio de algo que vai acontecer e a ansiedade como um receio actual, caracterizado pela procura e impaciência, levando a um componente de humor congruente depressivo da ansiedade.

Há ainda autores que admitem a depressão como uma complicação frequente dos transtornos ansiosos ou que os sintomas ansiosos são comuns nas doenças depressivas primárias.

Uma terceira posição, há tempos reflectida, é a ansiedade / depressão como transtorno unitário e independente, quer da Ansiedade Generalizada, quer da Depressão Maior (Stavrakaki, 1986). Esta posição unitária, diferente daquela que considera a ansiedade e a depressão como sendo faces da mesma doença. Schatzberg (1983) diz que os pacientes com quadros mistos de Ansiedade e Depressão, exigem terapias diferentes dos grupos de pacientes que apresentam esses quadros isoladamente.

1.3.12.- Distímia

Entende-se por distímia, uma depressão crónica, com sintomas insuficientes e graves para se poder classificar como Episódio Depressivo ou Transtorno Depressivo Recorrente. A característica essencial do Transtorno distímico é um humor cronicamente deprimido que acontece na maior parte do dia, na maioria dos dias e pelo menos durante dois anos. Na distímia as pessoas definem-se como tristes e geralmente são mal-humoradas, amargas, irónicas e implicantes.

Em geral os pacientes com distímia vêm-se a si mesmos como desinteressantes ou incapazes, embora tenham períodos de dias ou de semanas de normalidade afectiva, durante os quais referem estar bem, mas na maioria do tempo queixam-se de fadiga, desânimo, desinteresse, apatia, tendência à tristeza, dificuldades no relacionamento e na adaptação ambiental. Os Transtornos de Ajustamento com características depressivas prolongadas frequentemente estão associadas a este tipo de personalidade.

É comum que este transtorno esteja marcado por uma depressão desproporcional que se apresenta depois de alguma experiência dolorosa, embora essa experiência prévia não seja obrigatória. A distinção entre este transtorno e outros quadros depressivos mais incisivos, como é o caso do Episódio Depressivo ou Transtorno Depressivo Recorrente, não se deve basear apenas no grau da depressão mas, também, na verificação de outras características relacionadas com os comportamentos e as performances sócio ocupacional do paciente.

1.3.12.1.- Critérios da distímia

A. Humor deprimido na maior parte do dia, e na maioria dos dias, indicado por descrição ou observação feita por outros, pelo menos durante dois anos. **Nota:** Em crianças o humor pode ser irritável, e a duração deve ser no mínimo um ano.

B. A presença, durante deprimido, de duas (ou mais) das seguintes características:

(1) Pouco apetite ou hiperfagia (ingestão excessiva de alimentos)

- (2) Insónia ou hipersónia (dormir demasiado)
- (3) Baixa energia ou fadiga.
- (4) Baixa auto-estima
- (5) Fraca concentração ou dificuldade em tomar decisões

C. Durante o período de dois anos (1 ano, para crianças) de perturbações, nunca a pessoa esteve sem os sintomas dos Critérios A e B por mais de dois meses de cada vez.

D. A ausência do Episódio Depressivo Maior durante os primeiros dois anos de perturbações (um ano para crianças); ou seja, a perturbação não é melhor explicada por um Transtorno Depressivo Maior crónico ou Transtorno Depressivo Maior, Em Remissão Parcial.

Nota: Pode ter ocorrido um Episódio Depressivo Maior anterior, desde que tenha havido remissão completa (ausência de sinais ou sintomas significativos por dois meses) antes do desenvolvimento do Transtorno Distímico. Além disso, depois dos dois anos iniciais (um ano para crianças) de Transtorno Distímico, pode haver episódios sobrepostos de Transtorno Depressivo Maior e, neste caso, ambos os diagnósticos podem ser dados quando são satisfeitos os critérios para um Episódio Depressivo Maior.

E. Nunca houve um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou um Episódio Hipo maníaco e nunca foram satisfeitos os critérios para o Transtorno Ciclotímico (euforia).

F. A perturbação não acontece unicamente durante o tempo de um Transtorno Psicótico crónico, como a Esquizofrenia ou o Transtorno Delirante.

G. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (por ex., drogas, medicamentos) ou de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo).

H. Os sintomas causam um sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificar:

- Início Precoce: se o início aconteceu antes dos 21 anos.
- Início Tardio: se o início ocorreu aos 21 anos ou mais, com características atípicas.

Para os distímicos os fatos da vida são compreendidos com muita amargura e são mais difíceis de suportar, de forma que as vivências desagradáveis são ruminadas por muito tempo e revividas com intensidade, sofrimento e emoção. Já as vivências mais agradáveis passam quase despercebidas, fugazes e esquecidas com rapidez.

Na distímia as sensações de doenças graves ou de enfermidades mortais dificilmente são mudáveis pela alegação médica mas, por outro lado, as opiniões leigas depreciativas são muito valorizadas. Ao serem medicados, os pacientes, normalmente "preferem" perceber os efeitos colaterais dos medicamentos aos efeitos terapêuticos pretendidos.

O dano no funcionamento social e profissional é a razão que normalmente leva o paciente a procurar ajuda: há desinteresse, perda de iniciativa, menos capacidade de concentração, perda da libido, memória danificada, fadiga, cansaço constante, vulnerabilidade a outras doenças, diminuição da auto-estima, inibição psíquica generalizada, perda da capacidade de sentir prazer pelas coisas da vida, insegurança, pessimismo, reserva social, tendência ao isolamento, choro fácil, insónias, ansiedade e angústia.

Em crianças, nas quais, como sempre, os fenómenos depressivos apresentam-se de forma atípica, o Transtorno Distímico pode estar associado com o Transtorno de Deficit de Atenção por Hiperactividade (antiga Hiperactividade), Transtornos de Ansiedade e Transtornos de Aprendizagem. A distímia infantil acarreta uma responsabilidade no desempenho escolar e na interacção social. Em crianças, na prática clínica, muitas vezes encontramos apenas Hiperactividade, baixo rendimento escolar e rebeldia como sinais da distímia.

Geralmente, as crianças com Transtorno Distímico, mostram-se irritáveis, rabugentas, pessimistas, deprimidas, com diminuição da auto-estima e fraco desempenho social. O Transtorno Distímico é mais comum entre os parentes biológicos em primeiro grau de pessoas com Transtorno Depressivo Maior (ou Transtorno Depressivo Recorrente) do que na população geral.

O Transtorno Distímico tem um trajecto crónico, insidioso e precoce, iniciando-se geralmente na infância, adolescência ou no início da idade adulta. As pessoas com Transtorno Distímico em geral têm uma probabilidade maior para desenvolver um Transtorno Depressivo Maior sobreposto à distímia.

1.3.13.- Causas da depressão

Não se conhecem, ainda, completamente as causas que levam à depressão. Existe um certo número de condições que podem predispor um indivíduo a sofrer de depressão mais do que outro, como a disposição familiar, os efeitos secundários de alguns tratamentos, uma personalidade introvertida e acontecimentos emocionalmente desagradáveis, particularmente os que implicam uma perda. A depressão pode também surgir ou piorar sem que haja qualquer acontecimento vital stressante.

As mulheres são mais propensas do que os homens a sofrer de depressão, embora as razões não estejam completamente claras. Os estudos psicológicos demonstram que as mulheres tendem a responder à adversidade fechando-se em si próprias e auto culpando-se. Pelo contrário, os homens tendem a negar a adversidade e a dedicar-se em pleno a diversas actividades. Quanto aos factores biológicos, os mais responsáveis são os hormonais. As alterações nos valores hormonais, que podem provocar mudanças de humor exactamente antes da menstruação (tensão pré-menstrual) e depois do parto (depressão pós-parto), podem ter alguma influência nas mulheres. Naquelas que já sofreram depressões, podem ocorrer mudanças hormonais semelhantes depois do uso de anticoncepcionais orais. A função tiróidea anormal, que é bastante frequente nas mulheres, pode constituir um outro factor importante.

A depressão após uma experiência traumática, como a morte de um ente querido, chama-se depressão reactiva. Algumas pessoas podem estar deprimidas temporariamente como reacção a certos períodos de férias (férias tristes) ou aniversários com um certo significado, como o aniversário da morte de um ente querido. A depressão sem precipitantes aparentes chama-se depressão endógena. Estas distinções, no entanto, não são muito importantes, dado que os efeitos e o tratamento das depressões são semelhantes.

A depressão pode também aparecer simultaneamente com algumas doenças físicas. As perturbações físicas podem causar uma depressão directamente (como quando uma doença tiróidea afecta os valores hormonais, o que pode induzir à depressão) ou indirectamente

(como quando a artrite reumatóide causa dor e incapacidade, o que pode, também, conduzir à depressão). Muitas vezes, a depressão em consequência de uma perturbação física tem causas directas e indirectas. Por exemplo, a SIDA pode, directamente, causar depressão se o vírus da imunodeficiência humana que a provoca, danificar o cérebro; a SIDA pode causar depressão de forma indirecta quando tem um choque negativo na vida da pessoa.

Vários fármacos, sobretudo os utilizados para tratar a hipertensão arterial, podem causar uma depressão. Por razões desconhecidas, os corticosteróides causam muitas vezes depressão quando são produzidos em grandes quantidades no contexto de uma doença, mas tendem a causar euforia quando se administram como tratamento.

Existe um número de situações em psiquiatria que podem predispor para a depressão, como certas perturbações por ansiedade, alcoolismo, dependência de outras substâncias, esquizofrenia e a fase precoce da demência.

De acordo com alguns dados estatísticos, a depressão é muito mais frequente nos gémeos e nos filhos de pessoas deprimidas do que no resto da população, o que leva a crer que existe uma certa predisposição genética, transmitida de forma hereditária, para ser afectado pela doença. Dado que as alterações genéticas responsáveis por esta predisposição, infelizmente, ainda não foram identificadas, actualmente não é ainda possível detectá-las.

Uma outra causa predisponente, provocada por alterações genéticas anteriormente mencionadas, corresponde à diminuição da quantidade e, conseqüentemente, da actividade de uma série de neurotransmissores ou mediadores químicos responsáveis pela transmissão dos impulsos nervosos. De fato, constatou-se que a diminuição da concentração e da actividade da dopamina, serotonina e noradrenalina em determinadas áreas do sistema nervoso central tem um efeito depressivo no estado anímico.

A personalidade depressiva, provocada por causas genéticas e neurológicas e pela influência do ambiente familiar e social durante os primeiros anos de vida, constitui um antecedente muito comum da depressão. Os indivíduos com uma personalidade depressiva caracterizam-se por uma grande obsessão com as suas responsabilidades e com a ordem nas suas amizades, no trabalho e nos seus relacionamentos; no entanto, como esta exigência é tão

exagerada, acabam por achar, na maioria dos casos, que não conseguem satisfazê-la, sentem-se frustrados e com um sentimento de culpa, o que os leva facilmente a situações de stress.

Uma outra causa muito importante é a influência do ambiente sociocultural numa época como a nossa, na qual são exaltados valores, nomeadamente ao nível do sucesso económico, afectivo e social, cuja concretização é muito difícil e pode gerar uma constante tensão.

Por outro lado, as causas das condições precipitantes permite uma descida temporária, embora brusca e exagerada, da quantidade ou da actividade dos neurotransmissores, o que vai favorecer o desenvolvimento de uma depressão. Estas causas podem ser do tipo orgânico, como em casos de um esgotamento físico, ou de alguns problemas endócrinos, como o hipotireoidismo, ou o alcoolismo. De qualquer forma, na maioria dos casos, são do tipo psicológico, por vezes relacionados com situações que provocam uma grande tristeza: após a perda de um ente querido ou a perda do emprego, por exemplo. Por outro lado, em alguns casos, estes traumas psicológicos são provocados por circunstâncias que não deveriam ser interpretadas como negativas - por exemplo, após uma mudança de casa ou de país - ou por outras que poderiam ser consideradas positivas - como o caso da reforma ou uma iminente promoção profissional.

1.3.14.- Sintomas da depressão

Os sintomas desenvolvem-se, habitualmente, de uma forma gradual ao longo de dias ou de semanas. Um indivíduo que está a entrar numa depressão pode aparecer lenta e triste ou irritável e ansiosa. Uma pessoa que tende a concentrar-se em si mesma, a falar pouco, a deixar de comer e a dormir pouco está a sofrer uma depressão vegetativa. Quando está muito inquieta, a retorcer as mãos e a falar continuamente está a experimentar o que se conhece como depressão agitada.

Muitas pessoas com depressão não conseguem exprimir normalmente as suas emoções (como a aflição, a alegria e o prazer); em casos extremos, o mundo aparece diante delas como descolorido, sem vida e morto. O pensamento, a comunicação e outras actividades podem tornar-se mais lentas, até acabarem todas as actividades voluntárias. As pessoas deprimidas podem estar preocupadas com pensamentos profundos de culpa e ideias auto-ofensivas e podem não ser capazes de se concentrarem adequadamente. Estas estão muitas vezes indecisas e fechadas em si próprias, têm uma sensação progressiva de desamparo e falta de esperança o que as leva a pensar na morte e no suicídio.

Geralmente, os depressivos têm dificuldade em conciliar o sono e acordam repetidamente, sobretudo cedo, pela manhã. É habitual a perda de desejo sexual ou do prazer em geral. A alimentação escassa e a perda de peso conduzem, por vezes, à emaciação (emagrecimento extremo), e nas mulheres a menstruação pode ser interrompida. No entanto, o excesso alimentar e o aumento de peso são frequentes nas depressões ligeiras.

Cerca de 20 % dos depressivos, os sintomas são ligeiros, mas a doença pode durar anos e muitas vezes décadas. Esta variante distímica da depressão começa, frequentemente, cedo e está associada a alterações características da personalidade. As pessoas nesta situação são melancólicas, pessimistas, não têm sentido de humor ou são incapazes de se divertir, são passivas e apáticas, introvertidas, cépticas, hiper-críticas ou com queixas constantes, autocríticas e cheias de auto-repreensões. Preocupam-se com a falta de adaptação, o fracasso e os acontecimentos negativos ao ponto de chegarem ao gozo mórbido dos seus próprios fracassos.

Algumas pessoas depressivas queixam-se de ter uma doença orgânica, com diferentes queixas e dores, ou um receio de sofrerem desgraças ou de ficarem loucas. Outras pensam que têm doenças incuráveis ou indignas, como o cancro, as doenças de transmissão sexual ou a SIDA.

Cerca de 15 % das pessoas deprimidas, mais comumente aquelas com uma depressão grave, têm delírios (crenças falsas) ou alucinações, e pensam que vêem e ouvem coisas que não existem. Acreditam que cometeram pecados imperdoáveis ou crimes e podem ouvir vozes que os acusam de vários delitos ou que os condenam à morte. Em casos raros, imaginam que vêem caixões ou familiares falecidos. Os sentimentos de insegurança e de fraca auto-estima podem conduzir as pessoas intensamente deprimidas a acreditar que são observadas e perseguidas. Estas depressões com delírios denominam-se depressões psicóticas.

Os pensamentos de morte estão entre os sintomas mais graves de uma depressão. Muitos deprimidos querem morrer ou sentem que a sua auto-estima é tão escassa que deveria morrer. Cerca de 15 % das pessoas com uma depressão grave têm uma conduta suicida. Uma ideia de suicídio representa uma situação de emergência e qualquer pessoa nessas condições deve ser hospitalizada e mantida sob vigilância até que o tratamento reduza o risco de suicídio.

Os sinais e sintomas afectam várias áreas da actividade do sistema nervoso: o relacionamento, o pensamento e o comportamento.

A perturbação mais significativa do relacionamento é o sentimento de tristeza exageradamente profundo e duradouro, denominado tristeza patológica. Esta tristeza pode manifestar-se progressivamente, sem causa aparente, como sucede em casos de depressão endógena, sendo mais intensa de manhã ou, então, após um trauma psicológico, o que a torna mais grave e prolongada do que o normal.

A depressão também costuma afectar bastante o comportamento. Outras características da depressão são a lentidão psicomotora, apatia, perda de interesse pelo meio envolvente e pela interacção com os outros (o que conduz ao isolamento) e a incapacidade de sentir prazer em actividades anteriormente consideradas agradáveis. Noutros casos, denominados depressão ansiosa, os sintomas predominantes são a ansiedade, o receio do desconhecido e a

inquietação permanente. Para além disso, alguns doentes deprimidos, influenciados pelas suas ideias negativas e pelos seus temores, desenvolvem comportamentos agressivos que podem conduzir a tentativas ou à consumação do suicídio.

1.3.14.1.-Tratamento

O tratamento consiste essencialmente na administração de medicamentos específicos com efeitos antidepressivos e na psicoterapia que deve ser adaptada às necessidades específicas de cada paciente. É fundamental que o paciente respeite as indicações do médico, pois qualquer alteração no tipo de medicamento escolhido, nas suas doses ou no tempo de administração pode diminuir drasticamente a eficácia do tratamento. Para além disso, como os efeitos destes medicamentos apenas se evidenciam ao fim de duas a quatro semanas, do início do tratamento, durante este período de tempo deve-se proceder, com alguma frequência, à administração de tranquilizantes.

1.3.15.- Sintomas corporais

A depressão costuma originar sinais e sintomas somáticos que os pacientes interpretam de forma especialmente negativa e obsessiva. Normalmente, estes sinais e sintomas corporais são acompanhados por tristeza e por outras manifestações da doença. Na denominada "depressão disfarçada" constituem a única expressão da doença. Entre os sinais e sintomas somáticos mais frequentes da depressão, destacam-se os problemas digestivos, como a má disposição após as refeições, dores abdominais, obstipação e diarreia; problemas do sono, nomeadamente a insónia caracterizada pela tendência de acordar algumas horas antes do normal; problemas sexuais, como a perda do desejo sexual, dificuldade na erecção e na ejaculação; problemas respiratórios, como a sensação de falta de ar e a dificuldade em respirar; problemas cardiovasculares, como a hipertensão arterial e as palpitações; dores de cabeça e tonturas. Para além disso, como os doentes deprimidos não costumam saber ou não costumam aceitar que existe uma relação directa entre a depressão e estes sinais e sintomas corporais, esta situação provoca um aumento das suas ideias fixas pessimistas. No entanto, estes sinais e sintomas apenas constituem uma das muitas manifestações da depressão e, como não são provocados por lesões orgânicas específicas, costumam baixar de intensidade durante as fases em que a depressão é menos grave, desaparecendo quando se consegue ultrapassar a depressão.

1.3.16.- Diagnóstico da depressão

Um médico, geralmente, é capaz de diagnosticar uma depressão a partir de sintomas e de sinais. Uma história anterior de depressão ou uma história familiar de depressão ajudam a confirmar o diagnóstico.

Por vezes, utilizam questionários estandardizados para ajudar a medição do grau da depressão. Dois questionários deste tipo são a escala de percentagem da depressão de Hamilton, que se efectua de modo verbal por um entrevistador, e o inventário da depressão de Beck, que consiste num questionário que o paciente deve preencher.

Os exames laboratoriais, geralmente análises ao sangue, podem ajudar o médico a determinar as causas de algumas depressões. Isto é particularmente útil nas mulheres, nas quais as causas hormonais podem contribuir para uma depressão.

Nos casos difíceis de diagnosticar, os médicos podem realizar outros exames para confirmar o diagnóstico de depressão. Por exemplo, dado que os problemas do sono são um sinal proeminente de depressão, os médicos especializados no diagnóstico e no tratamento das perturbações de humor podem fazer um electroencefalograma (registo gráfico dos ritmos eléctricos cerebrais) durante o sono para medir o tempo que a pessoa demora a atingir a fase do movimento rápido dos olhos (período em que ocorrem os sonhos). Vulgarmente demora-se 90 minutos. Numa pessoa depressiva costuma atingir-se em menos de 70 minutos.

1.3.16.1.- Prognóstico e tratamento

Uma depressão sem tratamento pode durar seis meses ou mais. Embora possam persistir leves sintomas em algumas pessoas, o funcionamento tende a voltar à normalidade. Em qualquer caso, os depressivos sofrem geralmente de episódios repetidos de depressão, numa média de quatro a cinco vezes ao longo da vida.

Hoje em dia, a depressão trata-se sem necessidade de hospitalização. No entanto, por vezes, deve-se ser hospitalizada, especialmente, quando se tem ideias de suicídio ou se já o tentou, se está demasiado débil pela perda de peso ou se tem riscos de problemas cardíacos pela agitação intensa.

Actualmente, o tratamento farmacológico é o agente mais importante no tratamento da depressão. Outros tratamentos incluem a psicoterapia e a terapia electroconvulsivante. Algumas vezes, usa-se a combinação destas terapias.

1.3.16.2.-Tratamento farmacológico

São vários os tipos de medicamentos antidepressivos que estão disponíveis: os tricíclicos, os inibidores da recaptção selectiva da serotonina, os inibidores da monoaminoxidase e os psicoestimulantes, mas devem ser tomados de uma forma regular durante pelo menos várias semanas antes de começarem a fazer qualquer efeito. As possibilidades de um antidepressivo específico ter êxito no tratamento são de 65 %.

Os efeitos secundários variam conforme o tipo de fármaco. Os antidepressivos tricíclicos causam, frequentemente, sedação e determinam um aumento de peso. Podem também produzir um aumento do ritmo cardíaco, uma baixa da pressão arterial quando se levanta, visão nublada, secura da boca, confusão, obstipação, dificuldade em começar a urinar e ejaculação retardada. Estes efeitos chamam-se anticolinérgicos e, geralmente, são mais pronunciados nas pessoas de idade avançadas.

A venlafaxina pode aumentar levemente a pressão arterial; a trazodone tem sido associada à erecção dolorosa; a maprotilina e o bupropion, tomados em doses rapidamente aumentadas, podem provocar convulsões. No entanto, o bupropion não causa sedação, não afecta a função sexual e muitas vezes é útil em doentes com depressão e pensamento lento.

Os inibidores selectivos da recaptção de serotonina representam um grande avanço no tratamento da depressão, pois têm menos efeitos secundários do que outros antidepressivos. São também geralmente bastante seguros nas pessoas em que a depressão coexiste com uma doença orgânica. Embora possam produzir náuseas, diarreia e dor de cabeça, estes efeitos secundários são ligeiros e desaparecem com o uso. Os inibidores selectivos da recaptção de serotonina são particularmente úteis no tratamento da distimia, que requer um tratamento

farmacológico de longa duração. Mais ainda, os ISRS são bastante eficazes nos obsessivos-compulsivos, na perturbação por pânico, na fobia social e na bulimia (alteração do apetite), que muitas vezes coabitam com a depressão. A principal desvantagem consiste em causarem frequentemente disfunção sexual.

Os inibidores da monoaminoxidase representam outra classe de medicamentos antidepressivos. Quem consome deve ter restrições dietéticas e seguir precauções especiais. Por exemplo, não devem tomar alimentos ou bebidas que contenham tiramina, como a cerveja de barril, os vinhos tintos (e também o xerez), os licores, os alimentos demasiado maduros, o salame, os queijos curados, as favas, os extractos de levedura e o molho de soja. Devem, também, evitar fármacos como a fenilpropanolamina e o dextrometorfano, que se encontram em muito antitússicos habituais, porque provocam a libertação de adrenalina e podem produzir uma subida importante da pressão arterial. Alguns outros fármacos devem também ser evitados pelas pessoas que tomam este medicamento, como os antidepressivos tricíclicos, os inibidores selectivos da recaptção de serotonina e a meperidina (um analgésico).

Indica-se habitualmente que tenham sempre consigo um antídoto, como a clorpromazina ou a nifedipina. Se houver uma dor de cabeça intensa e latejante, deve-se tomar o antídoto e dirigir-se rapidamente a um serviço de urgência. Devido às restrições difíceis na dieta e nas precauções necessárias e raramente são receitados, excepto nas pessoas depressivas que não melhoraram com os outros fármacos.

Os **estimulantes**, como o metilfenidato, reservam-se geralmente às pessoas depressivas que estão fechadas em si próprias, lentas e cansadas, ou que não melhoraram depois de ter usado todos os outros tipos de antidepressivos. As possibilidades do seu abuso são muito elevadas. Como os estimulantes tendem a fazer efeito rapidamente (num dia) e facilitam a deambulação, por vezes receitam-se a pessoas deprimidas de idade avançada, convalescentes de uma cirurgia ou de uma doença que as manteve prostradas.

1.3.16.3.- Psicoterapia

A psicoterapia usada conjuntamente com os antidepressivos pode favorecer muito os resultados do tratamento farmacológico. A psicoterapia individual ou em grupo pode ajudar a pessoa a readquirir, de modo gradual, responsabilidades antigas e a adaptar-se às pressões

habituais da vida e acrescentar uma melhoria obtida pelo tratamento farmacológico. Com a psicoterapia interpessoal (humanista), a pessoa recebe uma orientação para se adaptar aos diferentes papéis da vida. A terapia cognitiva pode ajudar a alterar a falta de esperança e os seus pensamentos negativos. A psicoterapia isolada pode ser tão eficaz como a terapia farmacológica no caso das depressões ligeiras.

1.3.16.4.- Terapia electroconvulsivante

A terapia electroconvulsivante usa-se no tratamento da depressão grave, particularmente quando a pessoa sofre de psicose, ameaça suicidar-se ou se nega a comer. Este tipo de terapia é geralmente muito segura e pode aliviar a depressão rapidamente, ao contrário do resto dos antidepressivos, que podem demorar várias semanas a produzir efeito. A velocidade com que a terapia electroconvulsivante actua pode salvar vidas.

Na terapia electroconvulsivante, colocam-se eléctrodos na cabeça e aplica-se uma corrente eléctrica para induzir uma convulsão no cérebro. Por razões desconhecidas, a convulsão alivia a depressão. Administram-se, geralmente, cinco a sete sessões, em dias alternados. Como a corrente eléctrica pode causar contracções musculares e dor, a pessoa recebe anestesia geral durante a sessão. A terapia electroconvulsivante pode causar uma perda temporária de memória (raramente de forma permanente).

Capítulo IV – A depressão no recém-nascido

1.4.- O desenvolvimento intelectual e comportamental do bebé

O desenvolvimento do comportamento e do intelecto varia muito de uma criança para outra. Alguns bebés desenvolvem-se mais rapidamente que outros, embora dentro de uma família possa haver características típicas, como caminhar ou falar mais tarde do que o habitual. Condições ambientais, como falta de estímulo, ou físicos, como a surdez, podem atrasar o desenvolvimento normal. Embora o desenvolvimento de uma criança seja contínuo, podem existir pausas temporárias numa função em particular, como na capacidade de falar.

Inicialmente, o recém-nascido dorme quase o tempo todo. O bebé pode comer, tossir quando as vias respiratórias estão obstruídas e responder com choro a qualquer mal-estar. Com seis semanas, o bebé olha para os objectos que se movem directamente diante dele e começa a sorrir quando lhe falamos. A cabeça continua a cambalear quando se mantém sentado.

Aos três meses, o bebé sorri ao ouvir a voz da mãe, emite sons que parecem o começo da fala e segue com os olhos qualquer objecto que se mova. Mantém o equilíbrio da cabeça quando o amparam sentado e começa a agarrar nos objectos que lhe colocam nas mãos. Aos seis meses, senta-se com apoio e gira sobre si mesmo. A maioria dos bebés consegue pôr-se em pé mas com um apoio e são capazes de passar um objecto de uma mão para a outra. O bebé balbucia aos brinquedos.

Aos nove meses, senta-se bem e gatinha, põe-se de pé sozinho e diz «mae» e «pai» indistintamente. Aos doze meses, o bebé costuma ser capaz de andar agarrando à mão de alguém e pode dizer várias palavras.

1.4.1.-Etapas do desenvolvimento

1 Mês

- Leva as mãos aos olhos e à boca.
- Mexe a cabeça de um lado para o outro quando está de barriga para baixo.
- Segue um objecto que se move em arco aproximadamente a 15 cm da cara até à linha média (em frente).
- Responde a um ruído de qualquer forma, como por exemplo assusta-se, chora ou fica quieto e calado.
- Pode voltar-se ao ouvir sons e vozes familiares.
- Fixa uma cara.

3 Meses

- Levanta a cabeça a 45° (inclusive a 90°) quando está de barriga para baixo.
- Abre e fecha as mãos.
- Empurra os pés para baixo quando é colocado numa superfície plana.
- Balança-se em frente aos brinquedos que se movem e toca-lhes.
- Segue um objecto que se move num arco sobre a sua cara de um lado para outro.
- Observa as caras intensamente.
- Sorri ao ouvir a voz da mãe.
- Começa a emitir sons parecidos com a fala.

5 Meses

- Segura a cabeça sem balançar quando está em posição levantada.
- Volta-se, normalmente quando está deitado de barriga para baixo, para se virar para cima.
- Estica-se para apanhar objectos.
- Reconhece as pessoas à distância.
- Escuta atentamente as vozes humanas.
- Sorri espontaneamente.
- Grita de prazer.

7 Meses

- Senta-se sem apoio.
- Aguenta-se nas pernas quando o seguram em pé.
- Passa objectos de uma mão para a mão.
- Procura os objectos caídos.
- Responde ao seu nome.
- Responde quando lhe dizem «não».
- Balbucia, combina vogais e consoantes.
- Mexe-se com excitação antes de começar a brincar.
- Brinca a esconder-se e a aparecer de súbito.

9 Meses

- Esforça-se para apanhar um brinquedo que está fora do seu alcance.
- Contesta quando lhe tiram os brinquedos.
- Gatinha e arrasta-se sobre as mãos e os joelhos.
- Tenta pôr-se de pé.
- Mantém-se em pé agarrado a alguém ou a alguma coisa.
- Diz «mãe» ou «pai» indiscriminadamente.

12 Meses

- Senta-se sozinho mesmo que esteja deitado de barriga para baixo.
- Caminha agarrado aos móveis; pode dar um ou dois passos sem apoio.
- Mantém-se de pé durante alguns momentos.
- Diz «pai» e «mãe» às pessoas indicadas.
- Bebe pelo copo.
- Aplauda e diz adeus com a mão.

1.4.2.- Mãe/filho

Depressão gestacional e depressão pós-parto são agora designadas como depressão perinatal (o período compreendido entre a 28.^a semana de gestação e o 7.º dia de vida do recém-nascido).

Os sintomas são similares aos da depressão em outras fases da vida (tristeza, distúrbio do sono, falta de apetite, falta de concentração, irritabilidade), adicionados de culpa pela incapacidade de cuidar adequadamente do recém-nascido.

A prevalência da depressão neste período é similar ao das mulheres não gestantes (12-13%) A incidência tende a ser maior em países em desenvolvimento.

Na Índia, a depressão ocorreu em 59 mães (23%) entre a sexta e a oitava semanas após o parto. A doença ligou-se a pobreza, a relação marital problemática e o sexo do recém-nascido (especialmente após nascimento de meninas).

A maioria dos episódios resolvem-se espontaneamente, mas um quarto das mães deprimidas fica com sintomas durante um ano, o que pode comprometer ligação mãe/filho, no desenvolvimento cognitivo e emocional do recém-nascido, na amamentação e noutros cuidados exigidos pela criança, especialmente em famílias com privações sócio económicas. A depressão também parece associar-se a diferenças no comportamento neonatal (relativo às primeiras quatro semanas após o nascimento de uma criança) e à prematuridade.

Em mulheres cuja depressão ultrapassa os seis meses posteriores ao parto, a interacção positiva com o filho fica mais prejudicada do que naquelas em que acabou antes desse tempo. Este é uma causa importante a ser considerada na tomada de decisão de intervir em tais condições.

A gestação favorece a recaída de depressão maior.

Nas mulheres que suspenderam o tratamento com antidepressivos ao iniciar a gravidez têm mais probabilidades de ter uma depressão antes do parto. O tratamento da depressão perinatal tem implicações para a mãe e para o desenvolvimento do recém-nascido, especialmente quando sob amamentação natural isto inclui medidas não medicamentosas (psicoterapia, terapia cognitivo comportamental, aconselhamento, exercício físico, terapia com luz) e medicamentosas.

- O que fazer com uma mulher que se torna deprimida e requer tratamento durante a gestação ou por meses após o parto?

- Quais são as consequências de curto e longo prazo nas crianças expostas à doença materna ou ao tratamento farmacológico?
- Quais são as consequências de curto e longo prazo para o lactente de uma mãe que precisa de tratamento antidepressivo?

Os dados para fundamentar as respostas são insuficientes, devido a aspectos práticos e éticos que dificultam estudos de intervenção. Por isso, é necessário apoiar-se em estudos baseados na observação de casos e no controle, que fornecem informações.

Tanto a depressão materna quanto a exposição pré-natal a determinados medicamentos altera a saúde neonatal. Distinguir os efeitos de cada influência, permanece um desafio.

A decisão de tratar a mãe deve levar em conta a intensidade da doença, a história prévia de depressão e as preferências da paciente. Em casos leves, tratamentos não farmacológicos devem ser considerados primeiramente. Em depressões mais graves, a gestante deve receber antidepressivos isolados ou em combinação com medidas não farmacológicas.

Em estudos de observação, os riscos relativos são consistentes e maiores quando a exposição a determinados medicamentos se dá mais tardiamente na gestação.

Mesmo em estudos que detectaram malformações associadas ao uso de antidepressivos no início da gravidez, o risco absoluto foi pequeno.

Além de malformações potenciais, alguns medicamentos podem induzir hipertensão pulmonar primária no recém-nascido, prematuridade, baixo peso ao nascer, maior necessidade de atendimento em unidades de cuidados especiais e síndrome de abstinência, manifestada por agitação, sucção ou convulsões.

O seu uso durante a amamentação não trouxe aumento de risco ao lactente, embora a fluoxetina e a citalopram ocasionassem um aumento de mais de 10% nos níveis dos lactentes em relação às concentrações médias maternas.

A paroxetina (mais de 25 mg/dia) prescrita no primeiro trimestre da gestação é o antidepressivo mais consistentemente associado a malformações congénitas, especialmente cardíacas.

1.4.3.- A depressão no bebé

A depressão na primeira infância está relacionada com frustrações precoces e graves ocorridas no meio familiar e provocadas por roturas qualitativas no investimento maternal, lutos, descompensações depressivas das mães, descontinuidade dos cuidados ou separações reais da mãe.

Antes dos 6 meses não podemos falar propriamente de depressão, mas de respostas depressivas.

A depressão anaclítica, que se desenvolve a partir do 2.º semestre, é o quadro mais precoce e mais grave da depressão no bebé pela rotura da relação com o objecto maternal.

A depressão nos bebés não é frequentemente um quadro clínico transitório (Kovacks, 1997) e poderá traduzir-se mais tarde por uma excessiva dependência de gratificação narcísica exterior e perda da auto-estima, resultante da necessidade insatisfeita de afecto.

O diagnóstico de depressão infantil é normalmente feito a partir de critérios de comportamento, tais como: atonia afectiva, inércia motora, pobreza interactiva/retirada, desorganização psicossomática (Kazdin, 1990).

A importância da depressão infantil é avaliada em função da sua duração e das falhas funcionais que a acompanham. Muitas vezes encontramos sintomas associados, como perturbações do comportamento, défices de atenção e hiperactividade ou mesmo retirada de tipo autista, que mascaram a depressão.

Em quase todos os casos estudados, sobressaíram elementos comuns na observação da criança: falta de vivacidade na expressão dos afectos, falta de apetência para exercer as suas competências relacionais e cognitivas, baixa de interesse pelo exterior, associadas a irritabilidade fácil. Uma certa lentidão motora e a tendência para jogos repetitivos transmitiam um carácter monótono às actividades e modalidades interactivas.

A observação da interacção mãe/criança mostra poucas iniciativas da parte da criança e da mãe e a utilização de modalidades interactivas pouco variadas.

As perturbações do comportamento (birras e agressividade) são as mais frequentemente referidas aparecendo em muitos casos.

A multiplicidade de sintomas presentes e a sua persistência em contextos relacionais diferentes, mostra que se está perante uma perturbação do afecto que interfere com o

comportamento social destas crianças e com toda a sua vida relacional e cognitiva. O tipo de sintomas associados depende da intensidade da perturbação, da sua duração, das causas etiológicas e da idade da criança.

O sofrimento psíquico do bebé é poucas vezes reconhecido como tal e conseqüentemente não é admitida a necessidade de intervenção especializada.

Talvez seja esta uma das razões da idade tardia do pedido de consulta, que aparece quando os sintomas são mais excessivos e interferem com o seu comportamento social.

Quando se analisa as condições referentes à parentalidade e à qualidade dos cuidados, verificamos que em poucos casos não há perturbações significativas do meio. Em outros casos, a história familiar pode revelar múltiplos problemas, que se sucedem ao longo do tempo, alguns através de gerações, provocando uma perturbação familiar de carácter crónico.

A depressão pode ter um início mais precoce, aparecendo associada a acontecimentos que vieram modificar o meio, quebrando as relações anteriormente estáveis. Essa perturbação do meio, por exemplo, a entrada para a creche ou situações de conflito no casal

O quadro depressivo também pode aparecer associado a uma carência crónica dos cuidados e as crianças são referenciadas mais tarde. Os sintomas têm quase sempre um início insidioso, tomando diversas formas ligadas à fase do desenvolvimento (birras, atraso de linguagem, etc.), há uma insuficiência crónica na parte afectiva, sem haver contudo situações de rotura.

Existe, por vezes, uma negligência psicológica persistente e às vezes física, geralmente intermitente, mas com carácter crónico. O investimento afectivo é flutuante e existem mudanças frequentes de prestadores de cuidados. Esta situação afecta o sentimento de segurança e não permite uma vinculação estável.

Na falta de afectividade e relacional crónico, os bebés sofrem talvez não tanto daquilo a que se chama depressão, no sentido de depressão anaclítica de Spitz (1946), mas de uma falha global do desenvolvimento do Eu, com repercussões na organização global da sua personalidade, tendo em conta as alterações já existentes, na organização do pensamento e da capacidade simbólica da personalidade depressiva, e a personalidade destas crianças organiza-se num contexto de perdas frequentes e cumulativas.

Alguns autores apresentam uma revisão crítica do conceito de depressão na primeira infância com referência à sintomatologia, etiopatogenia (estudo das causas das doenças e dos mecanismos patogénicos que actuam sobre o organismo) e prognóstico.

1.4.4.- Situações clínicas maternas

Para prestar um maior cuidado ao recém-nascido, o pediatra deve ser informado, antes do parto, das seguintes situações clínicas maternas:

Diabetes materna: aumento de mortalidade, asfixia, anomalias congénitas, macrosomia (gigantismo), risco de traumatismos, prematuridade, Síndrome do Desconforto Respiratório tipo I e II, hipoglicemia (diminuição da taxa normal de açúcar no sangue), hiperbilirrubunemia (taxa de bilirrubina no sangue aumentada), hipocalcemia (diminuição da concentração normal de cálcio no sangue), hipomagnesemia (concentração abaixo do normal de magnésio sanguíneo, que pode provocar convulsões), policitemia (aumento anormal do número de glóbulos vermelhos no sangue circulante), infecções e trombose da veia renal.

Mãe fumante: sofrimento fetal, prematuridade, atraso do crescimento intra-uterino.

Mãe usuária de droga: irritabilidade do Sistema Nervoso Central, distúrbios gastrointestinais, Síndrome do Desconforto Respiratório, infecções.

Hipertensão materna: RN com retardo de crescimento intra-uterino com ou sem hipoglicemia e/ou hipocalcemia, sofrimento fetal, asfixia, hipotensão fetal, aspiração meconial, hipermagnesemia secundária, neutropenia (diminuição anormal do número de leucócitos neutrófilos no sangue circulante) e/ou trombocitopenia.

Hipotireoidismo materno: prematuridade e cretinismo (alteração congénita caracterizada por paragem de desenvolvimento físico e mental).

Rotura prematura de membranas: pneumonia intra-útero, onfalites (inflamação do umbigo), infecção do trato urinário (ITU), sepsia, meningite.

Infecção materna: prematuridade, sepsia, meningite, pneumonias.

Polidrâmnio: fistula traqueoesofágica, obstrução intestinal, anencefalia (ausência de cérebro), extrofia de bexiga (malformação congênita em que a bexiga está aberta para o exterior da parede abdominal), hérnia diafragmática, eritroblastose fetal (doença hemolítica do recém-nascido que sucede quando a mãe é Rh-negativa), sífilis, gemelaridade (situação em que se verifica a gestação de mais do que um feto no útero), diabetes ou hipertensão materna.

Oligoâmnio: anomalias do trato urinário, amniorrexia prematura (rotura da placenta), óbito fetal.

Apresentação pélvica: traumatismo cefálico e visceral, fracturas, asfixia, prolapso de cordão (queda, descida total ou parcial de um órgão ou de uma estrutura orgânica).

Descolamento prematuro de placenta e placenta prévia: asfixia, anemia com ou sem choque hipovolêmico, Síndrome do Desconforto Respiratório, insuficiência cardíaca congestiva.

Mães com tipo de sangue Rh negativo: anemia, hiperbilirrubinemia, hipoalbuminemia, insuficiência cardíaca congestiva, edema generalizado, eritroblastose fetal.

Sofrimento fetal diagnosticado por monitorização: asfixia, hipoglicemia, hipocalcemia e hiponatremia, hipertensão pulmonar persistente neonatal, aspiração meconial etc.

Prematuridade: sofrimento fetal, asfixia, hipoglicemia e hipocalcemia, Síndrome do Desconforto Respiratório, persistência de canal arterial, imaturidade de rins e sistema nervoso central.

Macrossomia fetal: traumatismos, cardiopatias, hipoglicemia, hipocalcemia.

Retardo de crescimento intra-uterino: aspiração meconial, asfixia, distúrbios metabólicos, hipotermia, trombocitopenia, policitemia e hiperbilirrubinemia.

Pós-datismo: asfixia, aspiração meconial, macrossomia, hipoglicemia, hipocalcemia e oligoâmnio.

1.4.5.- A grávida e as drogas

Algumas drogas administradas às mães têm efeitos imediatos no feto e no recém-nascido:

Álcool: retardo de crescimento intra-uterino, síndrome de abstinência, alterações cardíacas.

Aminofilina: taquicardia, vômitos, tremores, alterações cardíacas.

Anfetaminas: hipotermia, letargia, calcificações hepáticas, malformações.

Analgésicos: depressão respiratória.

Barbitúricos: sangramentos, abstinência, depressão respiratória, doenças cardíacas, hérnias e alterações nos cromossomas.

Cloridrato de amônio: acidose metabólica.

Codeína: depressão respiratória e abstinência.

Diazepan: hipotonia, hipotermia, apnéia, alterações do palato.

Dicumarínicos: sangramentos, depressão, anomalias cardíacas e renais, cataratas, microftalmia, atresia de coanas, retardamento mental, alterações na coluna vertebral.

Digital: sem repercussões

Difenilhidantoína: defeitos do palato, defeitos cardíacos, microcefalia e defeito dos dedos.

Fenotiazínicos: hiperbilirrubinemia, hipóxia, tremores, abstinência, instabilidade térmica.

Halotano: depressão respiratória.

Heparina: sem repercussões.

Heroína: RCIU, síndrome de abstinência e morte súbita.

Hidralazina: trombocitopenia.

Iodo: hipotireoidismo, compressão traqueal, trombocitopenia.

Isoniazida: deficiência de piridoxina.

Lítium: depressão respiratória, hipotonia, malformações cardíacas, diabetes insipidus.

Sulfato de magnésio: depressão do sistema nervoso central, depressão respiratória, bloqueio muscular periférico, distensão abdominal.

Meperidine: depressão e abstinência.

Metimazole (Tapazol): hipotiroidismo.

Morfina: síndrome de abstinência, retardo de crescimento intra-uterino, morte súbita.

Morfina durante o parto: depressão respiratória, bradicardia, parada cardiorrespiratória.

Oxitocina: taquicardia fetal, hiperbilirrubinemia, hiponatremia, convulsões.

Propranolol: retardo de crescimento intra-uterino, asfixia, bradicardia, depressão respiratória, hipoglicemia, hipotermia, trombocitopenia, arritmia cardíaca.

Reserpina: depressão respiratória, letargia, hipotermia, hipotonia, bradicardia.

Salicilatos: metahemoglobinemia, sangramentos, hipoalbuminemia.

Sulfato de terbutalina: sem efeitos.

Teofilina: taquicardia, vômitos e tremores.

Tiazídicos: trombocitopenia, sangramentos, hiponatremia, hipocalcemia, convulsões, Síndrome do Desconforto Respiratório, hemólise.

1.4.6.- Atraso mental no recém-nascido

O atraso mental consiste na capacidade mental inferior à normal que existe desde o nascimento ou surge nos primeiros anos de infância.

As pessoas com atraso mental têm um desenvolvimento intelectual inferior ao normal, dificuldades de aprendizagem e de inserção social. Cerca de 3 % da população sofre de atraso mental.

1.4.6.1.- Causas

A inteligência está condicionada tanto pela herança genética como pelo meio ambiente. Desconhece-se a causa do atraso mental na maior parte dos casos, mas existem muitos factores durante a gravidez que podem causar ou contribuir para o atraso mental de uma criança. Os mais frequentes são o uso de certos medicamentos, o consumo excessivo de álcool, os tratamentos com radiação, a desnutrição e certas infecções virais, como a rubéola. As anomalias cromossómicas, como a síndrome de Down, são uma causa frequente de atraso mental. Várias anomalias hereditárias podem também ser responsáveis pelo atraso mental.

As dificuldades associadas a um nascimento prematuro, as lesões cefálicas durante o parto ou os valores muito baixos de oxigénio durante o mesmo são outras causas para o atraso mental.

1.4.6.2.- Diagnóstico e prognóstico

Quando sucede o atraso mental, geralmente é irreversível. É necessário fazer um diagnóstico precoce do atraso mental para se poder determinar uma educação terapêutica, assim como uma planificação a longo prazo.

A inteligência inferior à normal pode ser identificada e quantificada através de testes de inteligência. Esses testes apresentam uma falibilidade de tipo médio, ou seja, têm uma certa margem de erro, mas indicam com uma razoável exactidão o rendimento intelectual, especialmente numa criança mais velha.

As crianças com um coeficiente intelectual entre 69 e 84 têm dificuldades de aprendizagem, mas não apresentam atraso mental. Raramente se detecta esta deficiência antes da idade escolar, sendo precisamente na escola que surgem como visíveis os problemas educacionais e de comportamento. Com ajuda especializada, estas crianças costumam concluir os seus estudos sem grandes dificuldades e levam uma vida normal.

Todas as crianças com atraso mental podem beneficiar com a educação. As que apresentam um atraso mental ligeiro (um coeficiente intelectual de 52 a 68) podem atingir um nível de leitura similar ao das crianças que estudam entre o 4.º e o 6.º ano. Embora lhes custe ler, a maior parte das crianças com atraso mental ligeiro pode adquirir as capacidades básicas necessárias para o dia-a-dia. Necessitam uma certa supervisão e apoio, além de meios educativos e de preparação especiais. Com a passagem dos anos podem obter um sistema de vida e uma situação laboral com tutela. Se, por um lado, não têm defeitos físicos óbvios, por outro lado, podem sofrer de epilepsia.

Os indivíduos com atraso ligeiro costumam ser imaturos e pouco requintados, com uma capacidade pouco desenvolvida para o relacionamento social. O seu raciocínio é sempre muito específico para cada situação e costumam ser incapazes de generalizar. Custa-lhes adaptarem-se a novas situações e podem demonstrar pouca capacidade de julgamento, falta de prevenção e demasiada credulidade. Embora as pessoas com atraso ligeiro não costumem fazer ofensas graves, podem cometer crimes impulsivos, geralmente quando fazem parte de um grupo ou, às vezes, para melhorar a sua posição dentro do grupo.

As crianças com atraso moderado (coeficiente mental entre 36 e 51) são muito lentas na aprendizagem da fala e para alcançarem outras etapas do desenvolvimento, como, por exemplo, sentar-se. Se receberem preparação e apoio adequados, os adultos com atraso ligeiro e moderado podem viver com diferentes graus de independência dentro da comunidade. Alguns só requerem um pouco de ajuda, enquanto outros necessitam de uma supervisão muito mais atenta.

Uma criança com atraso mental grave (coeficiente intelectual entre 20 e 35) não pode receber o mesmo tipo de aprendizagem que uma criança com atraso moderado. A criança com um atraso profundo (coeficiente intelectual 19 ou inferior) geralmente não consegue aprender a andar, nem a falar, nem sequer chega a compreender o que a rodeia.

A esperança de vida das crianças com atraso mental pode ser mais curta, dependendo da causa da gravidade do mesmo. Em geral, quanto mais grave é o atraso, menor é a esperança de vida.

1.4.6.3.- Prevenção

O aconselhamento genético faculta aos pais de uma criança com atraso mental informação acerca de qual foi a causa do atraso, o que lhes permite avaliar o risco de terem outro filho com a mesma deficiência. A amniocentese e o estudo das vilosidades coriônicas são exames de diagnóstico que podem detectar diversas anomalias no feto, como, por exemplo, alterações genéticas e defeitos cerebrais ou da espinha medula. Aconselham-se ambos os exames às mulheres grávidas com mais de 35 anos, devido ao grande risco que correm de ter um filho com a síndrome de Down.

A ecografia também pode determinar defeitos cerebrais no feto. Pode quantificar-se a concentração de alfafetoproteína no sangue da mãe para se processarem sinais de síndrome de Down ou da espinha bífida.

1.4.6.4.- Tratamento

O médico de família, com a assistência de vários especialistas, desenvolve um programa completo e individualizado para a criança com atraso. Uma criança com um atraso no seu desenvolvimento deve participar num programa de intervenção precoce logo que lhe seja diagnosticado o atraso mental. O apoio emocional da família é parte integrante do programa. Uma criança com atraso costuma viver melhor na sua casa ou então numa residência comunitária e, na medida do possível, deve frequentar um centro normal de cuidados diurnos ou estar incluída num programa pré-escolar.

No momento de determinar até que ponto o atraso limitará a criança tem de se ter em conta que o nível de «competência» social é tão importante quanto o coeficiente intelectual. Ambos representam grandes problemas para as crianças que estão na escala mais baixa do coeficiente intelectual. Para as crianças com coeficientes intelectuais mais altos, outros factores (impedimentos físicos, problemas de personalidade, doença mental, habilidades sociais) podem determinar o grau de cuidados que necessitam.

Raramente é aconselhável mandar a criança para um centro e essa decisão requer um profundo debate entre a família e os médicos. Embora seja difícil ter em casa uma criança com atraso, raramente é a principal causa de discórdia familiar. De qualquer maneira, a família necessita de apoio psicológico e também pode pedir ajuda para o cuidado diário da criança. Este tipo de ajuda pode vir do centro de cuidados diários, de uma ama ou de um centro de cuidados temporários. Um adulto com atraso mental pode chegar a precisar de atenção de forma permanente, podendo ser internado num centro especial para deficientes, num albergue ou num centro de cuidados.

1.4.6.5.- Graus do atraso mental

- Capacidades durante a idade pré-escolar (nascimento-5 anos)
- Capacidades durante a idade escolar (6-20 anos)
- Capacidades durante a idade adulta (de 21 anos em diante)

Leve

52-68

Pode desenvolver capacidades sociais e de comunicação; a coordenação muscular é um pouco deficiente; em geral não se diagnostica senão anos depois.

Pode ter um conhecimento semelhante ao do sexto ano de um ensino geral básico no fim da adolescência; pode-se ensinar-lhe alguma conformidade social; pode ser educado.

Em geral consegue desenvolver capacidades sociais e vocacionais para o seu sustento, mas pode necessitar de conselhos e assistência durante os momentos invulgares socialmente ou críticos economicamente.

Moderado

36-51

Pode falar ou aprender a comunicar; tem pouca percepção social; a coordenação muscular é boa; melhora se aprende a cuidar de si mesmo.

Pode aprender algumas capacidades sociais e laborais; é pouco provável que ultrapasse o segundo ano escolar; muitos aprendem a viajar sozinhos em lugares que lhes são familiares.

Pode aprender a sustentar-se a si mesmo se realizar trabalhos simples ou de alguma complexidade sob tutela; necessita de supervisão e de conselhos quando se encontra numa situação de stress económico ou social.

Grave

20-35

Pode dizer algumas palavras; é capaz de aprender algumas capacidades; tem pouca ou nenhuma capacidade expressiva; a coordenação muscular é deficiente.

Fala ou aprende a comunicar; pode aprender hábitos de limpeza simples; melhora com o ensino de hábitos.

Pode contribuir parcialmente para cuidar de si mesmo sob uma supervisão total; pode desenvolver algumas capacidades úteis de autoproteção num ambiente controlado.

Profundo

19 ou inferior

Extremamente atrasado; pouca coordenação muscular; pode necessitar de cuidados especiais.

Ligeira coordenação muscular; provavelmente não consegue andar nem falar.

Alguma coordenação muscular e da fala; pode aprender a cuidar de si mesmo de maneira muito limitada; necessita de cuidados especiais.

Capítulo V - A depressão infantil

O Transtorno Depressivo Infantil é um transtorno do humor capaz de comprometer o desenvolvimento da criança e interferir com o seu processo de maturidade psicológica e social. São diferentes as manifestações da depressão infantil e a dos adultos, provavelmente devido ao processo de desenvolvimento que existe na infância e na adolescência, e às vivências que tiveram e têm na infância.

Muitas vezes é difícil fazer o diagnóstico, porque nestas idades é normal que a depressão apareça ao mesmo tempo que outras doenças.

Pode haver uma predisposição genética, mas também há outros factores que favorecem o aparecimento de uma depressão durante a infância, que podem ser: a mudança de infantário para o primeiro ciclo, o meio ambiente, quando os pais discutem violentamente, quando as crianças sentem que não são admiradas como pensavam e que não é onipotente e que a realidade das coisas e dos acontecimentos não é como sonhava e desejava.

A prova da realidade obriga-a a sair do seu mundo de ilusão e percebe que a sua grandiosidade é falsa.

É com decepção que a criança desce das nuvens e aterra no pensamento empírico e na realidade de si própria. O sentido da vida é mais duro, ela torna-se mais livre e responsável, aprende mas tem de trabalhar, está menos protegida, mas mais autónoma.

Na criança a depressão atípica esconde, por vezes, os sentimentos depressivos que aparecem sob uma máscara de irritabilidade, de agressividade hiperactividade e rebeldia. Quando as crianças muito novas incapazes de transmitir o que sentem, manifestam a depressão atípica pela hiperactividade.

Tanto os quadros de distímia como o de Transtorno Afectivo Bipolar, podem surgir pela primeira vez durante a adolescência e o reconhecimento prematuro de um estado depressivo pode ter enormes efeitos na futura evolução da doença.

A Depressão não é apenas um estado de tristeza, é uma doença e necessita de tratamento. Se muitas vezes os adultos não conseguem perceber o problema, o que dirá uma criança? Infelizmente este assunto está a gerar uma grande preocupação nos professores e especialistas devido ao crescimento do diagnóstico de depressão em crianças e jovens.

A depressão pode ocorrer devido a um desequilíbrio bioquímico entre os neurotransmissores (substâncias que fazem a comunicação entre os neurónios) serotonina e noradrenalina. Mas, a doença não pode ser vista só do ponto de vista biológico, pois existem alguns factores que contribuem para o seu aparecimento. No caso dos adultos pode ser desde o stress no trabalho ou do desemprego, a perda de uma pessoa querida, problemas conjugais, entre outros. Nas crianças são outras causas que seduzem o aparecimento da depressão: a separação dos pais, a falta de atenção, trocar de escola ou pressão para ter boas notas, a perda de alguém querido, etc.

O aumento da depressão Infantil é um fenómeno relativamente novo. Sabe-se que o mal não se manifesta do mesmo modo que nos adultos. Pois, antes a criança precisava de chorar muito e estar isolada para ser considerada deprimida, hoje a depressão nas crianças é diagnosticada quando ela apresenta alterações no seu desenvolvimento. Por exemplo, se de repente deixa de ter prazer em actividades que antes eram agradáveis (brincar) ou de sair com amigos. Mas a depressão infantil não é uma doença apenas da criança muito quieta e sem vida é também da criança agressiva e da hiperactividade.

É indispensável observar o comportamento da criança e se existe um histórico da doença na família. A maioria das vezes o problema é conhecido na escola devido ao baixo rendimento escolar e à retenção, como também na apresentação do comportamento agressivo ao provocar bulhas ou na forma como se relaciona com as restantes crianças.

Apesar da dificuldade da aceitação pelos pais da doença nos seus filhos é importante reconhecer o mais rápido possível e iniciar o tratamento para evitar situações dramáticas no futuro como o uso de drogas ou até o suicídio. O tratamento é feito com antidepressivos e psicoterapia. Na psicoterapia o objectivo é atenuar a angústia emocional e outros sintomas da depressão e procurar assim, o bem-estar da criança deprimida.

O estado de depressão é caracterizado quando falta energia psíquica para a realização dos seus comportamentos, para o apoio dos seus sentimentos e pensamentos. Energia psíquica é aquela energia interna, anímica (da alma), que nos dá a sensação de força, de ânimo, um sentimento de capacidade de realizar tarefas e alcançar objectivos.

A energia psíquica é algo que sentimos mas não temos como medir de forma directa, embora os sintomas da sua presença ou ausência sejam claros e facilmente perceptíveis. Assim a pessoa que tem um alto grau de energia psíquica está animada, bem-disposta e tem força de vontade. Acima de tudo acredita na vida e em si mesmo, pois sente-se interiormente forte e capaz.

Os sintomas da falta de energia psíquica são o desânimo, a falta de vontade, o sentimento de cansaço e de incapacidade de realizar as actividades, a irritação, os sentimentos de raiva, de ira e principalmente o sentimento de culpa.

A criança com depressão tem vontade de dormir, mas não consegue, fica preocupada sempre a pensar que o pior vai acontecer. Chora com facilidade e é totalmente dominada pelo pessimismo. Todos estes sintomas são o resultado directo do mau funcionamento da mente devido à falta da energia interna ou da energia psíquica.

Quem já enfrentou uma crise de Depressão sabe que é um desafio considerável, algo como bater de frente com muitas tristezas e frustrações. Estima-se que a Depressão Infantil afecte uma em cada 20 crianças abaixo dos 10 anos de idade. O maior problema (e o grande risco) está no fato das manifestações da Depressão Infantil poderem ser completamente diferentes das observadas em pessoas adultas. Há casos de crianças rotuladas como difíceis e mal-educadas, quando, na verdade, são apenas pequenos seres humanos que sofrem de crises depressivas severas. E parece que ninguém entende nada. As crianças não têm vocabulário suficiente para expressar os seus sentimentos. Em geral, fazem isso melhor através de atitudes.

A depressão na criança foi, durante muito tempo, ignorada. A ideia da infância como um período tranquilo, protegido de todas as preocupações, contribuiu para que, durante muito tempo, não se pusesse sequer em causa que poderia existir sofrimento psicológico durante a infância.

Contudo, os especialistas têm alertado para a existência e gravidade da depressão infantil. Nem todas as crianças são felizes e despreocupadas. A depressão infantil ocorre, em 20% dos casos, na faixa etária entre os 9 e os 17 anos e, normalmente, é causada por dificuldades de relacionamento com elementos da própria família, da escola ou de outros locais que frequentam. Por ser classificada como uma síndrome, a doença caracteriza-se por vários sintomas que se manifestam diariamente.

A sintomatologia depressiva na criança é muito diferente da do adulto e é de difícil reconhecimento, uma vez que pode adoptar diversas formas. Normalmente, a depressão infantil resulta de uma perda, podendo esta perda ser real (por exemplo, a morte de um dos pais) ou simbólica (por exemplo, quando os pais estão fisicamente presentes, mas não o estão emocionalmente).

Também pode acontecer que as adaptações psicológicas normais no desenvolvimento se tornem demasiado difíceis para a criança, constituindo-se como um factor de risco para a depressão. Se as etapas do desenvolvimento, por serem mais complicadas para a criança, podem dar lugar a reacções depressivas, a depressão, por seu turno, aparece como um entrave ao desenvolvimento intelectual, afectivo e mesmo físico da criança.

A criança demonstra apatia, desinteresse, distúrbios escolares, do sono e da alimentação e isola-se dos outros. Quando uma criança apresenta estes sintomas, é comum ouvir da família e da comunidade escolar, que esta criança é desatenta, irresponsável, tem um génio difícil e não quer nada.

É ainda complicado para o mundo adulto, reconhecer nestes sintomas uma doença, que se não vista, diagnosticada e tratada a tempo, piora, e traz danos posteriores ao aspecto afectivo social desta criança. As depressões hoje, representam motivo de grande preocupação, uma vez que, manifestada, diminuem a capacidade criativa, afectiva e produtiva. E em consequência disto, com o sofrimento que daí advém, as crianças tendem a uma atitude de isolamento, numa tentativa de se defenderem. Resultado pouco positivo entretanto, porque uma das maneiras de evitar ou diminuir a depressão, é a interacção com o grupo familiar e social.

O diagnóstico da Depressão Infantil, quase sempre demora a ser realizado, e a criança adquire vários rótulos que lhe são impostos pelos que estão ao seu redor, até que se forme a consciência de que as crianças também perecem de depressão. É importante ressaltar aqui, que existem dois tipos de quadros depressivos mais comuns: depressão endógena (manifesta-se sem motivo aparente e muitas vezes está ligada a uma pré-disposição familiar). Em algumas famílias, é maior o número de membros acometidos de depressão. E a depressão reactiva, que está ligada a uma reacção de defesa e negação da criança frente a algum acontecimento na sua vida: perda, por morte, separação dos pais, mudança de cidade, escola ou grupo social e conflitos familiares.

O melhor meio para detectar uma depressão infantil é através da observação em casa e na escola, tentando identificar as causas e o tipo de depressão, manter um diálogo constante, e procurar ajuda médica e terapêutica, para um tratamento e um diagnóstico diferencial.

Aos pais, é importante a orientação no sentido de perceberem e entenderem a depressão, mas não valorizar demasiado os sintomas, para não incorrerem no risco de rotular a criança. É importante que esta se sinta cuidada, mas também chamada à atenção. Além do encaminhamento ao tratamento médico e psicológico, é necessário procurar alternativas de extravasamento das emoções; através de prática de desportos e actividades lúdicas (pintura, jogos, trabalhos de grupo, teatro)

A depressão não se manifesta da mesma forma, mas sim, de acordo com a idade da criança.

- **Feto:** Eduardo Sá (2001), refere que os fetos podem sentir depressão, devido por exemplo, à ansiedade maternal na gravidez, pelo atraso no desenvolvimento fetal ou após o nascimento.
- **Primeira Infância (0 a 2 anos):** Clerget (1999), afirma que a depressão nos bebés apresenta-se com uma recusa em se alimentar; atraso no crescimento, no desenvolvimento psicomotor, da linguagem; perturbação do sono e afecções somáticas.

- **Idade pré-escolar (2 a 6 anos):** Kashani, et al. (1987) afirmam que a perturbação depressiva, manifesta-se por distúrbios de humor e por um distúrbio vegetativo; Clerget (1999) afirma que nas crianças pequenas, podem existir comportamentos regressivos a todos os níveis, nomeadamente a nível esfinteriano, motor e da linguagem.
- **Idade Escolar (6 a 12 anos):** Entre os seis e os oito anos, o quadro depressivo caracteriza-se por tristeza prolongada, ansiedade de separação e sintomas psicossomáticos. As crianças com mais de oito anos, expressam os seus sentimentos depressivos através de baixa auto estima, ideias auto depreciativas, sintomas psicossomáticos, baixa de energia, de interesse e desespero, etc. Clerget (1999), refere que a depressão manifesta-se muitas vezes através das dificuldades escolares, ao nível da ansiedade, do desinteresse, das dificuldades de concentração intelectual e dos problemas de comportamento, para além dos problemas alimentares e de sono. Podem também surgir queixas psicossomáticas.

O Transtorno Depressivo Infantil é um transtorno do humor capaz de comprometer o desenvolvimento da criança e interferir com seu processo de maturidade psicológica e social. São diferentes as manifestações da depressão infantil e a dos adultos, possivelmente devido ao processo de desenvolvimento que existem na infância.

A depressão foi considerada a principal doença psiquiátrica do século, que atinge aproximadamente oito milhões de pessoas só na América do Norte (onde são feitas as principais pesquisas). A morbidade da depressão reflete-se no fato de que os adultos deprimidos são 20 vezes mais propensos a morrer de acidentes ou de suicídio do que adultos sem transtorno psiquiátrico.

Tanto os quadros de distímia como os de Transtorno Afectivo Bipolar, podem surgir pela primeira vez durante a infância e o reconhecimento precoce de um estado depressivo poderá ter profundos efeitos na futura evolução da doença.

Apesar da importância da Depressão da Infância e Adolescência em relação à qualidade de vida, ao suicídio, às dificuldades na escola, no trabalho e no ajuste pessoal, esse

quadro não tem sido devidamente valorizado por familiares e pediatras e nem diagnosticado adequadamente.

Embora na maioria das crianças a sintomatologia da Depressão seja atípica, algumas podem apresentar sintomas clássicos de depressão, tais como tristeza, ansiedade, expectativa pessimista, mudanças no hábito alimentar e no sono ou, por outro lado, problemas físicos, como dores inespecíficas, fraqueza, tonturas, mal-estar geral que não respondem ao tratamento médico habitual.

Na criança a Depressão, na sua forma atípica, esconde verdadeiros sentimentos depressivos sob uma máscara de irritabilidade, de agressividade, hiperactividade e rebeldia. As crianças mais novas, devido a falta de habilidade para uma comunicação que demonstre o seu verdadeiro estado emocional, também manifestam a Depressão atípica, como a hiperactividade.

A depressão na criança e/ou adolescente pode ter início com perda de interesse pelas actividades que habitualmente eram interessantes, manifestando-se como uma espécie de aborrecimento constante diante dos jogos, brincadeiras, desportos, sair com os amigos, etc., além de apatia, adinamia e redução significativa das actividades.

De forma complementar aparece uma diminuição da atenção e da concentração, perda de confiança em si mesma, sentimentos de inferioridade e baixa auto-estima, ideias de culpa e inutilidade, tendência ao pessimismo, transtornos do sono e da alimentação e, dependendo da gravidade, pensamento suicida.

1.5.- Incidência

O reconhecimento de um quadro depressivo infantil como um transtorno que pode afectar pessoas deste grupo etário, reivindicada há mais de 30 anos pelo IV Congresso de a União de Pai do psiquiatras Europeus, de 1971 em Estocolmo (Anell, 1972), resultou na elaboração de critérios de diagnóstico para esse quadro, denominando-o de Transtorno Depressivo na Infância e Adolescência.

Os dados de prevalência do Transtorno Depressivo na Infância e Adolescência não são unânimes entre os pesquisadores, devido à diversidade dos locais onde os estudos são

realizados e das populações observadas, vários índices de prevalência têm sido estabelecidos para a depressão na infância. Talvez as dificuldades se devam às discrepâncias de diagnóstico, já que alguns consideram como Depressão alguns casos atípicos, como por exemplo, a Fobia Escolar, a Hiperactividade, etc.

Há mais de 30 anos, os estudos de Rutter, Tizard e Whitmore (1970) começaram a aportar uma prevalência da Depressão Infantil em aproximadamente 1% das crianças de 10 anos. Dezasseis anos depois, Rutter (1986) volta a pesquisar e considera que os quadros depressivos são muito mais frequentes na adolescência do que na infância. Essas suspeitas foram confirmadas mais tarde por Cicchetti, em 1995. Nesse ano Goodyer situa a prevalência do Transtorno Depressivo na Infância e Adolescência entre o 1,8% e 8,9%.

1.5.1.- Depressão da Infância Precoce

1. Estado de ânimo deprimido ou irritável
2. Interesse e prazer diminuídos nas actividades apropriadas para seu desenvolvimento,
3. Capacidade reduzida para protestar,
4. Repertório diminuído de interacções sociais e de iniciativas.
5. Perturbações no sono e/ou na alimentação,
6. Perda de peso.
7. Sintomas presentes durante um período de pelo menos duas semanas

Em crianças no final da 2ª infância (dos 6 aos 12 anos), pode-se encontrar quadros de base depressiva mais típicas, mas nem sempre. Quando a depressão é muito grave, o que felizmente não é tão comum, sintomas francamente psicóticos também podem aparecer, tais como ideias delirantes, alucinações, e severo prejuízo das actividades sócio familiares, incluindo a escola. As ideias suicidas também não são raras, embora dificilmente antes dos 10 anos de idade.

1.5.2.- Hiperactividade ou excesso de apatia são o primeiro sinal

Uma criança desatenta na escola, apática ou mesmo hiperactiva deve ser observada com mais atenção e cuidado. Ela pode estar a sofrer de depressão.

Os sintomas da depressão em crianças e adolescentes geralmente são diferentes dos sintomas sentidos pelos adultos.

Existem alguns aspectos que devem ser observados quando do procedimento do diagnóstico da depressão infantil: humor irritado ou depressivo; perda do interesse em actividades que antes eram agradáveis; alteração do sono; alteração do apetite com perda ou aumento de peso; dificuldade de concentração; pensamentos de morte ou ideias suicidas; agitação ou atraso psicomotor; fadiga exagerada ou baixa energia e sentimentos de desesperança ou de culpa excessiva.

1.5.3.- Os pensamentos da criança depressiva

As ideias fixas ou os pensamentos persistentes de uma criança depressiva são a chave para a compreender, pois:

- Não pode fazer nada ou quase nada para evitar pensar o que pensa;
- Passa a maior parte do seu tempo entregue, com maior ou menor intensidade, a estes pensamentos.

Em geral, o pensamento depressivo é circular. Isto quer dizer que o tema ou os temas que são objecto das suas ideias ou dos seus pensamentos dão voltas e voltas sobre si próprios e precisamente por isso ela não é capaz de pressentir uma forma de escapar deles, nem de tomar atenção aos argumentos das pessoas que lhe são próximas e têm a «intenção de a ajudar».

Em relação a esta circularidade do pensamento, os depressivos afirmam que tudo quanto lhes vem à mente é negro, pessimista, negativo. E quando se pede mais detalhes sobre estes pensamentos auto recriminam-se e sentem sentimentos de culpa sem motivo e ainda vontade de morrer.

Assim, podemos ver que os pensamentos depressivos ou o pensamento das crianças depressivas é:

- Constante
- Circular
- Faz sofrer quem o padece

Se tiver em conta estes aspectos será possível uma aproximação dos que sofrem distúrbios depressivos, tentar compreendê-los e, sobretudo, não cometer erros.

1.5.4.- Depressão em fase escolar

A depressão, um transtorno que muita gente acha que só atinge jovens e adultos, pode acarretar diversos problemas na aprendizagem da criança e influenciar o seu desenvolvimento e o seu comportamento durante a adolescência e a fase adulta. Além disso, muitas vezes está associada ao Transtorno do Deficit de Atenção e Hiperactividade, presente em cerca de 5% a 13% da população infantil.

Cerca de 14% das crianças apresentam uma depressão, segundo mostram alguns estudos realizados: Se levarmos em conta a possibilidade de ocorrência de um episódio depressivo ao longo da vida da criança com problemas de aprendizagem essa percentagem é muito maior. A consequência dessa associação com a depressão na infância é a agravamento dos dois transtornos e a menor eficácia do tratamento estabelecido.

Muitas causas são responsáveis no desencadeamento da depressão, como causas genéticas, químicas, cerebrais e ambientais. Desde bem cedo a depressão pode manifestar-se na infância, até mesmo em crianças pré-escolares, com menos de seis anos de idade. Nessa idade, ela acontece uma em cada 100 crianças. Na fase escolar, entre duas e quatro em 100 e em adolescentes, por volta de cinco a oito casos. “Para atenção dos pais, a depressão na infância ocorre na mesma frequência em ambos os sexos, mas a partir da adolescência até à vida adulta ela é mais frequente no sexo feminino”, (Dr. Arruda).

O diagnóstico da depressão é mais difícil nas crianças, pois os sintomas podem ser confundidos com birras ou falta de educação, mau humor e agressividade. Mesmo assim, alguns comportamentos ajudam a explicar que uma criança pode estar deprimida.

As repercussões na escola depressa são observadas, na depressão infantil, a criança fica mais lenta e desatenta, o desempenho é menor e surgem conflitos em consequência das mudanças bruscas do humor (como explosões de raiva) ou tendência ao isolamento social. Outra manifestação bastante frequente é o sentimento de menos valia, de baixa auto estima, seja em relação aos cuidados pessoais ou à confiança em si própria. Nos casos graves pode chegar a provocar comportamentos de risco (sexo, drogas e condução perigosa de automóveis) e até actos suicidas.

A depressão infantil no contexto escolar é ainda pouco estudada, mas, quando se procura conhecer mais sobre este transtorno as literaturas existentes não descartam as informações sobre o comportamento da criança na escola. Essas informações são fundamentais para que se faça um diagnóstico e um tratamento da criança. A escola é o lugar onde a criança passa muitas horas do dia, além da sua casa.

A criança vive diferentes experiências: estuda, brinca, come, interage socialmente e encontra espaço para manifestar as suas emoções. É neste sentido que o professor pode observar se o aluno está ou não a desenvolver-se de forma saudável.

Ao considerar-se a depressão infantil um dos transtornos emocionais que prejudica a criança nos seus aspectos físicos, social, intelectual e emocional não se pode deixar de abordar esta questão no contexto escolar. Uma criança deprimida pode apresentar um conjunto de sintomas que se manifestam através do pensamento, das emoções, e dos comportamentos. De uma hora para outra a criança pode manifestar sintomas que antes não faziam parte da sua rotina.

Relativamente aos problemas emocionais pode-se ver surgir uma tristeza constante, falta de prazer em realizar atitudes que antes geraria satisfação. A irritabilidade, também, pode denunciar quadros depressivos.

Os problemas de comportamento incluem tanto a agitação como a letargia que podem levar a criança a envolver-se em situações consideradas prejudiciais para si e para os seus colegas.

As queixas de dores, a fadiga, o cansaço e os desconfortos constituem os problemas psicológicos que também vão estar relacionados aos problemas fisiológicos onde a crianças

passa a apresentar um aumento ou uma perda significativa de peso, sofrer de insónia ou hipersónia.

É necessário esclarecer que existe uma diferença entre a tristeza e a depressão. Todas as pessoas durante a sua existência vivencia momentos de tristeza com características bastante subjectivas, mas aos poucos vai recuperando o entusiasmo pela vida sem que precise de um especialista para a ajudar, na tristeza a auto-estima não é abalada, por maior que seja o problema *“quando se está triste, o mundo parece vazio e sem sentido; já na depressão é a gente que se sente vazio, e acha que não vale para nada, que não há nenhum sentido em nossa própria existência”*. (TELES, 1992, p. 11).

Para esta autora, que salienta mais os sintomas depressivos em adolescentes e adultos, a depressão é uma doença que gera modificações fisiológicas no indivíduo. Segundo esta, quando a pessoa fica deprimida nada lhe dá prazer, surgem “doenças imaginárias”, a auto-estima sofre uma grande decadência e em casos mais graves ocorre o isolamento social.

1.5.5.- O Luto Infantil

A vida consiste de várias perdas e separações e, uma perda cedo na vida pode levar a criança para traumas posteriores. A maior perda que uma criança pode sofrer é a morte de um dos pais. Estatísticas estimam que a cada ano cerca de meio milhão de crianças sofrem a morte do pai ou da mãe.

Para entender o impacto que causa na criança a perda por morte de uma figura de forte apego afectivo (mãe, pai, irmãos), é preciso entender a teoria do apego, inicialmente pesquisada por Bowlby.

Segundo o trabalho de Cecília Casali Oliveira, existem três fases do luto, caracterizadas:

- **"Busca ou protesto** - o intenso desejo de recuperação da pessoa amada e perdida, pode levar a comportamentos de procura e produz uma forte reacção de protesto pela impossibilidade de se alcançar o objectivo desejado.
- **Desespero e desorganização** - o conflito permanente entre o desejo e a sua frustração, leva ao desespero, pois não se abdica do vínculo estabelecido com facilidade e sem sofrimento. O pensamento, constantemente concentrado nessa tarefa, deixa pouca possibilidade para se dedicar a outras actividades, e revela o quanto é importante o trabalho da procura de uma resolução para o conflito; o mundo parece estar fora de contexto para o enlutado, tanto quanto este parece estar fora de contexto para o mundo.
 - **Recuperação e restituição** - o conflito pode ser solucionado a partir de uma nova construção do vínculo com o falecido, o que preserva a relação noutra patamar; o sofrimento diminui gradualmente, e permite um retorno da atenção para o mundo e traz a possibilidade do estabelecimento de novas relações.

- Ainda de acordo com Cecília Casali Oliveira, "Stroebe, Stroebe e Hansson (1993) apresentam resultados das respostas emocionais esperadas no processo normal do período do luto. Acrescentam que, em casos de luto complicado, esses aspectos podem-se apresentar com intensidade ou duração alteradas, apontando para a impossibilidade de se caminhar dentro do processo esperado e constituindo-se um indicativo da não resolução do luto.

- 1) **Choque**, entorpecimento e dificuldade em acreditar na realidade;
- 2) **Pesar e tristeza**, acompanhados por dor mental e sofrimento, com choros e lamentações;
- 3) **Sentimento de perda** devido ao reconhecimento da ausência e da impossibilidade de recuperação;
- 4) **Raiva**, é comum e pode voltar-se contra a pessoa falecida, familiares, médicos, amigos e mesmo contra o próprio ego;
- 5) **Culpa e arrependimento**, que aparecem sob formas de: culpa por sobreviver, pela responsabilidade da morte ou pelo sofrimento que ela trouxe e, ainda, pela deslealdade do falecido;
- 6) **Ansiedade e receios** que aparecem sob a forma de insegurança, medos ou crises de angústia;
- 7) **Imagens repetitivas da pessoa falecida** próxima da morte, da doença, com carácter intrusivo e fora de controlo;
- 8) **Desorganização mental**, apresenta vários graus de distração, confusão, esquecimento ou falta de coerência;
- 9) **Sobrecarga de tarefas e dificuldades para sua realização**, que trazem a sensação de estar a perder o controlo, de desamparo e de se sentir incapaz de enfrentar a realidade;
- 10) **Alívio**, especialmente após uma doença longa e sofrida, pelo término do sofrimento;
- 11) **Solidão**, que se expressa como é sentir-se só mesmo quando em grande grupo e com picos de sentimentos intensos de isolamento;
- 12) **Sentimentos positivos** também aparecem em pequenos intervalos.

1.5.5.1.- Como proceder?

Quando acontece uma morte a informação deve ser dada à criança por uma pessoa que tenha uma história de confiança e de envolvimento com ela (o pai, a mãe, um tio(a) próximo,

etc.), isto mostra-lhe que não está sozinha e que há outras pessoas que lhe vão proporcionar protecção e cuidados.

A informação deve ser dada numa linguagem simples e directa. É um momento muito difícil e, portanto, pode ser dito entre lágrimas, pois com este gesto a criança vivenciará o seu luto juntamente com o dessa pessoa. Com cautela ela está a aprender a lidar naturalmente com os seus sentimentos. Após contar sobre a morte explique o que acontecerá depois como o funeral e o velório. O funeral permite que as pessoas se juntem e expressem seus sentimentos, é necessário que ela saiba como é para decidir se quer ou não ir.

A criança terá muitas dúvidas de acordo com a idade e a experiência prévia com a morte.

- **0 a 6 anos** – não entendem o que é a morte e, podem perguntar quando a pessoa que faleceu irá voltar;
- **6 a 10 anos** – começam a compreender que a morte é irreversível, mas acreditam que ocorre somente em pessoas idosas ou vítimas de acidentes.
- **10 anos** – começam a entender que a morte faz parte da ordem natural das coisas e que as pessoas morrem em idades diferentes e por diversas razões.

É imprescindível responder às questões o mais simples e honestamente possível, sem utilizar metáforas. Algumas das reacções que a criança pode demonstrar são: inicialmente negar que a morte ocorreu; tornar-se agressiva ou culpar a pessoa que morreu por deixá-la; pode ficar deprimida e regredir, molhar a cama e agir novamente como um bebé, tornar-se hostil e pode desejar/temer morrer.

A criança também tem necessidade de fazer o luto para aceitar que essa perda ocorreu mas que a vida continua. Para isso a criança deve chorar com alguém muito próximo e expressar sua tristeza. Deve sentir que é permitido falar sobre a pessoa que faleceu, mesmo quando a criança é muito pequena. O luto é o caminho para uma nova etapa da sua vida.

1.5.6.- Tipos de depressão na infância

A criança escolar: A quebra dos processos "ensinar - aprender", e viver bem colectivamente, provoca na criança envolvida, estados de depressão. Principalmente nas escolas públicas, onde a vinda das crianças para a escola significa uma procura de promoção social; o emprego futuro, e o acesso a melhores condições de vida. Se perguntarmos aos pais porque razão colocaram os seus filhos na escola, a resposta pode ser: "Quero que eles tenham o que eu não tive..." E aos alunos, pela mesma pergunta, seria dada a resposta: "Quero ser alguém na vida..." Este grau de esperança dá para ver o grau de depressão que os problemas do não aprender acarretam.

O fato de não aprender, acarreta a responsabilidade de não ser alguém e de não conseguir desempenhar bem o seu papel em relação aos pais.

Existem causas predisponentes do não aprender:

Crianças que vêm de lares sem recursos; o ambiente da escola que é gerido pelos padrões da classe média, e às vezes, o próprio livro didáctico, que traz famílias remuneradas e felizes.

Então... como aprender, se as coisas e as situações parecem tão distantes da sua realidade, da sua vivência? Daí o conflito, o não aprender, daí... a depressão.

A criança hospitalizada: A criança que está fisicamente doente, está afectada na sua integridade, uma vez que a doença agride o organismo como um todo, e o seu desenvolvimento emocional, está também comprometido. Na hospitalização, a criança apresenta emoções que podem desencadear uma depressão:

- Sensação de abandono,
- Medo do desconhecido,
- Sensação de punição ou culpa,

- Limitação de actividades,
- Dor física.

A criança e a família: A sintomatologia é quase sempre a mesma: crises constantes de choro, abatimento afectivo, medo, irritabilidade, perda do apetite e da energia, distúrbios do sono, dificuldades escolares, perturbações digestivas, cefaleias, distúrbios motores, apatia.

1.5.7.- Causas da depressão infantil

Infelizmente, a depressão ganha campo a cada ano que passa e já são inúmeros os casos de crianças deprimidas. Os pais assustam-se, procuram médicos e questionam-se o que leva a crianças, que deveria brincar e divertir-se, a ter um problema que acreditavam ser só dos adultos.

Segundo a psicóloga Rozane Caseb, a depressão está ligada à reacção exagerada frente a uma perda. As causas que a desencadeiam são várias:

- O **biológico** (qualidade genética),
- O **psíquico** (estruturação da personalidade),
- O **social** (as experiências frente aos eventos da vida).

Esta última, a depressão social, é a que mais aumenta devido ao corre-corre do mundo moderno.

A primeira perda significativa de uma criança acontece com o desmame. O bebé perde a atmosfera de carinho sem o contacto com o peito materno. Depois, a criança deixa o colo e é obrigada a anda. A criança cresce, e, se ela não reagir bem a todas estas fases e também se não tiver apoio para passar por todas elas, acaba por perder o interesse pelas actividades próprias de sua idade, e fica indiferente a tudo, sem vontade de sair de casa. Muitas vezes adquire fobia social.

Do ponto de vista social, a depressão infantil é uma consequência do abandono dos pais, imposto por um mundo moderno e das rupturas familiares, tais como separação, discussões, o envolvimento de algum deles em drogas, álcool etc. A criança afectada, não aprende a conviver na escola com as outras crianças, não acompanha o desenvolvimento da sua turma e acaba por se refugiar, algumas delas, nas drogas ou esconde-se e passa os dias em frente ao computador ou à televisão. Os pais não percebem o filho deprimido, pois as suas “fugas” estão ligadas ao lazer informatizado.

A pressão dos responsáveis também pode desencadear o problema. Muitas crianças e jovens deprimidos acabam por cometer o suicídio. A cura vai depender da percepção dos pais.

1.5.8.- Violência e excesso de actividades são as maiores causas da depressão

A depressão atinge de 4 a 8 adolescentes em cada cem. Estudos mostram que os factores de risco da doença aumentam a cada geração desde 1940. Violência urbana, o excesso de actividades diárias e a falta de espaço para o lazer são as principais causas.

Cada vez mais os médicos estão convencidos da necessidade de valorizar o que as crianças dizem sentir. Pediatras, pais e professores precisam de estar atentos às queixas e comportamentos da criança.

O sintoma que mais deve chamar a atenção para a suspeita de uma depressão infantil é a mudança de atitude da criança, assim como, as alterações no apetite, no seu estado de ânimo, no isolamento social, na irritabilidade, no medo, nos tiques nervosos...

A impressão que se tem, é que a conduta actual de se atribuir às crianças responsabilidades de adultos pode proporcionar uma sobrecarga afectiva incompatível com a sua faixa etária.

Segundo uma notícia divulgada por CNN-Saúde, as crianças "materialistas" seriam mais propensas à depressão

"As crianças que equiparam a felicidade ao dinheiro e a fama à beleza são mais propensas a sofrer de depressão do que outras que não dão tanto valor à riqueza e à aparência, de acordo com um estudo realizado na Austrália".

Além da depressão citada no artigo, a prática clínica tem mostrado que também alguns transtornos alimentares (anorexia, bulimia) têm acompanhado a mentalidade competitiva, pragmática e consumista de algumas crianças.

Na CNN: "A dra. Helen Street, do Queen Elizabeth Medical Centre, de Perth, disse numa conferência sobre psicologia, na Grã-Bretanha, que o fenómeno pode ser notado até mesmo em crianças de 4 anos, acrescentando que até 20 por cento correm o risco de sofrer da doença no futuro.

"As crianças que pensam que dinheiro suficiente e popularidade trazem a felicidade correm um risco maior de depressão do que aquelas que acreditam que o dinheiro pode ser uma coisa boa de ter, mas que sua felicidade vem de seu desenvolvimento pessoal", declarou a especialista.

Excerto do artigo de Cristina Montone publicado no Jornal Aprender:

"Depressão não é tristeza. É uma doença que deve ser tratada. Se os adultos muitas vezes não conseguem perceber o problema dessa forma, o que se dirá de uma criança? A falta da percepção de que esse mal também acomete os pequenos está alarmando especialistas em infância e adolescência. Não é o único motivo de preocupação. O diagnóstico da enfermidade na garotada cresce e assusta os médicos.

As crianças mais novas, devido à falta de habilidade para comunicar o seu verdadeiro estado emocional, também manifestam depressão atípica, com hiperactividade.

Ainda sobre o diagnóstico da Depressão Infantil, um excerto do artigo de Tereza Melo Sousa para o site Qualidade de Vida (Terra):

"Uma criança desatenta na escola, apática ou mesmo hiperactiva merece ser observada com um pouco mais de cuidado. Ela pode estar sofrendo de depressão. Os sintomas da depressão em crianças e adolescentes geralmente são diferentes dos sintomas dos adultos."

A criança ao ser examinada, nem sempre se encontra sintomas claros e francos que descrevam seu estado emocional interno. Um esforço de bom senso e perspicácia deve ser dedicado ao exame clínico, procurando aumentar a possibilidade da criança menor ser compreendida quanto aos seus sentimentos, apesar de tais sentimentos serem de difícil identificação. Em muitos casos, observa-se apenas uma maior sensibilidade emocional, choro fácil, inquietação, rebeldia e irritabilidade.

As mudanças de comportamento na criança são de extrema importância, tão mais importante quanto mais súbitas forem. Assim, crianças anteriormente bem adaptadas socialmente, passam a apresentar condutas irritáveis, destrutivas, agressivas, com a violação de regras sociais anteriormente aceites, oposição à autoridade, preocupações e questionamentos de adultos. Estes comportamentos podem ser decorrentes de alterações

depressivas. Quando estas alterações não são graves o suficiente para serem consideradas Episódios Depressivos pode sofrer de disforia.

As Disforias, que são alterações do humor, são encontradas vulgarmente no quotidiano e não têm, obrigatoriamente, uma conotação de doença. Trata-se de respostas afectivas aos acontecimentos diários, caracterizando-se pela brevidade do quadro emocional sem comprometimento das condutas adaptativas, sociais, escolares e familiares. Na realidade as Disforias seriam apenas momentos de tristeza, angústia e abatimento moral que surgem em decorrência da problemática existencial normal e quotidiana, tais como as correcções dos pais, desentendimento com os irmãos, aborrecimentos na escola, etc.

As diferenças entre as Disforias e a Depressão são relativamente à evolução benigna das Disforias, o que não acontece quando há uma importante componente depressiva. A recuperação das vivências traumáticas é mais demorada e há sempre algum prejuízo da adaptação. Pode-se dizer que as Disforias são mais ou menos fisiológicas na tarefa com as adversidades diárias, enquanto que a Depressão é uma forma patológica de reagir à vida.

Os quadros que se apresentam como Fobia Escolar, caracterizada pela recusa da escola, por dores inespecíficas, febre sem causa aparente, e outros sintomas obscuros para fugir às aulas, podem reflectir altos índices de ansiedade e depressão. Deve-se avaliar a presença de baixa auto-estima, perda de prazer e, muitas vezes, ideias suicidas. Podem ser encontradas também, nestes casos, expectativas negativas e pessimistas da vida mas, como a criança tem grandes dificuldades para expressar esses aspectos vivenciais, a investigação tem sido muito difícil.

Os sintomas físicos e emocionais também podem ocorrer na criança depressiva. Cerca de 30% dos pacientes deprimidos apresenta uma diminuição de apetite e 30% refere um aumento, principalmente nas meninas. Insónia inicial (dificuldade para começar a dormir) também está frequentemente presente (60%) e, um pouco menos frequente, a clássica insónia terminal, que é caracterizada pelo despertar muito cedo.

Na **fase pré-verbal** a criança deprimida pode manifestar o humor rebaixado através de expressões mímicas e do comportamento. A inquietação, o isolamento social, o choro

frequente, a recusa alimentar, apatia e alterações do sono podem ser indícios de Depressão nesta fase.

Na **fase pré-escolar** as crianças podem manifestar o transtorno afectivo, o qual se manifestará através de dores abdominais, perda ou excesso de peso, retardo no desenvolvimento físico esperado para a idade, além da fisionomia triste, irritabilidade, alteração do apetite, hiperactividade e medo inespecíficos.

Dos **2-3 anos** até a **idade escolar** a Depressão Infantil pode-se manifestar com um quadro de Ansiedade de Separação, onde existe sólida aderência da criança à figura de maior contacto (normalmente a mãe), ou até sinais sugestivos de regressão emocional, como trejeitos mais atrasados da linguagem, encoprese (incontinência fecal) e enurese (micção involuntária e/ou inconsciente de urina).

Na fase escolar, o cansaço, a dificuldade de concentração, as alterações da memória, a astenia e a adinamia são as complicações da Depressão Infantil que comprometem muito o rendimento escolar e a aprendizagem). O confronto com o fracasso acaba por originar que o nível de auto-estima também se comprometa, pode levar a criança a apresentar desde isolamento social até Transtornos de Conduta.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou uma série de critérios de observação. Foi um grande passo na descrição das manifestações de transtornos psicológicos nesta faixa etária, dividindo-os em duas categorias:

- 1. Reacção de Abandono** (ou de Dor e Aflicção Prolongadas), que é específica nas situações onde falta a figura materna ou de um cuidador afectivamente adequado
- 2. Depressão da Infância Precoce.**

1.5.9.- O apego

O bebé afectivamente sensível pode ter dificuldades em relação ao apego. O apego é um impulso primário como parte de um processo de selecção natural, portanto, inato. Existem importantes diferenças individuais no estabelecimento das condutas de apego e na elaboração dos vínculos. O apego é uma resposta da procura de protecção necessária à sobrevivência da espécie.

Quando os lactentes são separados bruscamente da sua figura de apego, como é o caso de uma hospitalização precoce, ou mesmo um abandono, as suas reacções tendem a seguir um padrão semelhante ao processo de luto do adulto. Assim, numa primeira fase, o lactente bruscamente separado pode manifestar ira e desespero.

Na segunda fase dessa separação a criança tende a ficar apática, quase imóvel. É a fase do desapego ou indiferença. Nesta etapa a criança não manifesta emoções diante do reencontro com a figura com a qual antes era apegado. Essa experiência de perda não se relaciona com as necessidades de alimento, mas de calor, carinho ou contacto.

Duas causas têm especial significado para estabelecer as características da separação: o temperamento da criança e as características pessoais da figura materna. Quanto mais sensível afectivamente for a criança, maiores são os prejuízos futuros que a separação ou o abandono proporcionarão.

Abaixo a sucessão de acontecimentos de Dor e Aflicção que podem ocorrer durante a separação ou abandono.

1. Reacção de Dor e Aflicção Prolongadas:

Este estado pode-se manifestar em qualquer etapa: protesto, desespero e desinteresse.

- ✓ A criança chora, chama e procura o progenitor ausente, e recusa qualquer tentativa de consolo de outras pessoas.

- ✓ Retraimento emocional que se manifesta por letargia, expressão facial de tristeza e falta de interesse nas actividades apropriadas para a idade.
- ✓ Desorganização dos horários de comer e dormir.
- ✓ Regressão ou perda de hábitos já adquiridos como falar como se fosse mais novo.
- ✓ Desinteresse absurdo, que se manifesta por indiferença às recordações da figura cuidadora (fotografia ou menção do nome), ou mesmo uma espécie de "ouvido selectivo", que parece não reconhecer essas pessoas.
- ✓ Como comportamento alternativo, a criança pode-se mostrar ao contrário das características acima; torna-se extremamente sensível a qualquer recordação do(a) cuidador(a), e apresenta mal-estar agudo perante qualquer estímulo que lhe lembre a pessoa.

Seriam causas:

Orgânicas:

Quadro infeccioso - Acidentes - Doenças físicas - Deficiência física

Psicológicas:

Qualidade de relacionamentos

Ambiente familiar, que pode traduzir questões como:

- **Rejeição:** A falta de um amor autêntico, leva a criança a comportamentos anti-sociais, e a sentimentos de inferioridade, não se sente aceite na sua individualidade (excesso de comparações) e manifesta crises emocionais e de depressão.

- **Carência afectiva:** Ausência de diálogo, separação dos pais, competição e comparação entre irmãos, castigos indevidos e injustificados, internamentos.

- **Superprotecção:** Criança excessivamente protegida, sem oportunidade de criar, fragiliza-se.

- **Factor socioeconómico:** Modificação de padrão ou exigência na participação na renda familiar.

- **Outros factores:** morte, fracasso, desemprego familiar, doenças graves na família.

1.5.10.- As sequelas que podem derivar de um não diagnóstico

Se nada alertar os pais, os educadores ou os professores para o fato de a criança precisar de um apoio diferenciado, só por sorte ela não desencadeará nenhum quadro psicopatológico quando for adulta. O mais provável é desenvolver alterações da personalidade que são formas de funcionamento menos saudáveis. No que toca à reacção das adversidades, por exemplo, poderá tornar-se mais susceptível aos problemas do meio exterior e não conseguir adaptar-se a novas realidades.

Um quadro depressivo numa criança tem consequências ao nível do aproveitamento escolar. Se numa primeira fase ninguém nota que a criança não aprende porque está triste, numa segunda fase ela pensa que é mesmo incapaz e, provavelmente, nesta fase ela vai ter efectivamente menos competências que os outros.

Ao primeiro sinal de depressão, os pais devem proteger a criança e encaminhá-la para um profissional o mais rápido possível. Na maioria das vezes, o apoio da família e a psicoterapia são suficientes.

1.5.11.1.- Diagnóstico

O Transtorno Depressivo na Infância e Adolescência caracteriza-se por uma sintomatologia afectiva de longa duração e está associado a vários outros sinais e sintomas, tais como, insónia, irritabilidade, rebeldia, medo, tiques, mudanças nos hábitos alimentares, problemas na escola, na vida social e familiar.

É tão comum o Transtorno Depressivo na Infância e Adolescência, a ponto de alguns autores recomendarem que, sempre que uma criança manifestar tais alterações por um tempo prolongado, deve-se considerar a possibilidade de um diagnóstico. Entretanto, é muito importante determinar se esses sintomas estão, de fato, relacionados com um quadro depressivo ou se são parte das agitações emocionais normais do desenvolvimento.

É possível que muitos sintomas incluídos na relação apareçam naturalmente como parte das etapas normais do desenvolvimento da infância e adolescência, para se estabelecer um diagnóstico correcto da depressão na criança, é também necessário avaliar a sua situação familiar, existencial, o seu nível de maturidade, emocional e, principalmente, sua auto-estima. Além das entrevistas com a criança, é muito importante observar sua conduta segundo informações dos pais, professores e outros colegas, médicos ou psicólogos, atribuindo pesos adequados a cada uma dessas informações.

O diagnóstico da Depressão na Infância tem sido feito em bases predominantemente clínicas, muitas vezes usando-se os mesmos critérios usados para a Depressão do adulto, apesar de o quadro ser diferente nas crianças, tanto quanto mais jovem for o paciente.

1.5.12.- Sintomas da depressão infantil

Os sintomas depressivos são muito variados e muito diferentes entre as crianças. Por isso a psicopatologia aconselha como válido três sintomas depressivos essenciais e suficientes para a sua descoberta, mas estes sintomas básicos vão dar origem a várias manifestações.

Trata-se da seguinte tríade:

1. Inibição psíquica
2. Diminuição das vivências
3. Sofrimento moral

Compete à sensibilidade do observador, comparar um sentimento, um comportamento, um pensamento ou um determinado sintoma como se fosse a apresentação pessoal e individual de um dos três sintomas básicos.

Existem alguns sintomas que são comuns na depressão infantil, como:

- Dificuldade de se afastar da mãe
- Angústia
- Pessimismo
- Irritabilidade, agressividade
- Problemas em se alimentar
- Tronco arqueado
- Incapacidade de sentir prazer
- Apatia, isolamento social e desinteresse
- Insónia ou sono excessivo que não satisfaz
- Falta de atenção
- Dores frequentes
- Agitação excessiva
- Baixa auto-estima e sentimento de inferioridade

- Sentimentos persistentes de tristeza;
- Desespero, sem causa aparente;
- Crises de choro;
- Ansiedade;
- Sentimentos de pessimismo;
- Sentimentos de culpa;
- Perda de energia;
- Dificuldade de relacionamento pessoal, com tendências ao isolamento
- Pensamentos de morte ou suicídio
- Tentativas de suicídio.
- Mudanças de humor significativo
- Queda no rendimento escolar, perda de atenção
- Auto-depreciação
- Perda de energia física e mental
- Queixas somáticas
- Fobia escolar
- Cansaço matinal
- Aumento da sensibilidade (irritação ou choro fácil)
- Negativismo
- Sentimento de rejeição
- Enurese e encoprese (urina ou defeca na cama)
- Ansiedade e hipocondria
- Perda de auto-confiança e sentimento de ineficácia
- Choro frequente
- Perda de esperança ou sentimentos de desespero
- Percepção da capacidade para enfrentar as responsabilidades
- Pessimismo em relação ao futuro ou pensamentos sobre o passado
- Aumento do cansaço;
- Aumento da agitação;
- Ausência de mania;
- Ausência de depressão grave;
- Ausência de outras perturbações psicóticas;
- Ausência de perturbação orgânica;

A Depressão Infantil não se traduz, sempre, por tristeza e outros sintomas típicos. A diferença entre os momentos nos quais as crianças podem estar tristes ou aborrecidas com qualquer vivência que as aborreça, a Depressão verdadeira está, principalmente, no tempo e na motivação desse sentimento. A Depressão Infantil tem sido cada vez mais observada devido, em parte, à actualização conceitual e atenção médica crescente sobre esta doença.

Apesar da Depressão, tanto no adulto quanto na criança, ter como modelo de diagnóstico a conhecida constelação de sintomas, decorrentes da tríade sofrimento moral, a inibição psíquica global e no estreitamento do campo vivencial, as diferentes características pessoais e as diferentes situações vivenciais entre o adulto e a criança, fazem com que os sintomas secundários decorrentes dos sintomas básicos sejam bem diferentes. O sofrimento moral, por exemplo, responsável pela baixa auto-estima, no adulto pode apresentar-se como um sentimento de culpa e, na criança, como ciúme patológico do irmão mais novo.

Hoje em dia a ampliação dos sintomas atribuída à depressão infantil tem contribuído, grandemente, para a elaboração do diagnóstico e, por causa disso, cada vez mais os distúrbios do comportamento da criança estão a ser relacionados a uma forma depressiva de viver.

A expressão clínica da depressão na infância é bastante variável. Baseando-se nas tabelas para o diagnóstico, revistas por José Carlos Martins, podemos dispor a seguinte lista de critérios

- **A tristeza** - uma criança triste não é obrigatoriamente uma criança deprimida. A tristeza é um sentimento normal, comum a todas as crianças em diferentes momentos da sua vida. No entanto, se a duração da tristeza se prolongar, ela poderá ter um carácter patológico e os pais devem ficar alertas para a existência de outros sintomas reveladores da depressão. Todavia, muitas vezes, a tristeza da criança não é facilmente detectável, ela não a exprime (nem o pode fazer) de uma forma directa como um adulto. Ela demonstra a tristeza através de um olhar ausente, de um rosto sério, de um choro fácil ou da auto-depreciação. Os pais devem conhecer e estar vigilantes para todos os sinais que os filhos lhes possam transmitir, por mais subtis que sejam e procurar ajuda de um psicólogo se tiverem qualquer suspeita.

- **Perturbações psicossomáticas** - incluem-se neste grupo de sintomas, dores sem uma explicação física, dificuldades respiratórias, eczemas ou alergias da pele, infecções gerais, vômitos, tonturas, entre outras. No entanto, é necessário eliminar a possibilidade de uma verdadeira doença física, o que não invalida a possibilidade de existência de uma depressão, pois a criança pode estar doente e deprimida ao mesmo tempo.
- **Regressão** – observa-se sobretudo nas crianças mais novas. A criança tem comportamentos que já havia ultrapassado e que são desadequados à sua idade, volta a agarrar-se demasiado à mãe na presença de estranhos, fala como um bebé, volta a fazer chichi na cama, ou tem brincadeiras que já não tinha e a utilizar brinquedos que já não lhe despertavam interesse.
- **Comportamentos estranhos, de isolamento e/ou agressivos** - quanto mais velha é a criança mais a sua tristeza é exprimida através de comportamentos ou de palavras. As dificuldades escolares e de concentração, a falta de confiança em si própria, os sentimentos de inferioridade e o isolamento ocupam um lugar fulcral na manifestação da angústia em que vive.
 - Perda de interesse e de prazer em actividades que anteriormente gostava. Pode também aparecer um medo exagerado, intenso e duradouro de algo, de alguém, ou mesmo de que algo de mal poderá acontecer a qualquer momento. Este medo pode centrar-se na escola, revelando-se numa fobia escolar. A criança deprimida pode ainda adoptar comportamentos de instabilidade e de agressividade, através de atitudes incorrectas em relação às outras crianças e/ou aos adultos. Poderá também adoptar rituais de actividades repetitivas e obsessivas.
- **Alterações no sono e na alimentação** - a criança pode perder o apetite ou, pelo contrário, surgir um aumento da toma de alimentos. A criança pode ter dificuldades em adormecer, ter pesadelos (acorda repentinamente a meio da noite a gritar e a chorar, sem que os pais a consigam acalmar e no dia seguinte não se recorda do episódio) e/ou sonambulismo (de que também não se recorda posteriormente). Estas perturbações implicam uma fadiga diurna, que prejudica o seu rendimento

escolar e a impede de permanecer atenta. No entanto, a criança pode também dormir demais, e ter dificuldades em acordar e em se levantar de manhã.

- **Depressão dos pais** - quando um dos pais está deprimido, é raro que a criança não sofra as consequências. A depressão dos pais pode ser ocasionada por várias causas, mas a que mais se evidencia na depressão da criança é a depressão pós-parto da mãe. Esta depressão impede a mãe de cuidar e estimular o seu filho correctamente, de interagir com ele e de estar disponível para estabelecer uma relação vinciativa. O seu estado impede-a de desempenhar correctamente o seu papel de mãe, e priva, assim, a criança de estabelecer os seus pontos de referência e os seus ritmos normais, e pode instalar-se nela uma angústia depressiva. Nestes casos, o tratamento da depressão na criança deve ser acompanhado pelo tratamento da depressão da mãe. Os bebés deprimidos apresentam alguma inércia.

Alguns podem ter um atraso nas etapas essenciais do seu desenvolvimento: no sentar e no andar, em se alimentar, e chegam a sofrer de desnutrição, sem que se encontre uma causa física ou orgânica. Pode ainda, permanecer inconsolável e chorar sem parar.

Do ponto de vista da interacção, são bebés muito "pobres". Não olham nos olhos, não riem e atrasam-se nas vocalizações antes da fala.

- **Manifestações simples que se podem tornar em sinais** - as histórias que as crianças contam podem indiciar sinais de grande avidez, de insaciedade, como por exemplo: "a história da menina que estava a brincar quando a mãe a chamou para almoçar, mas a comida era peixe e a menina ficou muito triste; a menina ficou triste porque queria carne, só que o peixe até lhe soube bem, tão bem que a menina queria mais, mas não havia mais peixe". Esta história revela sinais de decepção e de insaciedade na criança, sinais esses devem ser valorizados pelos pais e pelos professores, pois podem conduzir a um diagnóstico precoce.

Os desenhos que as crianças fazem podem ser um outro sinal, por exemplo: um menino que desenha uma flor no meio do deserto mostra sinais de um grande

isolamento e de uma grande tristeza; outro menino que desenha uma bola e lhe dá um pontapé que a fura, revela sinais de esvaziamento e de uma grande fúria e revolta interior.

1.5.13.- Sinais e sintomas sugestivos da depressão infantil

- 1- Mudanças de humor significativo
- 2- Diminuição da actividade e do interesse
- 3- Queda no rendimento escolar, perda da atenção
- 4- Distúrbios do sono
- 5- Aparecimento de condutas agressivas
- 6- Auto-depreciação
- 7- Perda de energia física e mental
- 8- Queixas somáticas
- 9- Fobia escolar
- 10- Perda ou aumento de peso
- 11- Cansaço matinal
- 12- Aumento da sensibilidade (irritação ou choro fácil)
- 13- Negativismo e pessimismo
- 14- Sentimento de rejeição
- 15- Ideias mórbidas sobre a vida
- 16- Enurese e encoprese (urina ou defeca na cama)
- 17- Condutas anti-sociais e destrutivas
- 18- Ansiedade e hipocondria

Não é obrigatório que a criança depressiva complete todos os itens da lista acima para se fazer um diagnóstico. Ela deve satisfazer um número suficientemente importante de itens para despertar a necessidade de atenção especializada. Dependendo da intensidade da depressão, pode haver desinteresse pelas actividades de rotina, queda no rendimento escolar, diminuição da atenção e hipersensibilidade emocional. Surge ainda preocupações típicas de adultos, tais como, a respeito da saúde, da estabilidade dos pais, medo da separação, da morte e grande ansiedade.

Além disso, tendo em vista a característica atípica da maioria das depressões na infância, alguns autores começam a pensar neste diagnóstico para outras patologias bem definidas, como é o caso do Deficit de Atenção por Hiperactividade, para certos casos de Distúrbios de Conduta (notadamente a rebeldia, oposição e agressividade) e para os Transtorno Fóbico-Ansioso. Julga-se haver uma íntima relação entre todos esses quadros citados e, principalmente na ansiedade da infância.

1.5.14.- Consequências da depressão infantil

A mais grave consequência da depressão é o suicídio. Segundo estatísticas americanas, anualmente, mais de cinco mil adolescentes tentam matar-se, ou seja, um em cada 90 minutos. Os casos de suicídio entre jovens com menos de 15 anos aumentaram nas últimas décadas. Em 1950, contava-se menos de 40 notificações. Em 1985, o número de casos subiu para 300. Em menores de 12 anos ainda não existem estatísticas fechadas. E, apesar das evidências em crianças entre os 6 e os 10 anos, os casos são subestimados, devido à dificuldade de se constatar o fato, já que muitas dessas mortes são atribuídas a acidentes caseiros. No Japão, o suicídio infantil tem aumentado assustadoramente. São grandes as consequências que podem surgir de um quadro de depressão infantil:

Individuais: Alteração do comportamento, hetero e auto agressividade, baixo nível de tolerância à frustração e à dor, desenvolvimento escolar prejudicado, procura de grupos onde possa ser aceite.

Sociais: Drogas, roubos, marginalização, exclusão do grupo social.

Como prevenir?

Sempre através da observação constante aos sinais apresentados pela criança e desta forma, tentar eliminar ou minorar as causas.

1.5.15.- Como perceber quando uma criança está com depressão

A mudança do comportamento. Este pode ser o primeiro, entre os diferentes sintomas, que indicam o início da depressão entre crianças.

A depressão infantil não tem um limite de idade para se manifestar. Desde 1998 que a doença passou a ser entendida como patologia. Estudos indicam que a depressão infantil atinge entre 2 e 3% das crianças com até 6 anos de idade, e 5 % na faixa entre 7 e 12 anos. No entanto, o números podem ser contestados, já que, na maioria dos casos, os pais não reconhecem a mudança do comportamento do filho como uma possível doença. O choro da criança quando é deixada na escola, por exemplo, pode ser um sintoma de depressão. Os pais devem ficar atentos aos primeiros sinais que indicam o surgimento da depressão infantil.

Fazer um tratamento a tempo pode ajudar muitas crianças a livrarem-se de problemas piores no futuro. Mas a grande conexão para a cura da depressão infantil precisa de ser feita pelos pais. Neste caso, apenas a presença pode curar.

1.5.16.- Transtornos

1.5.16.1.- Transtornos de ansiedade na criança

Ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado da antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho.

Nas crianças, o desenvolvimento emocional influencia as causas e a forma como se manifestam os medos e as preocupações tanto normais quanto patológicos. Diferentemente dos adultos, as crianças podem não reconhecer os seus medos como exagerados ou irracionais, especialmente as menores.

A ansiedade e o medo passam a ser reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo, ou qualitativamente diversos do que se observa como norma naquela faixa etária e interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário. Tais reacções exageradas ao estímulo desenvolvem-se, mais vulgarmente, em crianças com uma predisposição neurobiológica herdada.

A forma para se diferenciar ansiedade normal de ansiedade patológica é basicamente avaliar se a reacção ansiosa é de curta duração, auto limitada e relacionada ao estímulo do momento ou não.

Os transtornos ansiosos são quadros clínicos em que esses sintomas são primários, ou seja, não derivam de outras condições psiquiátricas (depressões, psicoses, transtornos do desenvolvimento, etc.).

Os sintomas ansiosos (e não os transtornos propriamente) são frequentes noutros transtornos psiquiátricos. É uma ansiedade que se explica pelos sintomas do transtorno primário (exemplos: a ansiedade do início do surto esquizofrénico; o medo da separação dos

pais numa criança com depressão maior) e não constitui um conjunto de sintomas que determina um transtorno ansioso típico.

Mas podem ocorrer casos em que vários transtornos estão presentes ao mesmo tempo e não se consegue identificar o que é primário e o que não é, sendo mais correcto referir que esse paciente apresenta mais de que um diagnóstico em simultâneo. Estima-se que cerca de metade das crianças com transtornos ansiosos também tenham outro transtorno ansioso.

Os transtornos ansiosos são os quadros psiquiátricos mais comuns tanto em crianças como em adultos, com uma prevalência estimada durante o período de vida de 9% e 15% respectivamente.

A distribuição entre os sexos é de modo geral equivalente, excepto nas fobias específicas, o transtorno de stress pós-traumático e o transtorno de pânico com predominância no sexo feminino.

A causa dos transtornos ansiosos infantis é muitas vezes desconhecida e inclui factores hereditários e ambientais diversos. Entre os indivíduos com esses transtornos, o peso relativo dos factores causais pode variar.

De uma maneira geral, os transtornos ansiosos na infância e na adolescência apresentam um curso crónico, embora flutuante ou episódico, se não são tratados.

Na avaliação e no planeamento terapêutico desses transtornos, é fundamental obter a história detalhada sobre o início dos sintomas, possíveis causas desencadeantes e o desenvolvimento da criança. Sugere-se, também, levar em conta o temperamento da criança, o tipo de apego que ela tem com os pais e os cuidados paternos, além dos factores implicados na etiologia dessas patologias.

1.5.16.2.- Transtorno de ansiedade de separação

O transtorno de ansiedade de separação é caracterizado por uma ansiedade excessiva em relação ao afastamento dos pais ou aos seus substitutos, que não é adequada ao seu nível de desenvolvimento e que persiste, no mínimo, quatro semanas, causando um sofrimento intenso e prejuízos significativos em diferentes áreas da vida da criança.

As crianças ou adolescentes, quando estão sozinhas, receiam que algo lhes possa acontecer ou aos seus cuidadores, tais como acidentes, raptos, assaltos ou doenças, que os afastem definitivamente destes. Como consequência, demonstram um comportamento de apego excessivo e não permitem o afastamento destes ou telefonam repetidamente para se tranquilizarem. Em casa, para dormir necessitam de companhia e resistem ao sono, que sentem como uma separação ou uma perda de controlo. Com frequência têm pesadelos que são sobre seus temores da separação.

A recusa escolar também é comum nesses pacientes. A criança quer frequentar a escola, demonstra boa adaptação prévia, mas apresenta um grande sofrimento quando necessita afastar-se de casa.

Quando a criança percebe que os seus pais se vão ausentar ou o afastamento realmente acontece, manifestações somáticas de ansiedade, tais como dores abdominais, dores de cabeça, náuseas e vômitos são comuns. As crianças maiores podem manifestar sintomas cardiovasculares como palpitações, tonturas e a sensação de desmaio. Estes sintomas prejudicam a autonomia da criança, restringem a sua vida nos seus interesses, o que ocasiona um grande stress pessoal e familiar. Sente-se humilhada e receosa, com baixa auto-estima e pode evoluir para um transtorno do humor.

Estudos retrospectivos indicam que a presença da ansiedade da separação na infância é um factor de risco para o desenvolvimento de variados transtornos de ansiedade, entre eles, o transtorno de pânico e de humor na vida adulta.

Quando há uma recusa escolar, o retorno à escola deve ser o mais rapidamente possível, para evitar a desistência e a fuga escolar. Deve haver uma sintonia entre a escola, os pais e o terapeuta quanto aos objectivos e à conduta. O retorno deve ser gradual, pois trata-se de uma readaptação, respeitar as limitações da criança e o seu grau de sofrimento.

As intervenções farmacológicas são necessárias quando os sintomas são graves e incapacitantes, embora estudos controlados digam que o seu uso deve ser limitado. O uso de antidepressivos mostrou resultados controversos. Os benzodiazepínicos, apesar de haver poucos estudos controlados que avaliem a sua eficácia, são utilizados para a ansiedade antecipatória e para o alívio dos sintomas durante o período de latência dos antidepressivos.

Os inibidores selectivos da recaptura de serotonina podem ser positivos para o alívio dos sintomas de ansiedade, e são considerados como medicação de primeira escolha devido ao seu perfil de efeitos colaterais, a sua segurança, e a fácil administração.

1.5.16.3.- Transtorno de ansiedade generalizada

As crianças apresentam um medo excessivo, preocupações ou sentimentos de pânico exagerados e irracionais a respeito de várias situações. Estão constantemente tensas e dão a impressão de que qualquer situação é ou pode ser provocadora de ansiedade. São crianças que estão sempre muito preocupadas com o julgamento de terceiros em relação ao seu desempenho em diferentes áreas e necessitam exageradamente que lhes renovem a confiança, e que as tranquilizem. Apresentam dificuldade em relaxar, queixas somáticas sem causas aparentes e sinais de hiperactividade. Tendem a ser crianças autoritárias quando se trata de fazer com que os outros façam em função de tranquilizá-las.

Tornam-se crianças difíceis, pois mantêm um ambiente tenso ao seu redor, provocam irritação nas pessoas com quem convivem pelo absurdo das situações, e é difícil acalmá-las.

O início deste transtorno costuma ser insidioso, muitas vezes os pais têm dificuldade em saber quando começou e referem que se foi agravando até se tornar intolerável, período em que procuram ajuda.

1.5.16.4.-Tratamento

A abordagem pela psicoterapia pode ser das mais diversas modalidades, não há estudos que comprovem a sua eficácia até o momento. A terapia cognitivo-comportamental consiste basicamente em provocar uma mudança na forma alterada de perceber e raciocinar sobre o ambiente e sobre o que causa a ansiedade (terapia cognitiva) e as mudanças no comportamento ansioso (terapia comportamental). Este método pode ser eficaz e duradouro sobre os transtornos ansiosos em geral. Os pais participam activamente na terapia com as crianças, ao contrário do que é feito com os adultos com o mesmo transtorno. Neste método, presume-se que quanto mais atenção se der a esses comportamentos alterados (respostas tranquilizadoras ou agressivas na tentativa de controlar a ansiedade da criança) maior é a oportunidade de reforçá-los e ampliá-los; ao contrário, mantendo-se a calma e retirando-se a atenção do comportamento ansioso, ele tende a extinguir-se.

1.5.17.- Exemplos de transtornos

Transtorno da epilepsia
Transtorno Afectivo Bipolar
Transtorno de Agorafobia
Transtorno da Alimentação
Transtorno de Anorexia Nervosa
Transtorno de Ansiedade Generalizada
Transtorno de Aprendizagem
Transtorno de Asperger
Transtorno de Autismo Infantil
Transtorno Bipolar I, Transtorno
Transtorno Bipolar II, Transtorno
Transtorno de Bulimia
Transtorno de Bulimia Nervosa
Transtorno de Cleptomania (Roubo Patológico)
Transtorno de Delirante
Transtorno de Demência
Transtorno Depressivo
Transtorno de distimia
Transtorno de esquizofrenia
Transtorno de fobia social
Transtorno de hiperfagia
Transtorno da linguagem
Transtorno de mutismo selectivo
Transtorno Autismo Transtorno de pânico
Transtorno de personalidade
Transtorno de síndrome de Rett
Transtorno do sono
Transtorno mental

1.5.18.- A Depressão na Criança Privada do Meio Familiar

Robertson e Bowlby (1952) (in Kashani et al., 1987), relativamente a crianças hospitalizadas e institucionalizadas, encontraram conclusões idênticas às de Spitz (1946). Pedro Strecht (1997), e afirmam que as crianças institucionalizadas não são valorizadas ou confirmadas narcisicamente pelas figuras parentais com falhas a nível da auto-estima, podendo parecer tristes, inibidas, com dificuldades de aprendizagem ou problemas de comportamento, pré-delinquentes, com falhas de identidade sexual e risco de suicídio.

1.5.18.1.- Epidemiologia

A perturbação distímica nas crianças, parece ocorrer com a mesma incidência em ambos os sexos, e de tal forma geral, que se caracteriza por um deficit no desempenho das interações sociais e escolares. Weissman e Klerman (1977, in Rutter, 1991), referem que, de um modo geral, as meninas têm uma maior tendência para a depressão do que os meninos. Clerget (1999) refere que cerca de 2% das crianças sofrem de depressão grave, número esse que aumenta para 10% na adolescência. Teresa Ferreira (2002) afirma que perto de 40% das crianças em consultas de pedopsiquiatria apresentam um diagnóstico estrutural de depressão. Strecht (2001) afirma que em algumas estatísticas, o diagnóstico de depressão chega a estar representado em cerca de 50% das crianças e adolescentes observados.

1.5.18.2.- Prevenção

Em vez de prevenção, podia estar escrito amor. Brody (1997) refere que os pais são os melhores atores na prevenção da depressão infantil, dando-lhes o seu amor e carinho, bem como compreensão e amparo e transmissão de confiança.

1.5.18.3.- Tratamento

Há diversas psicoterapias utilizadas no tratamento dos distúrbios afectivos, havendo três métodos particularmente relevantes, o psicanalítico, o cognitivo e o familiar.

Psicoterapia Psicanalítica: Clerget (1999), apresenta algumas diferenças comparativamente à psicoterapia com adultos, nomeadamente, incluir na terapia com crianças conselhos educativos e explicações; o ritmo das sessões deve ser variável; recurso ao jogo e ao desenho; a atitude do psicoterapeuta, mais participativa. Ferreira (2002), sugere: uma psicoterapia semanal individual com a criança, apoiada pelos pais, de modo a restabelecer-se, regressando a fases anteriores do desenvolvimento.

Psicoterapia cognitivo-comportamental Beck et al. (1978) (in McKinney, J.P. & Rabin, A. I., 1986), definem a sua terapia cognitiva baseada no comportamento e na forma como o paciente vê o mundo. Clerget (1999), diz que a atenção é colocada na participação activa da criança, em que esta é convidada a tentar dominar a depressão, como algo exterior a si.

Psicoterapia Familiar: No caso da depressão infantil, é aconselhado o envolvimento dos pais na terapia (Toolan, 1978, in McKinney, J.P. & Rabin, A. I., 1986).

1.5.19.- Hospitalização e Depressão

. Davies, Butler e Golstein (1972) remetem para a possibilidade de psicopatologia a longo prazo, tal como Barros (1999) que admite a possibilidade de ocorrência de perturbações comportamentais. Melamed (1988) refere atitudes negativas dos pais face aos comportamentos regressivos dos filhos. Anderson e Saile (1987) referem que após a hospitalização, as crianças podem apresentar maior vivacidade e energia, e mais activas e carinhosas.

Segundo estudos realizados por Belizário (1998), 11% das crianças hospitalizadas têm depressão e noutras 20% aparecem sintomas de perturbações. Refere, ainda, que 25% das crianças internadas com problemas do foro neurológico e 33,33% das crianças internadas com problemas respiratórios, apresentam sintomas depressivos.

1.5.20.- Fobias

1.5.20.1.- Fobias específicas

As fobias específicas são definidas pela presença de medo excessivo e persistente relacionado a um determinado objecto ou situação, que não seja de exposição pública ou medo de ter um ataque de pânico. Diante do estímulo fóbico, a criança procura correr para perto de um dos pais ou de alguém que a faça sentir protegida e pode apresentar reacções de choro, desespero, imobilidade, agitação psicomotora ou até mesmo ataques de pânico.

Os medos mais comuns na infância são de pequenos animais, injeções, escuridão, altura e ruídos intensos.

As fobias específicas são diferentes dos medos normais da infância por constituírem uma reacção excessiva e desadaptativa, que foge ao controle do indivíduo e que leva a reacções de fuga, é persistente e causa comprometimento no funcionamento da criança.

.5.20.2.-Tratamento

Para as fobias específicas, o tratamento mais utilizado tem sido a terapia comportamental, de acordo com a prática clínica. Apesar de amplamente utilizada, há muito poucas publicações sobre sua eficácia através de estudos controlados, com amostras de tamanho razoável, com procedimento diagnóstico padronizado e seguimento sistemático da evolução. Resumidamente, as técnicas utilizadas requerem uma exposição da criança ao estímulo fóbico de maneira a produzir a supressão da reacção exagerada do medo. A técnica que tem sido mais empregada é a de dessensibilização progressiva (programa de exposição gradual ao estímulo) de acordo com uma lista hierárquica das situações ou objectos temidos.

O tratamento farmacológico das fobias específicas não tem sido utilizado na prática clínica e são poucos os estudos sobre o uso de medicação nesses transtornos.

1.5.21.- Fobia social

Da mesma forma que se observa em adultos, o medo persistente e intenso de situações onde a pessoa julga estar exposta à avaliação de outros, ou de se comportar de forma humilhante ou vergonhosa, caracteriza o diagnóstico de fobia social em crianças e adolescentes. Em jovens, a ansiedade pode ser expressa por choro, "acessos de raiva" ou afastamento de situações sociais nas quais haja pessoas não familiares.

As crianças com fobia social relatam desconforto em inúmeras situações: falar na sala de aula, comer na cantina próxima de outras crianças, ir a festas, escrever na frente dos colegas, usar casas de banho públicas, dirigir a palavra a figuras de autoridade como professores, além de conversas/brincadeiras com outras crianças. Nestas situações, geralmente há presença de sintomas físicos como: palpitações, tremores, calafrios e calores súbitos, sudorese e náusea.

A depressão é frequente em crianças e adolescentes com fobia social.

1.5.21.1.-Tratamento

Uma série de procedimentos cognitivos-comportamentais têm sido escolhidos para o tratamento do medo de, situações sociais ou de isolamento social em crianças.

O tratamento cognitivo da ansiedade social tenta inicialmente modificar os pensamentos mal adaptados que parecem contribuir para um comportamento de fuga social. Pensamentos negativos são comuns em crianças com ansiedade social O tratamento comportamental baseia-se na exposição gradual à situação temida. Uma criança incapaz de comer na cantina da escola por se sentir mal e ter medo de vomitar perto de outras crianças, tem como tarefa de exposição a permanência diária na cantina por períodos cada vez maiores, inicialmente sem comer até ao ponto de conseguir comer com os seus colegas. Os procedimentos desta intervenção em crianças e adolescentes seguem os mesmos princípios do tratamento em adultos.

Até ao momento, não há estudos sobre os tratamentos não medicamentosos controlados em crianças em que se diagnosticou fobia social. Relatos iniciais indicam que os benzodiazepínicos, alprazolam podem ser úteis na redução das situações sociais em crianças com fobia social.

1.5.22.- Alguns cuidados importantes na educação das crianças

- a) Educar os filhos para a resiliência. O termo vem da física e significa a capacidade de um corpo sofrer deformações à resposta de um impacto e voltar ao seu estado original. A criança resiliente é capaz de sofrer impactos de acontecimentos ocorridos na vida e não se deformar. Ela é proactiva, optimista, tolera as frustrações e sabe adiar as compensações.

- b) Educar os filhos para a sua própria autonomia com senso de identidade e auto-estima positiva. Deve-se desenvolver a independência e a capacidade de autocontrolo.

- c) Educar os filhos para que tenham competências sociais. Para isso precisam de ser flexíveis, sensíveis, atenciosos e com capacidade para demonstrar as suas emoções e o seu bom humor.

- d) Educar os filhos para que tenham capacidades de resolver problemas. Para isso precisam de saber pensar de forma crítica, elaborar alternativas para as soluções das suas necessidades, bem como procurar ajuda quando não consegue encontrar uma solução.

- e) Tentar intensamente a harmonia e o optimismo no ambiente familiar.

- f) Estar sempre envolvido com os filhos, só assim haverá uma empatia com eles.

1.5.23.- Como ajudar as crianças na sua auto-estima

A auto-estima é a capacidade de gostarmos de nós mesmos, de nos aprovarmos, a certeza de que somos capazes de realizar uma série de coisas, de que somos realmente competentes em determinadas habilidades, e também a capacidade de termos uma auto-imagem positiva. A auto-estima inclui tanto a imagem que temos de nós como a imagem que acreditamos que as outras pessoas têm de nós, aquilo que acreditamos que elas pensam a nosso respeito.

A auto-estima vai-se formando desde que se nasce. Todas as experiências que resultam em satisfação, conforto e alegria, vão ajustando uma auto-estima positiva. Quando a mãe brinca com o bebé e ele sorri, quando a mãe repete as palavras que o bebé pronuncia, numa espécie de jogo divertido, é como se ela estivesse a dizer-lhe que gosta muito dele e que adora brincar com ele. As aprendizagens pelas quais uma criança tem de passar são inúmeras e difíceis. Já no primeiro ano de vida, ela precisa de aprender a reconhecer o rosto das pessoas que a rodeiam, assim como as vozes, aprender a comunicar de alguma forma aquilo que sente e aprender uma série de movimentos. Ela precisa de apoio e de estímulo para todas essas aprendizagens, precisa de adultos que a consolem quando falhar ou se sentir insegura. Precisa de estímulo, alguém cuja atitude expresse uma visão optimista a respeito de todas estas aprendizagens, alguém cujo comportamento a ajude a encarar a aprendizagem e o mundo como coisas divertidas, curiosas e excitantes. É preciso incentivar o prazer pela descoberta, o prazer de ser persistente e de superar obstáculos.

A atitude e os comentários dos pais e dos professores sobre os sucessos e os insucessos da criança são decisivos para sua auto-estima e o seu auto-conceito.

Pode-se ver alguns princípios fundamentais para a formação de um auto-conceito positivo:

- Comentar objectivamente os fatos e apontar apenas o que a criança faz.
- Não se deve julgar a criança a partir do seu comportamento. Não confundir a sua identidade com o seu comportamento. Não se deve rotular a criança. Com isto demonstra-se que o seu comportamento pode mudar, mas a sua identidade, o seu

valor, e quem ela é, permanecem constantes. Em última análise, que ela não é o seu comportamento.

- Não se deve comparar a criança com outras crianças mas sim com ela mesma.
- Orientar a criança sobre o que ela pode fazer para conseguir melhores resultados.
- Ajudá-la a encontrar novas alternativas para o seu comportamento.

É muito comum defrontarmo-nos com crianças que são marginalizadas na escola. Aquelas que são apontadas como culpadas por tudo o que acontece de mal, mesmo que não tenham culpam. Aquelas que ficam com a fama de rebeldes, chatas, diferentes.

O que ocorre na escola nada mais é do que um processo de exclusão social. A nossa sociedade exclui o diferente. E o diferente tanto pode ser uma criança com dificuldades de relacionamento interpessoal, ou com dificuldades de aprendizagem, a que usa óculos, ou aparelho nos dentes, ou aquela que é muito magra, ou muito gorda, etc. Às vezes a escola reflecte esta prática da exclusão, a escola reproduz aquilo que acontece em nossa sociedade.

Hoje vivemos a cultura da homogeneização. Todos têm de estar com o mesmo corte de cabelo, com a mesma roupa, com a mesma grife, falar as mesmas gírias, frequentar os mesmos lugares, manter o corpo dentro de determinados padrões, etc. Não há lugar para aqueles que ousam ser originais (ou, na melhor das hipóteses, estes terão de se esforçar muito a fim de conseguirem o respeito e o afecto dos ditos normais...). Os diferentes são excluídos, marginalizados, afastados do convívio, a menos que consigam ser trazidos à normalidade, que passem por algum processo (que tanto pode ser a educação recebida na escola, em casa, ou até mesmo alguns procedimentos ditos terapêuticos) que os transforme finalmente em aceitáveis.

Situações como esta são excelentes oportunidades para a escola trabalhar a capacidade dos alunos de aceitar a diferença, isto é, colocar-se no lugar do outro e tentar ver o mundo como ele vê, tentar sentir o que ele sente. É uma oportunidade também para se falar sobre valores como: a solidariedade, a cidadania, a democracia, os direitos, a igualdade. Contudo, às vezes até mesmo os professores, por vezes pressionados por prazos e objectivos a serem cumpridos, acabam por excluir um aluno diferente, aquele que não se encaixa, ou que não acompanha (o ritmo da maioria).

Mas, felizmente encontramos professores idealistas neste contexto, que se empenham completamente em recuperar a auto-estima abalada do aluno excluído e marginalizado e que são capazes de pensar no outro. Aqueles que procuram uma forma de valorizar o aluno, que procuram algo que ele saiba fazer bem a fim de o valorizar perante a turma e a escola. Aquele que dão um voto de confiança e, mais do que isso, são os primeiros a confiar no aluno e nas suas capacidades. Estes estão absolutamente comprometidos com a missão de educar. Arriscam-se pelos seus ideais ideal de ensinar, e de transformar. Mostram ao aluno que serão mais persistentes do que ele na luta para recuperar a sua auto-estima. Mostram que não desistirão do aluno, ainda que ele teste continuamente a determinação do professor. Quando o aluno não acredita nas suas capacidades é difícil acreditar que alguém mais o possa fazer. Normalmente os alunos com pouca ou nenhuma auto-estima sofrem de depressão, desesperança e desconfiança em relação ao mundo e aos adultos, vistos como potencialmente perigosos e causadores de sofrimentos. Desnecessário dizer que tais professores são verdadeiros heróis nos dias de hoje, principalmente se se considerar a difícil realidade da escola.

Porém, não se pode incumbir apenas à escola a tarefa de educar as crianças. Por vezes, professor pouco pode fazer para que os problemas de auto-estima dos alunos, se eles têm origem em casa, na família, no seu relacionamento com os pais, no meio em vive. Muitas vezes é necessária ajuda especializada para que a criança seja considerada não como a responsável, culpada, pelos seus problemas, mas como um produto do seu meio familiar, social, escolar, etc. É tarefa do psicólogo estudar a criança dentro deste contexto mais amplo a fim de que todos possam evoluir juntos.

Aos pais cabe a maior parte do processo de educar os filhos. A tarefa de educar um filho é imensa, dura pelo menos vinte anos. Um filho não é algo que se possa devolver como um artigo porque não o quer mais. O projecto de ter um filho não tem volta.

É muito bom quando os pais apoiam e estimulam a descoberta dos dons e dos talentos de seus filhos. Estes pais que apoiam a frequência do filho num curso de artes e que apoiam os seus projectos mesmo quando correm mal ou resolvem mudar de caminho... estes pais que não só apoiam estas actividades, como eles próprios participam nelas, a fim de estarem junto dos filhos, incentivando-os.

Por isso, recomenda-se aos pais que tratem inclusive da aparência do filho: dos hábitos de higiene, e das roupas. É muito importante ajudar a criança a ter uma imagem positiva de si, sentir-se atraente, a gostar do seu reflexo ao espelho, nos álbuns de fotografias, de ter uma imagem, atraente que provoque uma reação positiva nas pessoas.

Ensinar uma criança a andar limpa, com roupas e sapatos bem arranjados, ajuda-a a construir uma auto-imagem positiva e a ser bem recebida pelas pessoas.

Capítulo VI - A depressão na adolescência

1.6.-Depressão na adolescência

Durante muitos anos acreditou-se que os adolescentes, assim como as crianças, não eram lesados pela Depressão, já que, supostamente, esse grupo etário não tinha problemas vivenciais. Acreditava-se que a Depressão era exclusivamente uma resposta emocional à problemática existencial, então quem não tinha problemas não deveria ter depressão.

Actualmente sabe-se que os adolescentes são tão susceptíveis à depressão como os adultos, é um distúrbio que deve ser seriamente encarado em todas as faixas etárias. A depressão pode interferir de maneira significativa na vida diária, nas relações sociais e no bem-estar geral do adolescente, e pode mesmo levar ao suicídio. Quase todas as pessoas, jovens ou idosas, experimentam sentimentos temporários de tristeza em alguns momentos da sua vida.

Estes sentimentos fazem parte da vida e tendem a desaparecer sem tratamento. Isso não é depressão. Quando se fala de depressão, fala-se de uma doença com sintomas específicos, com duração e gravidade suficientes para comprometer as capacidades de levarem uma vida normal.

Não se deve julgar as pessoas deprimidas como se elas estivessem a ficar loucas, nem tampouco devemos achar que há motivos para o deprimido se envergonhar.

Em Psychiatry On-Line Brasil tem um artigo interessante da autoria de Enio A. M. Resmini sobre Suicídio na Adolescência.

"A adolescência é uma etapa de conflitos e contradições para a maioria das pessoas. O jovem entra no mundo adulto através de profundas alterações no seu corpo, deixa para trás a infância e é lançado num mundo desconhecido de novas relações com os pais, com o grupo de iguais e forte angústia, confusão e sentir que ninguém o entende, que está só e que é incapaz de decidir correctamente seu futuro. Isto ocorre, principalmente, se este jovem

estiver inserido em um grupo familiar que também está em crise por separação dos pais, violência doméstica, alcoolismo de um dos pais, doença física ou morte.”

Quando um adolescente não tem o apoio da família pode procurar desesperadamente o apoio de um grupo de iguais, o qual, pode ser constituído de jovens problemáticos ou delinquentes. Sem o suporte da família e com amigos que são fonte deficiente de apoio, este é o ambiente propício para o desenvolvimento da depressão do adolescente.

Muitas pessoas apresentam a primeira crise de Depressão durante a adolescência, apesar de nem sempre essa crise ser reconhecida. Segundo os especialistas, a Depressão geralmente aparece pela primeira vez em pessoas com idade entre os 15 e os 19 anos.

Há muitas tentativas para se definir adolescência, embora nem todas as sociedades tenham este conceito. Cada cultura possui um conceito de adolescência, baseando-se sempre nas diferentes idades para definir este período.

A puberdade tem um aspecto biológico e universal, caracterizada por modificações visíveis, como por exemplo, o crescimento dos pêlos púbicos, axilares ou torácicos, o aumento da massa corporal, a desenvolvimento do pênis, a menstruação, etc. Estas mudanças físicas costumam caracterizar a puberdade, que neste caso é um ato biológico, da natureza.

De fato, observou-se nas duas últimas décadas um aumento muito grande do número de casos de depressão com início na adolescência e na infância. Algumas pesquisas mostram que alguns adolescentes estudantes sentem-se muito infelizes ou têm algum tipo de problema emocional. Talvez seja porque o mundo moderno se esteja a tornar cada vez mais complexo, competitivo, exigente, e muitos adolescentes têm dificuldades para lidar com as necessidades de adaptação com que se deparam diariamente.

De um modo geral os adolescentes deparam-se com várias situações novas e pressões sociais, que favorecem condições para que estes apresentem flutuações do humor e mudanças claras no comportamento. Entretanto, alguns, mais sensíveis e sentimentais, podem desenvolver quadros francamente depressivos com intensos sintomas de descontentamento, confusão, solidão, incompreensão e atitudes de rebeldia. Este quadro pode indicar uma depressão, ainda que os sentimentos de tristeza não sejam os mais convincentes.

Os traços da personalidade do adolescente é o que permite explicarem a razão pela qual alguns tornam-se deprimidos e outros não. Como acontece com qualquer outra doença, alguns são mais susceptíveis que outros. Apesar de as pressões da vida quotidiana do adolescente ajudem o aparecimento da depressão, muitos jovens passam por acontecimentos desagradáveis sem desenvolver esta doença. A tristeza, comum nos momentos de reflexão da adolescência, é uma experiência normal que geralmente não progride para a depressão.

1.6.1.- Os conflitos na adolescência

Hoje em dia é habituais os pais orgulharem-se ao ver o seu filho a trabalhar perfeitamente com o computador, com o vídeo, com os DVD e outros aparelhos da nova tecnologia, muitas vezes quando eles próprios não o sabem fazê-lo ou pelo menos tão bem.

O conflito surge quando o adolescente enfrenta posições contraditórias. Ele ainda é não adulto, portanto, tem que obedecer ao protocolo cultural e frequentar a escola com cursos cada vez mais aprimorados e desportos que deixaram de ser lúdicos.

Assim sendo, os adolescentes encontram-se imersos num mundo de ambiguidades e contradições.

Durante a puberdade, geralmente, a fase inicial das mudanças no aspecto físico é contrária aos modelos de estética ideais. As raparigas gostavam de ter já seios fartos, ancas roliças, etc., e o rapaz deseja ter músculos desejáveis, barba, etc. Esta distonia entre o corpo e a aspiração pode desencadear sérias dificuldades de adaptação, baixa auto-estima, falta de aceitação pessoal, que pode resultar em problemas depressivos, anorécticos, obsessivos-compulsivos.

As novas relações sociais do adolescente, notadamente com os pais e com o grupo de iguais podem fonte de ansiedade, confusão e sentir que ninguém o entende. Paralelamente, ocorre a angústia de estar sozinho e de ser incapaz de decidir correctamente seu futuro.

Os conflitos tendem a agravar-se muito mais se os jovens estiverem inseridos numa família que também está em crise, seja por separação dos pais, por violência doméstica, alcoolismo, dificuldades económicas, doença física ou morte.

1.6.2.- Quem é mais vulnerável à depressão?

Alguns adolescentes são mais susceptíveis à depressão que outros, tal como acontece em qualquer outra doença. Além disso, a depressão resulta de uma combinação de variados factores e não apenas de uma causa.

De um modo geral, as pressões da vida diária, agravadas pelo sentimento existencial próprio da adolescência, são importantes condições que contribuem para o aparecimento da depressão nos jovens. O medo do fracasso, a discriminação da faixa etária e a pressão para realizar inúmeras tarefas podem contribuir para o aparecimento da depressão.

As causas genéticas têm um importante papel no desenvolvimento da depressão. A ocorrência da depressão é muito mais frequente nas pessoas que têm familiares também com transtornos depressivos. Além disso, actualmente as pesquisas concentram-se principalmente na área bioquímica da depressão.

A Depressão possa ser causada por um desequilíbrio de substâncias químicas cerebrais chamados neurotransmissores, principalmente três deles; a noradrenalina, dopamina e, principalmente, a serotonina.

1.6.2.1.-Tratamento

Muitos jovens deprimidos podem beneficiar de um tratamento adequado. O primeiro passo, evidentemente, é procurar um profissional para um diagnóstico, um aconselhamento, um tratamento e ajuda. Com o adolescente, os familiares e o médico pode-se chegar a uma decisão sobre o tratamento mais adequado para o paciente. Para alguns adolescentes, o aconselhamento pode ser a única terapia necessária. Muitas vezes o tratamento medicinal é indispensável mas, mesmo com ele, o aconselhamento que compreende o adolescente e sua família é bastante benéfico.

Existem vários antidepressivos eficazes que podem ser utilizados no tratamento da depressão na adolescência, particularmente nos casos mais graves. As principais classes destes medicamentos são os Antidepressivos Tricíclicos, Inibidores da Monoaminoxidase os Inibidores Selectivos da Recaptação de Serotonina e os Antidepressivos Atípicos.

1.6.3.- Sintomas depressivos

Os adolescentes têm uma tendência natural para comunicar através da acção, em detrimento da palavra. Por isso, na procura da solução para os seus conflitos, os jovens podem recorrer às drogas, ao álcool ou à sexualidade precoce ou promíscua. Tudo isto na tentativa de aliviar a angústia ou reencontrar a harmonia perdida. Angustiadados e confusos, podem adoptar comportamentos agressivos e destrutivos contra a sociedade. Por isso tem sido comum observar os adolescentes manifestarem a sua depressão através de uma série de actos anti-sociais, distúrbios de conduta, e comportamentos hostis e agressivos.

Nos adolescentes a depressão também é "mascarada" por problemas físicos e queixas somáticas que parecem não ter relação com as emoções. Estes problemas podem incluir alterações do apetite ou distúrbios de alimentação, tais como, a anorexia nervosa ou a bulimia. Alguns adolescentes deprimidos podem sentir-se excessivamente cansados, sonolentos o dia todo, e exaustos mesmo depois de terem dormido várias horas.

Embora a Depressão Atípica seja a norma entre crianças e adolescentes, a depressão franca ou típica também pode ser comum. O jovem deprimido confia pouco em si mesmo, tem auto-estima baixa, experimenta alterações no apetite e no sono, se auto-acusa e é lento no raciocínio. A baixa auto-estima faz com que se veja sem valor, feio, desinteressante e cheio de defeitos pessoais. Estes sentimentos angustiantes e depressivos levam, invariavelmente, a um dano na saúde, na escola, no relacionamento familiar e social.

Durante um episódio depressivo os jovens costumam sentir-se inquietos ou irritados, isolarem-se dos amigos ou dos familiares, ter dificuldade de concentração nas tarefas, perdem o interesse ou o prazer em actividades que antes gostavam de realizar, têm sentimentos de culpa e perda no prazer de viver. Podem também ter alterações do sono, por exemplo, irem dormir mais tarde do que costumam fazer, acordam cedo demais, têm sonolência durante o dia; alterações do apetite, que os levam a ganhar ou perder peso.

Por vezes, os adolescentes deprimidos pode tentar suicídio. Fazem isso de forma franca ou velada. De forma velada agem de maneira inconsciente, envolvendo-se em atitudes completamente imprudentes, acidentes de viação, o uso progressivo de drogas e álcool, ingestão de comprimidos perigosos, uso de armas de fogo, etc.

1.6.4.- O suicídio no adolescente

Ainda hoje, infelizmente, em muitas partes da nossa cultura repudia-se a responsabilidade pessoal do suicida sobre seu acto, acredita-se que a sua atitude corresponda a um plano pensado e executado com lucidez e juízo pleno, em completo descaso intencional e propositado para com a vida.

Embora a discussão filosófica em torno do suicídio seja extenuante e inconclusiva, do ponto de vista médico a morte por suicídio é tão letal quanto aquela consequente de um enfarte do miocárdio e, não obstante, é tão sujeita à abordagem terapêutica quanto esta. Se o suicida for visto como uma pessoa embriagada por uma química não alcoólica, mas de neurotransmissores, entende-se melhor a possibilidade desse acto ser satisfatoriamente reavaliado quando a pessoa voltar à normalidade.

Actualmente, a segunda causa de morte entre jovens dos 15 aos 19 anos de idade é o suicídio. A primeira causa é os acidentes, principalmente com automóveis. O índice de suicídio entre pessoas jovens triplicou nos últimos 30 anos.

Quando uma pessoa fala a respeito de cometer suicídio, ao contrário do que se pensa, o mais importante a fazer é levá-la a sério. As pessoas que falam em suicídio podem estar, de facto a pensar em praticá-lo e, sendo jovens ou não, a maioria dos que tentam o suicídio sempre dão uma espécie de aviso sobre as suas intenções.

Os principais sinais de aviso para o risco de transtorno do humor que, eventualmente, pode resultar em suicídio são:

1. Mudanças acentuadas na personalidade
2. Mudanças acentuadas na aparência,
3. Alterações nos padrões do sono
4. Alterações nos hábitos alimentares
5. Dano no rendimento escolar.
6. Falar sobre morte ou suicídio
7. Provocar ferimentos em si próprio

8. Pânico ou ansiedade crónicas

9. Distribuir objectos pessoais

Em adolescentes com alto risco de suicídio, muitos tomam a trágica decisão após uma situação de grande pressão, como por exemplo a rotura de um relacionamento, um fracasso escolar ou profissional ou uma discussão importante com os pais. A ocorrência de êxito entre adolescentes que realmente tentam por fim à própria vida é maior entre o sexo masculino do que entre o sexo feminino.

Podem-se dividir os adolescentes vulneráveis ao suicídio em três grupos:

1. Adolescentes com sintomas clássicos de depressão, como tristeza e desespero.
2. Perfeccionistas que estabelecem para si mesmos padrões muito altos de desempenho.
3. Adolescentes que expõem a sua depressão através de comportamentos e atitudes agressivos ou situações de risco, uso de drogas e confrontos com as autoridades.

A depressão neste grupo pode ser particularmente difícil de descobrir, uma vez que estes jovens tendem a negar qualquer sentimento de depressão. Esta é uma situação particularmente perigosa porque este é o adolescente que mais provavelmente será bem sucedido na tentativa de cometer suicídio.

1.6.5.- Bullying

A palavra "Bully" é de origem inglesa e significa "valentão". Para o termo bullying, do mesmo idioma, não existe uma tradução exacta na língua portuguesa. A sua acção implica em atormentar, com atitudes de gozo, de agressão, de ofensa, de humilhação ou mesmo intimidação. O seu conceito e a sua prática são amplos, caracterizam-se por atitudes negativas, executadas repetidamente, que ocorrem quando há desequilíbrio de poder. Podem suceder nas escolas, nas universidades, no trabalho ou até mesmo entre vizinhos.

O tipo de bullying mais evidenciado é o escolar. Os locais mais comuns destes maus-tratos são os recreios e os corredores da escola.

O bullying tem sido menosprezado pelos adultos, que o encaram como coisas de crianças. A gravidade deste padrão de comportamento está longe de ser inocente. Não se tratam de meros conflitos ocasionais entre alunos. São situações repetitivas que afectam a vítima, na sua segurança, como também no seu rendimento e frequência escolar. Não é um problema simples que pode ser resolvido de um dia para o outro. É um mal que aflige durante um grande período da vida. É uma marca que se carrega, em muitos casos, para o resto da vida.

Sendo, então, o bullying, um distúrbio que se caracteriza por agressões físicas e morais repetitivas, que causa medo, tristeza, solidão, ao isolamento, a alterações emocionais e à depressão.

O Bullying é uma discriminação, consumada por alguns contra uma única pessoa.

O agressor de bullying, pratica-o para obter poder; conquistar popularidade na escola, ou mesmo para esconder o seu medo, atemorizando os outros.

Os adolescentes não têm personalidade específica como tem a infância. A adolescência, é uma fase transitória de maturação, sem responsabilidade nem utilidade própria, mas vital para a futura vida útil.

Os adolescentes encaram as situações novas e muitas pressões sociais que levam, talvez, os mais sensíveis e sentimentais a desenvolver quadros de depressão. Demonstram sintomas de confusão, solidão, rebeldia, descontentamento e angústia. As relações sociais do adolescente com os pais e com os amigos podem ser fonte de ansiedade e confusão. Quase sempre acham-se incompreendidos.

Esta fase é crucial para o desenvolvimento humano e nela se definem como será a pessoa adulta. Os pais e entidades que lidam com adolescentes, ou mesmo, pré-adolescentes perderem as manifestações precoces e os pequenos desvios de conduta, e em pouco tempo estão defronte de um adolescente incontrolável ou de um adulto desajustado.

Na procura de uma solução para os seus conflitos, os jovens podem recorrer às drogas, ao álcool, à prostituição ou à agressividade na tentativa de aliviar a ansiedade e encontrar tranquilidade.

Vários motivos explicam o suicídio dos adolescentes: causas de ordem sexual, drogas, timidez, fracasso escolar, problemas sentimentais, relação familiar, e transtornos de conduta. Se o adolescente passar por isto sem depressão, certamente, não se suicidará. Os sintomas depressivos mais associados ao suicídio dos adolescentes dizem respeito ao severo prejuízo da auto-estima, aos sentimentos de desespero e à incapacidade de enfrentar e resolver problemas. À medida que a depressão se vai agravando a baixa da auto-estima vai piorando.

A prática do bullying concentra-se na combinação entre a intimidação e a humilhação, em forma de abuso psicológico, físico e social, é nítida a estreita conexão entre bullying, depressão e suicídio, principalmente na adolescência.

No decorrer da vida precisa-se da aceitação e da aprovação do outro. Nesse sentido, fica claro porque o bullying tem um poder tão destrutivo na vida de uma criança, adolescente e mesmo de um adulto.

O preconceito é uma forma de comportamento que se adquire por meio de opiniões infundadas que leva à violência física e moral, tornando-se num grande problema no ambiente escolar. Através dessa inter-relação de circunstâncias, diariamente presenciadas na escola, de pessoas de natureza espontânea não generosa, expõe-se o preconceito, muitas vezes não identificado, que humilha e exclui aqueles que não se enquadram nos padrões convencionais de cor, nível social, e entre outros aspectos.

O Bullying trata-se de um problema mundial, que se encontra em todas as escolas. Vem-se espalhando amplamente nos últimos anos e recentemente tem sido muito estudado.

Ao primeiro sinal de depressão, os pais devem proteger a criança e encaminhá-la a um profissional. O apoio da família e a psicoterapia são importantíssimos. A depressão infantil desencadeia várias outras doenças tais como: anorexia, bulimia, etc.

Sentimentos de culpa pela sua existência podem estar presentes como parte dos sintomas depressivos. Neste sentido, é importante considerar o discurso do adolescente que alimenta a intenção de suicídio.

O papel dos pais, tanto dos agressores quanto dos agredidos, é fundamental para combater a violência moral nas escolas. Pais e educadores devem encorajar as vítimas de bullying a denunciar os seus agressores, pois a vítima sofre em silêncio, com medo de represálias.

As vítimas de bullying devem: evitar a companhia de quem o pratica. Nunca falar com o agressor sozinho, não responder às provocações, não manter a agressão em segredo, não se intimidar e relatar os factos aos pais, professores, coordenadores e responsáveis.

A família, e a escola devem encaminhar os jovens, desde a puberdade, para actividades sadias para os manter longe dos vícios e das tentações.

É extremamente necessária a construção de vínculos positivos. A partir desses vínculos poderão perceber, através das sinalizações dos alunos, como a comunicação e os relacionamentos dentro e fora da sala de aula. Serão os vínculos positivos os indicadores para o bom desenvolvimento da acção psicopedagógica.

Quando se olha verdadeiramente e se escuta uma criança ou um adolescente, é possível perceber como este ser está a pensar e a sentir-se. Tanto o agressor como a vítima necessitam de um acompanhamento psicopedagógico, que envolva também a família.

O bullying sempre existiu. O que acontece é que, com a influência da televisão e da internet, os apelidos pejorativos foram tomando outras proporções.

A violência e seus impactos são temas frequentes nos debates nacionais e internacionais, especialmente quando acontecem tragédias que envolvem estudantes e instituições escolares. Tais acontecimentos trazem à luz questões até então negligenciadas no passado, como a violência entre os estudantes.

As praxes universitárias, muitas vezes humilhantes e violentas, por exemplo, ainda são pouco discutidas e só ganham alguma visibilidade quando os meios de comunicação veiculam cenas de violência. A literatura mostra a existência deste costume em diversos países.

Ainda hoje, essas práticas são consideradas por muitos como ritos de passagem e esperadas com certa ansiedade pelos calouros e sua família, mas trata-se de um ritual de exclusão e não de integração. Deve ser considerado como um mecanismo de dominação fundamentado por discriminação, intolerância, violência e preconceitos da classe, etnia e género. O abuso de poder é a sua marca principal.

As atitudes agressivas e os abusos psicológicos, com o argumento de que são brincadeiras, muitos estudantes convertem-se em bodes expiatórios do grupo, desde a sua entrada no ensino superior até à sua conclusão e, em alguns casos, essa situação estende-se na vida profissional.

Os que se negam a participar são coagidos, intimidados, perseguidos ou mesmo isolados do convívio e das actividades dos demais.

Em muitas situações, o gozo, que seria um acto pontual, prolonga-se numa série de acções repetitivas e deliberadas. Sobre as vítimas dessa perseguição recaem prejuízos, que podem atingir várias áreas da sua vida afectiva, académica, familiar, social e profissional. Sentimentos de insegurança, inferioridade, incompreensão, revolta e desejos de vingança

podem resultar em stress intenso, depressão, fobias e culminar em suicídio e assassinatos. Outros não resistem à pressão e abandonam a vida académica, carregando consigo a dor e a frustração de ter pertencido a uma instituição que nada fez para destruir com essa cultura.

Por outro lado, existem os que se resignam e aceitam submeter-se às diversas formas de opressão e tortura, ou se tornam cúmplices delas: apoiados na tradição justificarão os seus actos de posterior dominação. Há ainda aqueles que apenas presenciam o que acontece aos colegas, mas, mais tarde, também se sentirão aptos a reproduzir a experiência.

Estamos, assim, diante de uma dinâmica repetitiva de abusos, já que aquele que foi vítima tende a ser cruel no futuro, seja no ambiente académico, profissional, social ou na família.

No ambiente profissional estas práticas ocorrem tantas vezes que chegam a ser vistas como normais. De acordo com a frequência e a intensidade os actos podem caracterizar-se de assédio moral. Há grandes probabilidades de que as suas consequências afectem a saúde mental dos trabalhadores, comprometendo a auto-estima, a vida pessoal e o rendimento profissional, na queda da produção, faltas frequentes ao trabalho, atestados médicos, abandono do emprego ou pedidos de demissão, alto grau de stress, depressão e, em casos extremos, suicídio

No contexto familiar, a violência pode ser vista como prática educativa ou forma eficaz de controlo, legitimada pela maioria que a presencia ou a vive, incluindo a própria vítima. Tanto no contexto profissional como na família há uma estreita ligação de dependência afectiva, emocional ou financeira entre os protagonistas. Isso faz com que as vítimas em geral se calem e carreguem consigo uma série de prejuízos psíquicos.

Pesquisas mostram que grande parte daqueles que sofreram abusos psicológicos na infância utilizará na vida adulta essas práticas na educação dos seus filhos, crendo ser esse o procedimento mais adequado. Outros tornar-se-ão submissos, passivos, indefesos, acreditando serem merecedores dos maus-tratos. Muitos ainda reproduzirão a violência no espaço socializador imediato à família, ou seja, na escola.

1.6.6.- Bullying, comportamento hostil entre estudantes

Estudos sobre as influências do ambiente escolar e dos sistemas educacionais sobre o desenvolvimento acadêmico dos jovens estão a ser realizados, mas é necessário também que tais influências sejam observadas pela perspectiva da saúde.

A escola é de grande importância para as crianças e adolescentes, e os que não gostam dela têm uma maior probabilidade de apresentar resultados insatisfatórios, perturbações físicas e emocionais ou sentimentos de descontentamento com a vida.

Os relacionamentos interpessoais positivos e o desenvolvimento acadêmico estabelecem uma relação directa, onde os estudantes que aceitam apoio têm mais possibilidades de alcançar um melhor nível de aprendizagem. Portanto, a aceitação pelos companheiros é fundamental para o desenvolvimento da saúde das crianças e dos adolescentes, aperfeiçoando as suas aptidões sociais e fortalecendo a capacidade de reacção perante situações de tensão.

A agressividade nas escolas é um problema universal. O bullying e a vitimização representam diferentes tipos de envolvimento em situações de violência durante a infância e a adolescência. O bullying diz respeito a uma forma de afirmação, de poder interpessoal através da agressão. A vitimização ocorre quando uma pessoa é o receptor do comportamento agressivo de uma outra mais poderosa. Tanto o bullying como a vitimização têm consequências negativas imediatas e tardias sobre todos os envolvidos: agressores, vítimas e observadores.

Por definição, bullying compreende todas as atitudes agressivas, intencionais e repetidas, que acontecem sem motivo aparente, adoptadas por um ou mais estudantes contra outro que originam dor e angústia, e são executadas dentro de uma relação desigual de poder. Essa assimetria de poder associada ao bullying pode ser resultante da diferença de idade, tamanho, desenvolvimento físico ou emocional, ou do apoio dos demais estudantes

São comportamentos agressivos que surgem nas escolas e que são tradicionalmente admitidos como naturais, sendo vulgarmente ignorados ou não são valorizados, tanto por professores como pelos pais.

A aceitação universal do termo bullying foi consequente da dificuldade em traduzi-lo para outras línguas. Durante a realização da Conferência Internacional Online School Bullying and Violence, de maio a junho de 2005, ficou indicado que o amplo conceito dado à palavra bullying dificulta a identificação de um termo nativo correspondente em países como Alemanha, França, Espanha, Portugal e Brasil, entre outros.

As pesquisas sobre o bullying são recentes e ganharam destaque a partir dos de 1990, principalmente com Olweus, 1993; Smith & Sharp, 1994; Ross, 1996; Rigby, 1996. Estudos indicam que a prevalência de estudantes vitimizados varia de 8 a 46%, e de agressores, de 5 a 30%

A escola é vista, tradicionalmente, como um local de aprendizagem, avaliando-se o desempenho dos alunos com base nas notas dos testes de conhecimento e no cumprimento das tarefas académicas.

Em alguns documentos, estão previstos os direitos ao respeito e à dignidade, sendo a educação entendida como um meio de promover o pleno desenvolvimento da pessoa e a sua preparação para o exercício da cidadania.

Espera-se que as escolas sejam ambientes seguros e saudáveis, onde crianças e adolescentes possam desenvolver, ao máximo, os seus potenciais intelectuais e sociais. Portanto, não se pode admitir que sofram violências que lhes traz danos físicos e psicológicos, que testemunhem tais fatos e se cale para que não sejam também agredidos e acabem por achá-los banais ou, pior ainda, que diante da omissão e da tolerância dos adultos, adotem comportamentos agressivos.

1.6.6.1.- Classificação

O bullying é classificado como objectivo, quando as vítimas são atacadas directa ou indirectamente. São considerados bullying directo os apelidos, as agressões físicas, as ameaças, os roubos, as ofensas verbais ou as expressões e gestos que geram mal-estar aos alvos. São actos utilizados com uma frequência quatro vezes maior entre os rapazes. O bullying indirecto compreende atitudes de indiferença, de isolamento, de difamação e de negação aos desejos, sendo mais adoptados pelas raparigas.

Uma nova forma de bullying, conhecida como cyberbullying, tem sido observada com uma frequência cada vez maior no mundo. Trata-se do uso da tecnologia de informação e comunicação (e-mails, telefones, telemóveis, mensagens celulares, fotos digitais, sites pessoais acções online) como recurso para a adopção de comportamentos deliberados, repetidos e hostis, de um indivíduo ou grupo, que pretende causar danos a outro.

1.6.7.- A agressividade infantil e o Bullying nas escolas

Do ponto de vista do desenvolvimento humano, a agressividade é a arma daquele que se sente preso, impotente, com dificuldade em se impor e em expressar aquilo que sente para que o outro o entenda e o respeite.

A agressividade é uma atitude de defesa, e é, para o ser humano, o recurso do mais fraco, do menos criativo, é também a ferramenta dos impulsos vindos do instinto de sobrevivência. Aquele que não amadureceu as emoções e os sentimentos e, que ainda não fez, de maneira eficaz, a jornada do auto descobrimento e da auto-educação lança mão dos instintos para se proteger ou como forma de reagir a um desafio.

Aquele, que desenvolve uma certa dose de maturidade e o senso de autoridade pessoal, em situações de crise usa o bom senso, a diplomacia, o respeito, a objectividade, a firmeza, a compaixão, pois sabe exactamente quem é e qual o seu papel naquele momento.

Crianças que apresentam este comportamento muito agressivo, são de forte temperamento, inconformadas com a falta de autoridade nos pais. Esta falta de autoridade, expressa através do autoritarismo ou da falta de atitude, é entendida pelas crianças como indiferença, ou falta de afecto.

Os jovens precisam de limites claros e objectivos dos pais, para se sentirem seguras e, só coloca limites claros e objectivos quem se auto conhece e tem um bom senso do limite pessoal e interpessoal.

Quando não fica claro para os jovens a autoridade natural dos pais, vai impedir um desenvolvimento sadio do seu senso de autoridade e de poder, que deveriam ser pautados em dignidade, auto-respeito e amorosidade.

Na fase, dos três aos seis anos, em especial, uma certa dose de agressividade é considerada normal, porque a criança pequena ainda não sabe lidar com as suas emoções, necessidades, sensações, sentimentos, com a sua energia pessoal e ambiental, e nem se expressar de forma a fazer-se entender totalmente. Entretanto, mesmo essa agressividade

precisa de ser orientada e cuidada, para que a criança se sinta segura do afecto dos pais, para reconhecer as suas emoções e sentimentos, aprender sobre eles e sobre como administra-los. Ignorar a atitude agressiva da criança não é um bom caminho.

Apresentar atitudes igualmente agressivas para impedir o filho é igualar-se a ele, disputar o poder de igual para igual, o que também está errado.

Contudo, apesar de não haver fórmulas mágicas para curar esta problemática, existem sim, muitos caminhos e alternativas viáveis.

No caso dos pais que lidam, diariamente, com as explosões de raiva do filho, o exercício da autoridade requer que expressem respeito, amor e firmeza; que coloquem limites claros, através de atitudes envoltas em qualidades suaves, nutridoras, disciplinadoras e objectivas.

Isto, leva os pais a adquirirem condições para entender o que se está a passar no mundo interior dos seus filhos, que usam a violência ao invés de outros recursos internos. Logo, podem orientar os filhos sobre o que fazer em relação àquilo que está a provocar o comportamento agressivo que pode ser de indignação, de medo, de raiva, de frustração ou de impotência, para que estas crianças possam aprender a lidar com estes sentimentos.

Por outro lado, devem ensinar os filhos sobre a raiva, sobre as frustrações inerentes à vida, sobre o perdão, a compreensão, a paciência, o altruísmo, a solidariedade e a fraternidade, sempre através de atitudes firmes e objectivas e pacientes, que demonstrem empatia com a dor e ao mesmo tempo disposição em ajudá-lo a superar ou conviver com aquilo que o incomoda.

O processo de educar, de ensinar, de criar laços verdadeiros de afecto e de cumplicidade é algo que leva tempo, que não se impõe e nem se consegue através da força, da chantagem ou da manipulação e muito menos através do excesso de poder.

1.6.8.- Como prevenir o problema na escola

Para evitar o bullying, as escolas devem investir na prevenção e estimular a discussão aberta com todos os alunos, pais e professores

. Os professores têm um papel importante na prevenção do Bullying Escolar:

- Observar com atenção o comportamento dos alunos, dentro e fora da sala de aula,
- Incentivar a solidariedade, a generosidade e o respeito às diferenças através de conversas, trabalhos didáticos e até de campanhas de incentivo à paz e à tolerância.
- Desenvolver dentro de sala de aula um ambiente favorável à comunicação entre alunos.
- Muitas vezes, a escola trata de forma inadequada os casos de Bullying. A responsabilidade é da escola, mas a solução deve ser em conjunto com os pais dos alunos envolvidos.

1.6.9.- Assassinato psíquico

É na análise das relações entre os adultos e na observação das interações em grupos de crianças na escola que se alarga a percepção sobre o círculo vicioso de abusos. O que antes se acreditava ocorrer apenas nas relações entre os adultos descritas como padrões relacionais disfuncionais, verifica-se também entre as crianças com idade igual ou semelhante. Trata-se do bullying escolar: um conjunto de comportamentos marcados por atitudes abusivas, repetitivas e intencionais e pelo desequilíbrio de poder.

Bullying é um termo de difícil tradução na língua portuguesa, assim como a dor e o sofrimento daqueles que são vítimas deste fenómeno antigo, mas apenas recentemente identificado. Pode ser considerado um problema mundial que surge em todas as escolas, independentemente de serem públicas ou privadas, da sua localização ou da sua forma de funcionamento. Trata-se de uma forma quase invisível, que sorrateiramente vai diminuindo o outro, como se fosse uma espécie de “assassinato psíquico”. As suas consequências afectam todos os envolvidos, porém, os maiores prejudicados são as vítimas directas, que suportam silenciosas o seu sofrimento.

Alguns motivos justificam o silêncio: o medo de represálias e de que os ataques se tornem ainda mais persistentes e cruéis; a falta de apoio e compreensão quando se queixam aos adultos; a vergonha de se exporem perante os colegas; o sentimento de incompetência e o merecimento dos ataques; o temor das reacções dos familiares, que muitas vezes incentivam o revide com violência ou culpabilizam as vítimas.

Apesar de os professores saberem da existência desta forma de violência, nenhuma acção efectiva foi adoptada até os anos 70, por acreditarem ser “brincadeira própria da idade” ou do processo de amadurecimento do indivíduo. Infelizmente, muitos ainda têm esse olhar, o que colabora significativamente para sua disseminação.

O despertar para a gravidade desse comportamento teve início há cerca de duas décadas, primeiro na Suécia e anos depois na Noruega, onde a questão se tornou tema de estudos científicos. O pesquisador norueguês Dan Olweus, professor da Universidade de Bergen, reconhecido internacionalmente como pioneiro nas investigações sobre o fenómeno,

observou os altos índices de suicídio entre os estudantes e constatou a relação com o bullying na escola.

Aos poucos, o tema despertou interesse noutros países.

Assim como no mundo dos adultos, os autores de bullying planeiam meticulosamente os seus ataques. Escolhem dentre os seus pares uma presa que pareça vulnerável, aquela que não oferecerá resistência, não revidará, não denunciará e nem conseguirá fazer com que outros saiam em sua defesa. Desferem os seus golpes de modo a humilhar, constranger, difamar, menosprezar, excluir a vítima e intimidá-la de forma directa ou indirecta. Para isso, utilizam várias estratégias, como apelidos pejorativos, comentários maldosos, calúnias, gozações, piadas jocosas relacionadas à sexualidade, insinuações, assédios, ameaças, danificação ou furto de pertences, empurrões, socos, pontapés, invasões e ataques virtuais, entre outros.

Este tipo de comportamento preocupa os pais e os professores de todo o mundo, especialmente por envolver crianças muito novas. O bullying pode ser identificado a partir dos 3 anos, quando a “intencionalidade desses actos já pode ser observada”.

As raparigas agem de forma ainda mais velada e cruel. Enquanto os rapazes escolhem aleatoriamente seus alvos, elas elegem as próprias amigas e “executam o plano” no horário do lanche ou de lazer. Infernizam a vida da colega e desferem contra ela diversas formas de maus-tratos. Uma das mais frequentes e dolorosas é a exclusão social: ficam “de mal” ou fingem não reconhecer a vítima. Intimidam, constrangem, exigem que traga algo de casa para a escola de que muitas vezes não dispõem, visando ridicularizá-la ou isolá-la. Inventam mentiras, ameaçam e contam os seus segredos aos outros.

1.6.10.- Rir e aplaudir

Independentemente da idade dos envolvidos e do local onde ocorrem os assédios, parece haver entre aqueles que presenciam a situação um certo grau de tolerância ou até mesmo de conivência. Em alguns casos, alegam que a vítima merece a hostilidade por causa do seu comportamento provocativo ou passivo. Alguns chegam mesmo a rir e incentivar o que ocorre, uma atitude que fortalece a acção dos autores e a sua popularidade. Outros temem ser o próximo alvo, preferindo, assim, fazer parte do grupo de agressores, o que garante a sua segurança na escola.

Com a conivência do grupo e a omissão dos adultos, os valentões tendem, cada vez mais, a abandonar os sentimentos de generosidade, empatia, solidariedade, afectividade, tolerância e compaixão.

Falhas na formação do carácter tornam-se mais acentuadas e, infelizmente, muitos pais e professores não percebem ou fingem não perceber o que se passa.

Com o tempo, as forças do jovem que sofre os abusos são minadas, os seus sonhos desaparecem, aos poucos ele vai-se fechando e isolando. Este talvez seja o pior momento na vida das vítimas: o abandono de si mesmo. Muitos não superam as humilhações vividas durante os anos da escola e podem tornar-se adultos abusivos, depressivos ou compulsivos. Tendem a apresentar problemas na vida afectiva, por não confiar nos parceiros.

Na vida laboral, podem desenvolver dificuldades em expressa-se, principalmente em público, evitar assumir postos de liderança, apresentar deficit de concentração e insegurança, principalmente quando precisam de resolver conflitos ou de tomar decisões. Ou seja, tornam-se presas fácil do assédio moral. Quanto à educação dos filhos, há grandes probabilidades de que se mostrem super protectores e coloca sobre eles os seus medos, desconfianças e inseguranças.

Refere-se a um comportamento repetitivo, deliberado e destrutivo, diferentemente de um comportamento agressivo pontual, numa situação em que a criança, na disputa de um brinquedo ou do seu espaço, ataca o outro com mordidas e socos ou com ameaças. Nem às divergências de pontos de vista, de ideias contrárias e preconceituosas que muitas vezes

acabam em discussões, desentendimentos, bulhas ou conflitos sociais ou às disputas profissionais, em que o colega é visto como um obstáculo numa promoção. Também não se refere a pais que, na sua ignorância, aplicam punições nos filhos quando estes os desafiam, desobedecem ou desapontam.

É uma acção violenta gratuita e recorrente, baseada no desequilíbrio do poder. É a intenção de fazer mal. É por meio da desestabilização emocional das vítimas e no apoio do grupo que os autores ganham simpatia e popularidade

A procura do sucesso, da fama e do poder a qualquer preço, o apelo ao consumismo, à competitividade, ao individualismo, ao autoritarismo, à indiferença e ao desrespeito favorecem a proliferação do bullying. O seu potencial de destruição psíquica não cessa com o fim da escolaridade ou da adolescência: desdobra-se noutros contextos, num movimento contínuo e circular.

Este movimento não pode nem deve continuar a ser ignorado. É necessário estudá-lo à luz das diversas ciências, para que se possa compreendê-lo melhor. É imprescindível a adopção de medidas urgentes por parte das autoridades, instituições, empresas, famílias, enfim, da sociedade, uma vez que os seus prejuízos prejudicam a todos os níveis e em contextos sociais. Ignorar a situação é abrir espaço para muitos protótipos de déspotas, que estão presentemente em pleno desenvolvimento.

1.6.11.- Como identificar vítima e agressor

Depressão, baixa auto-estima, ansiedade, abandono dos estudos, são algumas das características mais usuais das vítimas. De certa forma, o bullying é uma prática de exclusão social cujos principais alvos costumam ser pessoas mais retraídas e inseguras. Estas características fazem com que não peçam ajuda e, em geral, sentem-se desamparados e têm dificuldades de aceitação.

Além dos traços psicológicos, as vítimas deste tipo de agressão apresentam particularidades, como problemas de obesidade, estatura e deficiência física. As agressões podem ainda abordar aspectos culturais, étnicos e religiosos.

Os agressores são geralmente os líderes da turma, os mais populares, aqueles que gostam de aplicar apelidos aos mais frágeis. Assim como a vítima, ele também precisa de ajuda psicológica.

1.6.12.- Agentes de risco

Causas económicas, sociais e culturais, características inatas do temperamento e influências familiares, de amigos, da escola e da comunidade, constituem riscos para a manifestação do bullying e causam impacto na saúde e no desenvolvimento de crianças e adolescentes.

O bullying é mais dominante entre alunos de idades entre os 11 e os 13 anos, sendo menos frequente na educação infantil.

Entre os agressores, observa-se uma preponderância do sexo masculino, enquanto, no papel de vítima, não há diferenças entre géneros. O facto de os rapazes se envolverem em actos de bullying mais vulgarmente não indica necessariamente que sejam mais agressivos, mas sim que têm maior possibilidade de adoptar esse tipo de comportamento. Já a dificuldade em identificar-se o bullying entre as raparigas pode estar relacionada ao uso de formas mais subtis.

Considera-se que a maioria dos actos de bullying ocorre fora da visão dos adultos, que grande parte das vítimas não reage ou fala sobre a agressão sofrida, pode-se entender porque é que os professores e os pais têm pouca percepção do bullying, subestimam a sua prevalência e agem de forma insuficiente para a redução e interrupção dessas situações.

A redução dos agentes de risco pode prevenir o comportamento agressivo entre crianças e adolescentes. Os esforços devem ser direccionados para a diminuição da exposição à violência no meio escolar, doméstico e comunitário.

1.6.13.- Formas de envolvimento dos estudantes

As crianças e os adolescentes podem ser identificados como vítimas, agressores ou testemunhas de acordo com a sua atitude defronte de situações de bullying. Não há evidências que permitam prever qual papel escolherá cada aluno, uma vez que pode ser alterado de acordo com as circunstâncias.

Deve ter-se o cuidado de não rotular os estudantes, para evitar que estes sejam estigmatizados pela comunidade escolar. Adoptam-se, então, os termos autor de bullying (agressor), alvo de bullying (vítima), alvo/autor de bullying (agressor/vítima) e testemunha de bullying.

1.6.13.1.- Alvos de bullying

Considera-se alvo o aluno exposto, de forma repetida e durante algum tempo, às acções negativas cometidas por um ou mais alunos. Entende-se por acções negativas as situações em que alguém, de forma intencional e repetida, causa dano, fere ou incomoda outra pessoa.

Normalmente, não há recursos ou aptidão para reagir ou cessar o bullying. Geralmente, é pouco sociável, inseguro e desiludido quanto à possibilidade de adequação ao grupo. A sua baixa auto-estima é agravada pelas críticas dos adultos sobre a sua vida ou o seu comportamento, o que dificulta a ajuda. Tem poucos amigos, é passivo, retraído, infeliz e sofre com a vergonha, medo, depressão e ansiedade. A sua auto-estima pode estar tão comprometida que acredita ser merecedor dos maus-tratos sofridos.

O tempo e a regularidade das agressões contribuem fortemente para o agravo dos efeitos. O medo, a tensão e a preocupação com a sua imagem podem comprometer o desenvolvimento académico, além de aumentar a ansiedade, a insegurança e o conceito negativo de si mesmo. Pode evitar a escola e o convívio social, precavendo-se contra novas agressões.

Mais raramente, pode apresentar atitudes de autodestruição ou intenções suicidas ou sentir-se compelido a escolher medidas drásticas, como actos de vingança, reacções violentas, armas ou cometer suicídio.

Algumas características físicas, comportamentais e emocionais podem torná-lo mais vulnerável aos feitos dos autores e dificultar a sua admissão no grupo. A rejeição às diferenças é um acontecimento descrito de grande importância na ocorrência de bullying. No entanto, é provável que os autores escolham e utilizem possíveis diferenças como motivação para as agressões, sem que elas sejam, efectivamente, as causas do assédio.

Apesar de não haver estudos precisos sobre métodos educativos familiares que incitem ao desenvolvimento de alvos de bullying, alguns deles são identificados como facilitadores: protecção excessiva, criando dificuldades para enfrentar os desafios e para se defender; tratamento infantilizado e o papel de bode expiatório da família, sofrendo críticas sistemáticas e sendo responsabilizado pelas frustrações dos pais.

É pouco comum que a vítima revele voluntariamente o bullying sofrido, seja por vergonha, por temer retaliações, por descreer nas atitudes favoráveis da escola ou por recear possíveis críticas. O silêncio só é alterado quando os alvos sentem que são ouvidos, respeitados e valorizados. Consciencializar as crianças e os adolescentes que o bullying é inaceitável e que não será tolerado permite encarar o problema com mais firmeza, transparência e liberdade.

1.6.13.2.- Autores de bullying

Algumas condições familiares adversas favorecem o desenvolvimento da agressividade nas crianças. Pode-se identificar a desestruturação familiar, um relacionamento afectivo pobre, um excesso de tolerância ou de permissividade e a prática de maus-tratos físicos ou explosões emocionais como forma de afirmação de poder dos pais.

Causas individuais também influenciam na adopção de comportamentos agressivos: hiperactividade, impulsividade, distúrbios comportamentais, dificuldades de atenção, baixa inteligência e desempenho escolar deficiente.

O autor de bullying é caracteristicamente popular; tende a envolver-se numa variedade de comportamentos anti-sociais; pode mostrar-se agressivo inclusive com os adultos; é impulsivo; vê a sua agressividade como uma qualidade; tem opiniões positivas sobre si mesmo; é geralmente mais forte que o seu alvo; sente prazer e satisfação em dominar, controlar e causar danos e sofrimento a outros. Não estão satisfeitos com a escola e com a

família, mais propensos ao absentismo e à evasão escolar e têm uma tendência maior para apresentarem comportamentos de risco: consumir tabaco, álcool ou outras drogas, armas, lutar, etc. As possibilidades são maiores em crianças ou adolescentes que têm atitudes anti-sociais antes da puberdade e por muito tempo.

O agressor pode manter um pequeno grupo em torno de si, que actua como auxiliar nas suas agressões ou é ordenado para agredir o alvo. Desta forma, o autor atenua a responsabilidade por todos ou transfere-a para os seus liderados. Estes alunos, identificados como assistentes ou seguidores, raramente tomam a iniciativa da agressão, são inseguros ou ansiosos e subordinam-se à liderança do autor para se proteger ou pelo prazer de pertencer ao grupo dominante.

1.6.13.3.- Testemunhas de bullying

A maioria dos alunos não se envolve directamente em actos de bullying e geralmente cala-se por medo de ser a próxima vítima, por não saberem como agir e por duvidarem das atitudes da escola. Este ambiente de silêncio pode ser interpretado pelos autores como uma afirmação do seu poder, o que ajuda a esconder a predominância destes actos, e transmite uma falsa tranquilidade aos adultos.

Grande parte das testemunhas sente simpatia pelos alvos, tende a não culpá-los pelo ocorrido, condena o comportamento dos autores e deseja que os professores intervenham mais. Cerca de 80% dos alunos não aprovam os actos de bullying.

A forma como reagem ao bullying permite classificá-los como auxiliares porque participam activamente da agressão, incitam e estimulam o autor, observadores porque só observam ou se afastam, defensores porque protegem o alvo ou chamam um adulto para deter a agressão.

Muitas testemunhas acreditam que os comportamentos agressivos contra os colegas é o melhor caminho para alcançarem a popularidade e o poder, por isso, tornam-se autores de bullying. Outros receiam ser relacionados à figura do alvo, e perder o seu status e tornar-se um alvo ou aderem ao bullying por pressão dos colegas.

Quando as testemunhas interferem e tentam parar o bullying, essas acções resultam na maioria dos casos. Portanto, é importante incentivar o uso desse poder provindo do grupo, fazendo com que os autores se sintam sem o apoio social necessário.

1.6.13.4.- Alvos/autores de bullying

Aproximadamente 20% dos alunos autores, também sofrem bullying, são denominados alvos/autores. A baixa auto-estima, as atitudes agressivas e provocativas é significativa de uma criança ou adolescente que tem, como razão para a prática de bullying, prováveis alterações psicológicas e devem merecer atenção especial.

Podem ser depressivos, inseguros e inoportunos, procuram humilhar os colegas para encobrir as suas limitações. Diferenciam-se dos alvos típicos por serem impopulares e pelo alto índice de rejeição entre os seus colegas e, por vezes, pela turma toda. Sintomas depressivos, pensamentos suicidas e distúrbios psiquiátricos são mais frequentes neste grupo.

1.6.13.5.- Consequências

Alvos, autores e testemunhas enfrentam consequências físicas e emocionais de curto e longo prazo, as quais podem causar dificuldades académicas, sociais, emocionais e legais. As crianças e adolescentes não são acometidas de maneira uniforme, mas existe uma relação directa com a frequência, a duração e a severidade dos actos de bullying.

Pessoas que sofrem bullying quando são crianças são mais propensas a sofrerem de depressão e de baixa auto-estima quando adultos. Da mesma forma, quanto mais jovem for a criança frequentemente agressiva, maior será o risco de apresentar problemas associados a comportamentos anti-sociais em adultos e à perda de oportunidades, como a instabilidade no trabalho e relacionamentos afectivos pouco duradouros.

Prejuízos financeiros e sociais causados pelo bullying atingem também as famílias, as escolas e a sociedade em geral. As crianças e os adolescentes que sofrem e/ou praticam bullying podem vir a necessitar de múltiplos serviços, como de saúde mental, de justiça, de educação especial e de programas sociais.

O comportamento dos pais dos alunos alvo pode variar da descrença ou da indiferença a reacções de ira ou inconformismo contra si e à escola. O sentimento de culpa e a incapacidade para acabar com o bullying contra os seus filhos passa a ser a preocupação principal na sua vida, surgem sintomas depressivos que influenciam o seu desempenho no trabalho e nas relações pessoais. A negação ou a indiferença da escola e dos professores pode gerar desilusão e a sensação de que não há preocupação pela segurança dos alunos.

A relação familiar também pode ser seriamente comprometida. A criança ou o adolescente pode sentir-se traído, caso entenda que os seus pais não acreditam nos seus relatos ou quando as suas acções não se mostram efectivas.

1.6.14.- A importância da medicina

Os efeitos do bullying raramente são evidentes, é pouco provável que a criança ou o adolescente procure o médico com a clara compreensão de ser autor ou alvo de bullying. No entanto, é possível identificar os pacientes de risco, aconselhar as famílias, rastrear possíveis alterações psiquiátricas e incentivar a implantação de programas anti-bullying nas escolas.

Sofrer bullying pode ser uma condição importante para aparecer sinais, queixas e sintomas clínicos. A identificação de algumas dessas queixas pode ser denunciativo de maus-tratos praticados por colegas e demonstra a necessária atenção dos profissionais de saúde.

O stress causado pela vitimização pode levar ao princípio de patologias, mas as crianças e os adolescentes com problemas como depressão ou ansiedade podem tornar-se alvos de bullying. Poucos estudos investigaram esta relação, mas as duas hipóteses contam com forte apoio. A intervenção precoce, tanto em relação aos alvos como aos autores, pode reduzir os riscos de danos emocionais tardios.

Em casos suspeitos, os motivos de risco devem ser sempre investigados e abordados. São eles: características pessoais, influências familiares e comunitárias e problemas escolares

Não há métodos diagnósticos que indiquem a existência de um comportamento agressivo como factor predisponente a alguma alteração comportamental ou psicossomática. Cabe ao médico procurar informações sobre o processo de evolução escolar dos seus pacientes, não só avaliando sua capacidade de aprender, como também o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao convívio social. Para isso, torna-se necessário perguntar directamente à criança ou ao adolescente se ele se sente bem na escola, se tem amigos, se testemunha ou se é alvo e/ou autor de agressões físicas ou morais

A avaliação psiquiátrica e/ou psicológica pode ser necessária e deve ser garantida nos casos em que crianças ou adolescentes apresentem alterações de personalidade, intensa agressividade, distúrbios de conduta ou que se mantenham, por um longo período, na figura de alvo, autor ou alvo/autor.

A prevenção de futuros incidentes pode ser adquirida com orientações sobre medidas de protecção a serem escolhidas: ignorar os apelidos, fazer amizade com colegas não agressivos, evitar locais de maior risco e informar o professor ou o funcionário sobre o bullying sofrido.

Entre os autores, as alterações de comportamento, os comportamentos de risco, o consumo de álcool e drogas são vistos com mais frequência. Outras causas que contribuem para a agressividade e o desenvolvimento de desordens de conduta são as lesões cerebral pós-trauma, maus-tratos, vulnerabilidade genética, fracasso escolar, experiências traumáticas, etc.

O tratamento indicado para o autor de bullying deve ser o de habilitá-lo para que controle a sua irritabilidade, expresse a sua raiva e frustrações de forma apropriada, seja responsável pelas suas acções e aceite as consequências de seus actos. Portanto, aqueles pacientes que relatarem situações em que protagonizam acções agressivas contra os seus colegas merecem atenção, tanto quanto os que são por eles agredidos.

Os identificados como alvos/autores apresentam uma maior probabilidade de desenvolverem uma doença mental, devem ser considerados de risco. Manifestações como hiperactividade, deficit de atenção, desordem de conduta, depressão, dificuldades de aprendizagem, agressividade, além de todas as demais já citadas, podem ser encontradas.

As famílias, tanto dos alvos como dos autores, devem ser ajudadas a entender o problema, expondo-lhes todas as possíveis consequências advindas do bullying. Os pais devem ser orientados e conversarem com um gestor ou um professor que lhes pareça mais sensível e receptivo ao problema.

Como consultores em escolas, actuando em departamentos de segurança pública ou em associações comunitárias, os médicos devem esclarecer acerca do impacto que o bullying pode provocar sobre as crianças, os adolescentes e a escola. Indicar a importância de criar ambientes onde se valorize a amizade, a solidariedade e o respeito à diversidade.

1.6.15.- Medidas preventivas

Avaliar o desempenho dos estudantes pelas notas dos testes e pelo cumprimento das tarefas não é suficiente. Perceber as habilidades ou possíveis dificuldades que possam ter os jovens no seu convívio social com os colegas passa a ser uma atitude obrigatória daqueles que assumiram a responsabilidade da educação, saúde e segurança dos alunos, pacientes e filhos.

Todos os programas anti-bullying devem ver as escolas como sistemas dinâmicos e complexos, não podem tratá-las de maneira uniforme. Em cada uma delas, as estratégias a serem desenvolvidas devem considerar sempre as características sociais, económicas e culturais da sua população.

O envolvimento dos professores, funcionários, pais e alunos é fundamental para a implementação de projectos de redução do bullying. A participação de todos visa estabelecer normas, directrizes e acções coerentes. As acções devem dar prioridade à consciencialização geral; o apoio às vítimas de bullying, fazendo com que se sintam protegidas; a consciencialização dos agressores sobre a incorrecção dos seus actos e a garantia de um ambiente escolar sadio e seguro.

O fenómeno bullying é complexo e de difícil solução, portanto é necessário que o trabalho seja contínuo. As acções são relativamente simples e de baixo custo, podem ser incluídas no dia-a-dia das escolas, inserindo-as como temas transversais em todos os momentos da vida escolar.

Deve-se encorajar os alunos a participarem activamente na supervisão e na intervenção dos actos de bullying, o acto de enfrentar a situação pelas testemunhas demonstra aos autores que eles não terão o apoio do grupo.

Ensaio através de técnicas de dramatização podem ser úteis para que adquiram habilidades para lidar de diferentes formas. Uma outra estratégia é a formação de grupos de apoio, que protegem os alvos e os auxiliam na solução das situações de bullying.

Os professores devem lidar e resolver realmente os casos de bullying, enquanto as escolas devem aperfeiçoar suas técnicas de intervenção e procurar a cooperação de outras instituições, como os centros de saúde e redes de apoio social.

Aos alunos autores, devem ser dadas condições para que desenvolvam comportamentos mais amigáveis e sadios, evitar o uso de acções puramente punitivas, como castigos, suspensões ou exclusão do meio escolar, que acabam por marginalizá-los.

1.6.16.- Efeitos do programa

Segundo a Organização Mundial da Saúde, os programas que destacam para as capacidades sociais e a aquisição de competências parecem estar entre as estratégias mais eficazes para a prevenção da violência juvenil, sendo mais reais em escolas da educação infantil e do primeiro ciclo. Um exemplo de um programa de desenvolvimento social que utiliza técnicas comportamentais na sala de aula é aquele implantado para evitar o comportamento prepotente agressivo.

O Programa de Prevenção do Bullying criado por Dan Olweus é considerado como o mais bem documentado e mais efectivo na redução do bullying, na diminuição significativa de comportamentos anti-sociais e em melhorias importantes na parte social entre crianças e adolescentes, com a adopção de relacionamentos sociais positivos e maior participação nas actividades escolares.

Nas escolas onde os estudantes participaram activamente nas decisões e na organização, observou-se uma redução dos níveis de vandalismo e de problemas disciplinares e maior satisfação de alunos e professores com a escola.

Os melhores resultados são obtidos por meio de intervenções precoces que envolvem os pais, alunos e professores. O diálogo, a formação de pactos de convivência, o apoio e o estabelecimento de elos de confiança e a informação são instrumentos eficazes e não devem ser admitidas, em hipótese alguma, acções violentas.

1.6.17.- Como a família pode ajudar

Os pais devem estar alertas para o problema seja o filho vítima ou agressor pois ambos precisam de ajuda e apoio psicológico:

- Estarem sempre dispostos a ouvir e a conversar com os seus filhos.
- Ficarem atentos às bruscas mudanças de comportamento.
- As crianças e os jovens devem sentir confiança e seguros de que podem trazer este tipo de denúncia para casa e que não serão pressionados, julgados ou criticados.
- Falar sobre o bullying e orientá-los para esse tipo de situação que não é normal
- Ensiná-los a identificar os casos e a procurar a ajuda dos professores neste tipo de situação.
- Se precisar de ajuda, entrar imediatamente em contacto com a direcção da escola.
- Cyberbullying: quando a violência é virtual
- Saber identificar algumas mudanças de comportamento que levam à depressão.
- Sexualidade da criança: como os pais e educadores devem lidar com o assunto?
- Como pode o comportamento dos pais reflectir-se na educação dos filhos?
- O fenómeno Bullying pode gerar malefícios irreparáveis e crimes diversos.
- Saber identificar problemas emocionais na infância.
- Educar as crianças e cuidar do seu lado emocional.
- Sexualidade na adolescência e as principais dúvidas de jovens e pais
- Independência infantil: Como criar filhos independentes?

Reduzir o predomínio de bullying nas escolas pode ser uma medida de saúde pública altamente efectiva para o século XXI. A sua prevalência e gravidade levam os pesquisadores a investigar os riscos e os factores de protecção, associados com a iniciação, manutenção e interrupção desse tipo de comportamento agressivo. Os conhecimentos adquiridos com os estudos devem ser utilizados como fundamentação para orientar e direccionar a formulação de políticas públicas e para delinear as técnicas multidisciplinares de intervenção que possam reduzir este problema de forma eficaz.

O bullying pode ser entendido como um canalizador para o nível de tolerância da sociedade com relação à violência. Portanto, enquanto a sociedade não estiver preparada para lidar com o bullying, serão mínimas as oportunidades de reduzir as outras formas de comportamentos agressivos e destrutivos

Capítulo VII - Anorexia

1.7.- Anorexia nervosa

A anorexia nervosa é uma perturbação que se caracteriza por uma distorção da imagem corporal, um medo extremo da obesidade, a rejeição de manter um peso mínimo normal e, nas mulheres, a ausência de períodos menstruais.

Cerca de 95 % das pessoas que sofrem desta perturbação são mulheres. Geralmente, começa na adolescência, por vezes antes, mas menos frequente na idade adulta. A anorexia nervosa afecta principalmente as pessoas de classe socioeconómica média e alta. Na sociedade ocidental o número de pessoas com esta perturbação tem tendência a aumentar.

A anorexia nervosa pode ser ligeira e transitória ou grave e duradoura. Fala-se em taxas letais tão altas como 10 % a 20 %. No entanto, como os casos ligeiros podem não ser diagnosticados, ninguém sabe exactamente quantas pessoas têm anorexia nervosa ou que percentagem morre dela.

A sua causa é desconhecida, mas os factores sociais parecem importantes. O desejo de ser magro é bastante frequente na sociedade ocidental e a obesidade é considerada pouco atraente, doentia e indesejável. Mesmo antes da adolescência, as crianças estão a par destas atitudes e dois terços das adolescentes seguem dietas ou adoptam outras medidas para controlar o peso.

No entanto, só uma pequena percentagem destas raparigas desenvolve anorexia nervosa.

A distorção da imagem corporal destas doentes, mesmo depois de uma dieta prolongada, faz com que tenham sempre a impressão de possuir peso a mais.

1.7.1.- Sintomas

Muitas das mulheres que mais tarde desenvolvem anorexia nervosa são meticulosas e compulsivas, com metas muito altas de realização e de êxito. Os primeiros indicadores da iminência de uma perturbação é a crescente preocupação com a dieta e o peso corporal, inclusive entre aquelas que já são magras, como é o caso da maioria das pessoas com anorexia nervosa.

A preocupação e a ansiedade intensificam-se à medida que emagrecem. Mesmo quando atinge o peso desejado, a pessoa declara que se sente obesa, nega ter qualquer problema, não se queixa da ausência de apetite ou da perda de peso e em geral resiste ao tratamento. A pessoa não costuma ir ao médico até que os familiares a obriguem.

A anorexia significa «ausência de apetite», mas as pessoas com anorexia estão de facto esfomeadas e preocupadas com a alimentação, estudam dietas e calculam as calorias; acumulam, escondem e desperdiçam a comida; colecionam receitas e cozinham pratos elaborados para outros.

Cerca de 50 % das pessoas com anorexia nervosa ingerem uma quantidade excessiva de comida e a seguir provocam o vômito ou administram laxantes e diuréticos. A outra metade reduz simplesmente a quantidade de comida que ingere. A maioria pratica também excesso de exercício para controlar o peso.

As mulheres deixam de ser menstruadas, por vezes antes de terem perdido muito peso. Regista-se tanto nos homens como nas mulheres uma perda do interesse sexual. Têm uma frequência cardíaca lenta, pressão arterial baixa, baixa temperatura corporal, edema dos tecidos por acumulação de líquidos e o cabelo fino e suave ou então excessiva camada de pêlos na face e no corpo.

As pessoas com anorexia que emagrecem muito tendem a manter uma grande actividade, incluindo a prática de programas de exercício intenso. Não têm sintomas de deficiências nutricionais e estão surpreendentemente livres de infecções. A depressão é habitual e as pessoas com esta perturbação mentem acerca do que comeram e escondem os seus vômitos e os seus hábitos alimentares particulares.

As alterações hormonais que resultam da anorexia nervosa incluem os valores de estrogénio e das hormonas tiróideas acentuadamente reduzidas e maiores concentrações de cortisol. Se uma pessoa está gravemente desnutrida, é provável que todos os órgãos principais sejam afectados. Os problemas mais perigosos são os relacionados com o coração e com os líquidos e os electrólitos (sódio, potássio, cloro).

O coração fica débil e expulsa menos sangue. Pode desidratar-se e ter tendência para desmaiar. O sangue pode acidificar-se e os valores de potássio no sangue podem descer. Vomitar e tomar laxantes e diuréticos pode piorar a situação. Pode ocorrer uma morte súbita devido ao aparecimento de ritmos cardíacos anormais.

1.7.2.- Diagnóstico e tratamento

A anorexia nervosa é geralmente diagnosticada com base numa perda de peso acentuada e nos sintomas psicológicos característicos. A anoréctica típica é uma adolescente que perdeu pelo menos 15 % do seu peso corporal, receia a obesidade, deixou de ser menstruada, nega estar doente e parece saudável.

Geralmente, o tratamento faz-se em duas fases. A primeira é a restauração do peso corporal normal. A segunda é a psicoterapia, muitas vezes complementada com fármacos.

Quando a perda de peso foi rápida ou intensa (por exemplo, mais de 25 % abaixo do peso ideal) a recuperação de peso é crucial; essa perda de peso pode pôr em perigo a vida. O tratamento inicial é geralmente levado a cabo num hospital, onde profissionais encorajam, calma mas firmemente, a doente a comer.

Raramente, a doente é alimentada por via endovenosa ou através de um tubo colocado no nariz e que vai até ao estômago.

Quando o estado nutricional é razoável, começa-se o tratamento a longo prazo, que deve ser feito por especialistas nas alterações do apetite. Este tratamento pode incluir a psicoterapia individual, de grupo e familiar, assim como os fármacos. Quando se diagnostica depressão, receitam-se antidepressivos. O tratamento tende a estabelecer um ambiente tranquilo, estável e empenhado na pessoa, levando-a a consumir uma quantidade adequada de comida.

Capítulo VIII - Bulimia

1.8.- Bulimia nervosa

A bulimia nervosa, habitualmente denominada de bulimia, é um transtorno alimentar marcado por episódios de voracidade seguidos de vômitos. Durante um episódio de voracidade, um bulímico ingere uma grande quantidade de comida de uma só vez, mas depois expulsa-a, quer ao induzir os vômitos, quer ao tomar um laxante ou um diurético. Para os bulímicos, comer compulsivamente e purgar constitui um ciclo, mas eles podem não ganhar ou perder peso suficiente para que se torne óbvio que padecem de um transtorno alimentar. Danos no tracto digestivo, boca, dentes e glândulas salivares são comuns, os bulímicos raramente retêm vitaminas e minerais suficientes para se manterem saudáveis. Estes factores podem ter efeitos prejudiciais sérios e longos na saúde.

A bulimia nervosa é uma perturbação caracterizada por episódios repetidos de apetite voraz seguidos por uma purga (vômitos auto-induzidos ou utilização de laxantes ou diuréticos ou de ambos), dietas rigorosas ou exercício excessivo para contrabalançar os efeitos das refeições abundantes.

Tal como na anorexia nervosa, as pessoas que têm bulimia nervosa são, em geral, mulheres; estão profundamente preocupadas com a sua figura e o peso corporal e pertencem a um nível socioeconómico médio e alto. Embora a bulimia nervosa tenha sido considerada como uma epidemia, somente em mulheres universitárias, são consideradas como o grupo de maior risco, são verdadeiramente bulímicas.

Ainda sobre critérios diagnósticos estes episódios de intensa ingestão devem ocorrer pelo menos duas vezes por semana. Além disso, deve estar presente uma sensação de que se é incapaz de controlar o que se come, bem como movimentos no sentido de compensar a "farrá" alimentar. Outro item é a percepção de uma avaliação do indivíduo em critérios corporais, como se qualquer alteração na forma alterasse a própria existência do indivíduo como um todo. Este último item refere-se à distorção da imagem corporal.

Para compensar o peso ganho, o bulímico exercita-se de forma desmedida, vomita o que come e faz uso excessivo de laxantes, diuréticos e enemas. Estas pessoas podem ainda jejuar por um dia ou mais na tentativa de compensar o que comeu compulsivamente, muitas vezes entrando num repetitivo ciclo de intensa restrição alimentar alternados com farras culposas que o levam ao sistema compensatório. A própria restrição alimentar excessiva pode ser uma das responsáveis dos episódios compulsivos.

O bulímico geralmente encontra-se com um peso normal, levemente alto ou baixo, mas não chega à magreza da anorexia. Esta aparência de normalidade muitas vezes dificulta a identificação do problema, o que muitas vezes leva mais tempo em procurar ajuda.

Os pacientes bulímicos costumam envergonhar-se dos seus problemas alimentares e, assim, tentam ocultar os seus sintomas. Desta forma, as compulsões periódicas geralmente ocorrem sem o conhecimento dos pais, dos amigos ou das pessoas próximas.

Em alguns casos após a bulimia ter permanecido por algum tempo, os pacientes afirmam que os seus episódios compulsivos não se caracterizam por um sentimento agudo de perda de controlo, mas sim por indicadores comportamentais de prejuízo do controle, tais como dificuldade de resistir a comer em excesso ou dificuldade para cessar um episódio compulsivo, uma vez iniciado.

A bulimia costuma causar sofrimento psíquico e afecta várias áreas. O bulímico não tem prejuízo somente na sua relação com a comida ou da sua relação com o seu corpo. Ele é prejudicado nas suas relações sociais, uma vez que festas e confraternizações envolvem alimentos. Ele é atormentado por uma questão que lhe é diária e que não pode ser evitada, uma vez que todos precisam de se alimentar. Isso demonstra a dificuldade que se sente ao lidar com o transtorno alimentar.

1.8.1.- Causas

- A angústia e o stress;
- Falta de auto-estima;
- Tentativa de neutralizar o sofrimento, causado pela solidão;
- Valorização do corpo magro como ideal de beleza.

Assim como na anorexia, a bulimia nervosa é uma síndrome multideterminada por uma mistura de factores biológicos, psicológicos, familiares e culturais. A ostentação cultural na aparência física pode ter um papel importante. Problemas familiares, baixa auto-estima e conflitos de identidade também são causas envolvidas no desencadeamento desses quadros.

1.8.2.- Os comportamentos mais frequentes dos bulímicos são:

- A ingestão compulsiva de alimentos muito calóricos;
- A prática de grandes jejuns;
- O uso de diuréticos e laxantes;
- A indução do vômito;
- A prática exagerada de exercício físico.

1.8.3.- As consequências mais graves

- Depressão;
- Fadiga;
- Irregularidade menstrual, no caso das mulheres;
- Arritmia Cardíaca;
- Problemas de esófago e de estômago;
- Fragilidade dos dentes e dos ossos (devido à indução do vômito).

O tratamento, tal como acontece na anorexia, é através da psicoterapia que envolve tanto o paciente como a sua família e especialistas de diversas áreas (psicólogo, nutricionista, gastroenterologista).

1.8.4.- Sintomas

- Ingestão compulsiva e exagerada de alimentos.
- Vômitos auto induzidos, uso de laxantes e diuréticos para evitar ganhos de peso.
- Alimentação excessiva, sem aumento proporcional do peso corporal.
- Depressão.
- Obsessão por exercícios físicos.
- Comer em segredo ou escondido dos outros

1.8.5.- Complicações médicas

- Inflamação na garganta.
- Face inchada e dolorida.
- Cáries e lesões sobre o esmalte dentário.
- Desidratação.
- Desequilíbrio electrolítico.
- Vômitos com sangue.
- Dores musculares e câibras.

1.8.6.- Como se desenvolve?

Muitas vezes, leva tempo para se perceber que alguém tem bulimia nervosa. A característica principal é o episódio de comer compulsivamente, acompanhado por uma sensação de falta de controlo sobre o acto e, às vezes, feito secretamente. Os comportamentos direccionados ao controle de peso incluem jejum, vômitos auto induzidos, uso de laxantes, enemas, diuréticos, e exercícios físicos extenuantes.

1.8.7.- Como se trata?

A abordagem multidisciplinar é a mais adequada no tratamento da bulimia nervosa, e inclui a psicoterapia individual ou em grupo, fármacos e uma abordagem nutricional em nível ambulatorio.

As técnicas cognitivo comportamentais têm-se mostrado eficazes.

Os medicamentos antidepressivos também se têm mostrado eficazes no controle de episódios bulímicos.

A abordagem nutricional visa estabelecer um hábito alimentar mais saudável, eliminando o ciclo "compulsão alimentar/purgação/jejum".

A orientação e terapia familiar são necessárias uma vez que a família desempenha um papel muito importante na recuperação do paciente.

1.8.8.- Como se previne?

Uma diminuição na exageração da aparência física, tanto no aspecto cultural como familiar, pode eventualmente reduzir a incidência desses quadros. É importante fornecer informações a respeito dos riscos de dietas rigorosas para a obtenção de uma silhueta ideal, já que eles desempenham um papel fundamental no desencadeamento dos transtornos alimentares.

1.8.9.- Sinais de Bulimia

Apesar de a bulimia estar na maioria das vezes associada a uma fraca auto-estima e fraca auto-confiança, são os comportamentos dos bulímicos que denunciam o seu transtorno alimentar aos outros.

Muitos bulímicos têm comportamentos que se tornam sinais de aviso, tais como:

- Esconder a comida reservada para episódios de voracidade
- Mentir sobre o que comeram;
- Comer compulsivamente em segredo;
- Vomitar em segredo;
- Esconder artigos como laxantes ou diuréticos;
- Deixar a água da torneira ou do duche a correr na casa de banho para disfarçar os episódios de purgação;
- Demonstrar uma preocupação profunda em relação ao peso, forma do corpo e aspecto em geral;
- Queixas frequentes em relação a dores de garganta
- Queixas frequentes em relação a problemas dentários
- Esconder-se atrás de roupas largas e soltas;
- Demonstrar pouco ou nenhum impulso sexual.

Capítulo IX - Neuroses

1.9.- Conceitos e causas da neurose

Os problemas psíquicos podem ser classificados em dois grandes grupos:

- Psicoses
- Neuroses.

Em caso de psicose, um problema mental muito grave provocado por alterações orgânicas cerebrais, ainda não identificadas, o paciente perde o sentido da realidade e a sua personalidade está desordenada, como acontece, na ocorrência de esquizofrenia. No caso da neurose, um problema psíquico de menor gravidade, o paciente não perde o sentido da realidade e a sua personalidade não se encontra desorganizada. Para além disso, os sinais e sintomas psíquicos e físicos manifestados durante as neuroses não costumam ser provocados por alterações orgânicas, mas por uma lesão interna provocada pelos conflitos que ele encontra até se adaptar ao meio em que está inserido.

A neurose costuma atingir indivíduos com uma personalidade predisponente, o que favorece uma tendência para negar e resistir à realidade. Por outro lado, a educação e as características culturais do meio também desempenham um papel muito importante no desenvolvimento de uma neurose, pois ajudam de forma decisiva no ajustamento da personalidade e pode acentuar, os traços neuróticos do indivíduo. Para além disso, a neurose pode ser desencadeada ou agravada pelo aparecimento de circunstâncias que, são de stress ou conflituosas que agravam mais os traços neuróticos do indivíduo.

Existem vários tipos de neuroses conforme os traços da personalidade e as manifestações características. Os mais significativos são provocados por perturbações de ansiedade ou pelas neuroses de angústia, a neurose histérica e a neurose obsessiva

1.9.1.- Tipos de neurose

1.9.2.- A neurose histérica

A neurose histérica, ou simplesmente histeria, caracteriza-se por alterações transitórias da consciência, tais como períodos de amnésia ou perda de memória, e por diversas manifestações sensitivas ou motoras, igualmente passageiras e perturbadoras, tais como tiques, perda da sensibilidade cutânea, paralisia dos membros, cegueira ou convulsões.

Este problema é mais frequente nas mulheres que nos homens, costuma atingir pessoas com uma personalidade histérica, ou seja, uma personalidade caracterizada por uma forte tendência para ser o centro das atenções, para seduzir as reacções afectivas e sociais, dramatizar os conflitos e manipular ou confundir a realidade. Um outro traço importante deste tipo de personalidade é um evidente poder de auto-sugestão que torna estes indivíduos vulneráveis e dependentes nas relações pessoais e pode perturbar as suas percepções sensoriais.

Do ponto de vista psicológico, considera-se que a histeria pode ser provocada por conflitos vividos ao longo da infância, os quais foram reprimidos e depois esquecidos, mas que são, alguns anos mais tarde, inconscientemente activados perante determinadas situações. De acordo com esta perspectiva, estas manifestações também podem provocar um efeito secundário benéfico para o paciente, pois desta forma pode conseguir iludir certas responsabilidades ou receber mais atenção das pessoas que o rodeiam.

1.9.2.1.- Manifestações

A histeria apresenta vários tipos de manifestações psíquicas e físicas que se evidenciam sob a forma de episódios passageiros. As manifestações mentais mais comuns são os episódios denominados acidentes psíquicos, perdas de memória de uma determinada época da vida, multiplicação da personalidade, estados de sonambulismo, crises de perda da consciência e alucinações. As manifestações físicas, sob a forma de episódios designados acidentes somáticos que afectam o funcionamento de todos os órgãos e correspondem a

fenómenos tão diferentes como perda da mobilidade ou contracções musculares de um membro, crises de dores abdominais, cegueira passageira ou perda da sensibilidade cutânea.

1.9.2.2.- Evolução

Embora a personalidade histérica seja crónica, por definição, não costuma prolongar-se por muitos anos, excepto nalguns casos em que predominam as manifestações físicas.

1.9.3.- Neurose obsessiva

A neurose obsessiva caracteriza-se pela presença e persistência de uma série de ideias fixas e obsessivas, receios injustificados e actos compulsivos que, em conjunto, são irracionais, constantes e muito difíceis de controlar. Este tipo de neurose, mais frequente nos homens, costuma afectar indivíduos com uma personalidade obsessiva, caracterizada por uma propensão para contestar as coisas, por insegurança pessoal e pelo recurso a várias superstições. Para além disso, verificou que uma educação em que se valoriza em excesso a moral, a ordem e a higiene também pode constituir uma predisposição ao desenvolvimento de um forte sentimento de culpa. Por outro lado, a doença é frequentemente desencadeada por conflitos afectivos, sociais ou profissionais que salientam o carácter obsessivo do indivíduo.

1.9.3.1.- Manifestações

É possível distinguir três tipos de manifestações.

- As **ideias obsessivas** que se caracterizam por serem injustificadas, constantes e atormentadoras. O conteúdo é muito variável: temas religiosos, de natureza física ou espiritual, metafísicos, preocupação pela simetria e ordem das coisas, o decorrer do tempo. Em qualquer caso, o que mais sobressai nestas ideias é a predominância da dúvida em detrimento das respostas e soluções práticas.
- Os **receios obsessivos**, igualmente injustificados e persistentes, podem manifestar-se após uma situação interpretada como sinal de mau presságio, como é o caso de uma pequena ferida que pode infeccionar, agravar, provocar uma doença grave, pôr em perigo a vida.

- Os **actos compulsivos** consistem em rituais complexos, elaborados e supersticiosos, realizados com o intuito de prevenir situações de perigo, e consistem em excessivas verificações como lavar as mãos com uma frequência exagerada ou realizar sistematicamente vários gestos ao passar por um determinado sítio.

1.9.3.2.- Evolução

Caso as manifestações sejam ligeiras e desencadeadas por circunstâncias pontuais, o prognóstico costuma ser favorável. Por outro lado, quando as ideias, os receios e os actos obsessivos são intensos, podem obter toda a energia do paciente, perturbando progressivamente a realidade pessoal.

1.9.3.3.- Tratamento

A forma de tratamento, a médio prazo, mais utilizada é a psicoterapia, adaptada às necessidades específicas de cada caso, de modo a que o paciente possa enfrentar de forma eficaz os conflitos com o seu meio. Caso a gravidade das manifestações o obriguem, deve recorrer, ao mesmo tempo, à administração de medicamentos tranquilizantes ou antidepressivos durante determinado período de tempo ou com alguma periodicidade. Em alguns casos graves é necessário proceder à hospitalização do paciente, com vista a atenuar as suas manifestações ou prevenir situações de risco, como acontece, por exemplo, perante as típicas ameaças ou tentativas de suicídio da histeria.

1.9.4.- Neurose de Angústia

A neurose de angústia é um tipo de doença que Freud definiu como sendo uma neurose actual, caracterizada por um acúmulo de excitação sexual e transformada em sintoma sem mediação psíquica.

Entende-se por neurose actual aquela que resulta directamente da ausência ou da inadequação da satisfação sexual, diferindo das psiconeuroses cuja origem deve ser procurada nos conflitos infantis.

No caso da neurose de angústia há uma tensão íntima, de carácter geral, que se manifesta sob a forma de uma angústia constante e oscilante, ou de uma produtividade de angústia. Freud menciona as etiologias de um modo específico cujos agentes mais comuns são a acumulação de tensão sexual e a elaboração psíquica da excitação sexual ausente ou insuficiente, representada pela dominação desta, que deriva no plano somático sob a forma da angústia.

Freud chamou a esta síndrome de neurose de angústia, pois todos os seus componentes mantêm com a ansiedade uma relação definida, sendo este, um sintoma principal. Nesta doença há um predomínio da angústia, sem objecto privilegiado.

1.9.4.1.- O quadro clínico da neurose de angústia compreende vários sintomas:

1. Irritabilidade geral

Há um aumento na irritabilidade que causa grande excitação, e pode ser incontrolável. Uma manifestação da irritabilidade é a hiperestesia auditiva, revelada frequentemente como causa de angústia.

2. Expectativa ansiosa

Aparece na ansiedade normal de forma imperceptível, tendo o doente uma visão pessimista, reconhecendo esta como uma espécie de compulsão. Uma das formas da manifestação da expectativa ansiosa é a hipocondria, que requer como pré-condição o aparecimento de parestesias e sensações corporais aflitivas, a distribuição da libido para o hipocondríaco tem o mesmo efeito da doença orgânica. Este perde o interesse e a libido relacionados aos objectos do mundo externo e fixa ambos no órgão que lhe traz desconforto.

No conceito psicanalítico dos processos de neurose, pode-se dizer que a hipocondria é comparável a uma doença real, aparecendo também nas outras neuroses. Freud cita como melhor exemplo disso é a neurose de angústia, na qual o órgão que é sentido como doente é o órgão genital quando excitado.

3. Ataque de ansiedade

Pode surgir conscientemente com associações de ideias ou não. Esta ansiedade pode estar relacionada a distúrbios de funções corporais, (respiração, actividade cardíaca e actividade glandular). O paciente queixa-se de espasmos no coração, dificuldade respiratória, suor abundante e grande apetite.

1.9.5.- Algumas formas de ataque de ansiedade, segundo Freud:

1. Ataques de ansiedade acompanhados por distúrbios cardíacos, tais como palpitação, ou arritmia transitória ou taquicardia de duração mais longa, que podem findar num enfraquecimento sério do coração e ainda pseudo-angina do peito, um diagnóstico delicado.
2. Ataques de ansiedade acompanhados de distúrbios respiratórios, várias formas de dispneia nervosa, ataques semelhantes aos de asma e equivalentes.
3. Ataques de suor geralmente à noite.

→ Ataques de tremores e calafrios, que são confundidos muito facilmente com ataques histéricos.

4. Ataques de fome devoradora, frequentemente acompanhada de vertigens.
5. Diarreia em forma de ataques.
6. Ataques de vertigens locomotoras.
7. Ataques como congestões.
8. Ataques de parestesias, mas estes raramente ocorrem sem a ansiedade ou um sentimento semelhante de desconforto.

4. Acordar com medo à noite

Combinado com a ansiedade, a dispneia, os suores, este é uma variante do ataque de ansiedade. É considerado uma segunda forma de insónia na neurose de angústia. Este pavor pode ocorrer com a representação de um sonho.

A ansiedade crónica associada a ataques de ansiedade e vertigens, desenvolvem dois grupos de fobias; uma relacionada aos riscos fisiológicos gerais, como por exemplo medo de cobras, tempestades, escuro, e outra relacionada à locomoção (agorafobia).

5. Actividades digestivas alteradas

Propensão ao vómito, náuseas e sintoma de fome devoradora não são raras na neurose de angústia. Na expectativa ansiosa há uma disposição à diarreia.

6. Parestesias

Acompanhada de ataques de vertigens ou de ansiedade.

Desta forma, Freud menciona que apesar de haver citado os sintomas pertinentes à neurose de angústia, alguns destes podem aparecer de forma crónica e obscura, e pode dificultar o diagnóstico da neurose.

Capítulo X - Perturbações

10.1.- Perturbação do comportamento

A perturbação do comportamento caracteriza-se por uma conduta repetidamente destrutiva.

Identificaram-se vários tipos de perturbações do comportamento. As crianças e os adolescentes com perturbações do comportamento agressivos solitários são egoístas, não têm boas relações com os outros e carecem de sentimento de culpa. Os que sofrem de perturbações do comportamento de grupo são fiéis aos seus semelhantes, muitas vezes à custa de terceiros pessoas. Algumas crianças e adolescentes mostram alterações e mambos os comportamentos. Os que têm uma perturbação desafiadora de oposição desenvolvem um comportamento negativo, aborrecido e desafiador, embora sem violar os direitos dos outros. Conhecem a diferença entre o bem e o mal e sentem-se culpados se fizerem algo de grave. Embora inicialmente não seja uma perturbação do comportamento, em geral evolui para uma perturbação de tipo ligeiro.

10.1.1.- Tratamento

A psicoterapia pode ajudar os adolescentes e as crianças a melhorar a sua auto-estima e controlo, contribuindo para a melhoria do seu comportamento. Os sermões e as ameaças não funcionam. Em geral, o melhor tratamento consiste em afastar a criança do ambiente que lhe é prejudicial e submetê-la a uma disciplina rigorosa.

10.2.- Sintomas da Perturbação Emocional

Existem alguns sintomas de perturbação emocional, característicos comportamentos básicos detectáveis em crianças que apresentam perturbações emocionais:

- Hiperactividade;
- Pouca capacidade de atenção;
- Impulsividade;
- Agressividade (exibe-se, envolve-se em lutas);
- Comportamento autodestrutivo;
- Isola-se e foge da interacção com outros;
- Imaturidade (birras frequentes e choro sem razão aparente);
- Sensibilidade a chamadas de atenção e dificuldade em se controlar perante situações de conflito ou de insucesso;
- Dificuldades de aprendizagem.

Muitas vezes crianças lesadas por perturbações emocionais graves apresentam um pensamento distorcido, ansiedade excessiva e alterações de humor fora do normal. Em casos extremos poderá ser diagnosticada uma psicose severa ou esquizofrenia.

10.3- Perturbações somáticas

As perturbações somáticas são um grupo de alterações em que um problema psicológico subjacente produz sintomas de pena e incapacidade física.

Uma criança com uma perturbação somática pode apresentar diferentes sintomas sem que exista qualquer causa orgânica, como dor, dificuldade respiratória e fraqueza. Em geral, apresenta sintomas de doenças que observou em qualquer membro da família.

Habitualmente, a criança não tem consciência de que existe uma relação entre os sintomas e o problema psicológico subjacente.

10.3.1.- Os principais tipos de perturbações somáticas

- Perturbação de conversão
- Perturbação de somatização
- Hipocondria

Na perturbação de conversão, a criança transforma um problema psicológico num sintoma físico. Por exemplo, aparenta ter um braço ou uma perna paralisada, torna-se surda ou cega ou pode sofrer de falsos ataques epiléticos.

A perturbação de somatização é semelhante à de conversão, mas aqui a criança desenvolve muitos sintomas que são mais vagos.

Na hipocondria, a criança fica obcecada com as funções corporais como o batimento do coração, a digestão e o suor e pensa que sofre de alguma doença grave, quando realmente se encontra sã.

A perturbação de conversão e a hipocondria são comuns em jovens de ambos os sexos, mas mais frequentes nas raparigas. Também a perturbação de somatização afecta quase exclusivamente estas últimas.

10.3.2.- Diagnóstico

Antes de se determinar se uma criança sofre de uma perturbação somática, o médico deve assegurar-se de que não tem nenhuma doença orgânica que possa apresentar os mesmos sintomas. Habitualmente evitam-se as análises laboratoriais extensas porque podem convencer ainda mais a criança de que existe um problema orgânico. Se não for detectada nenhuma doença, o médico deve falar com a criança e com a família para tentar identificar problemas psicológicos subjacentes ou relações familiares anormais.

10.3.3- Tratamento

Uma criança pode rejeitar a ideia de consultar um psicoterapeuta porque o tratamento ameaça desvendar os seus conflitos psicológicos ocultos. Contudo, as visitas relativamente curtas a um terapeuta, que lhe dêem confiança e abranjam áreas não médicas, podem romper gradualmente o modelo de comportamento da criança. A confiança e o apoio dados pela família contribuem para minimizar os sintomas físicos, pelos quais a criança recebe atenção médica e cuidados gerais de forma continuada. Se estas medidas falharem, o médico provavelmente deve enviar a criança a um psiquiatra pediátrico.

10.4.- Perturbações do sono

As perturbações do sono são alterações na harmonização do sono ou durante o mesmo, ou alterações referentes à duração do sono, ou a comportamentos anormais associados ao sono, como o terror nocturno e o sonambulismo.

O sono é necessário para sobreviver e desfrutar de boa saúde, mas não se sabe porque se necessita do sono nem exactamente como nos beneficia. As necessidades individuais de sono variam bastante. Nos adultos saudáveis é de apenas 4 horas diárias de sono até 9 horas. Geralmente, as pessoas dormem de noite, embora muitas o façam de dia devido aos horários de trabalho, situação que muitas vezes provoca perturbações do sono.

Muitas causas, como a agitação ou o stress emocional, podem determinar as horas de sono de uma pessoa e a forma como se sente ao acordar. Os medicamentos também podem: produzir sonolência enquanto outros dificultam o sono. Inclusive certos alimentos ou aditivos, como a cafeína, as especiarias fortes e o glutamato monossódico, podem prejudicar o sono.

10.4.1.- Insónias

A insónia é a dificuldade em harmonizar o sono ou permanecer adormecido, ou uma alteração no padrão do sono que, ao despertar, leva à percepção de que o sono foi insuficiente.

A insónia não é uma doença, mas um sintoma. Pode ser consequência de diversas perturbações emocionais e físicas e do uso de medicamentos. A dificuldade em conciliar o sono é frequente entre jovens e idosos e muitas vezes manifesta-se no decurso de alterações emocionais, como a ansiedade, o nervosismo, a depressão ou o temor. Há pessoas que têm dificuldade em conciliar o sono simplesmente porque não têm cansaço, nem físico nem mental.

As pessoas tendem a dormir menos à medida que envelhecem e também se verificam mudanças nas fases do sono. O sono diminui e acorda-se com mais frequência. Embora normais, estas mudanças no padrão do sono fazem com que as pessoas adultas pensem que não estão a dormir o suficiente. No entanto, não existem provas de que pessoas saudáveis de

idade avançada necessitem de dormir tanto como os jovens nem que usem medicamentos para dormir com o objectivo de evitar estas alterações normais associadas à idade.

O padrão da insónia na primeira hora da manhã é mais frequente nas pessoas de idade avançada. Algumas pessoas conciliam o sono normalmente, mas despertam várias horas antes da hora habitual, não conseguem voltar a adormecer com facilidade e, por vezes, têm um sono inquieto e pouco reabilitador. Em qualquer idade, o facto de despertar muito cedo pode ser um sintoma de depressão.

As pessoas com uma alteração no seu padrão de sono podem ter trocas no ritmo do sono, isto é, conciliam o sono em horas menos adequadas e não conseguem dormir quando o deviam fazer. As inversões no ritmo do sono reflectem geralmente um desfasamento horário devido a uma viagem de avião, turnos de trabalho nocturno irregulares, mudanças frequentes de horários ou abuso de bebidas alcoólicas. Por vezes, devem-se ao efeito secundário de um fármaco. O padrão de sono pode alterar-se por lesões no relógio interno do cérebro.

10.4.2.- Diagnóstico

Com o objectivo de diagnosticar a insónia, o médico deve avaliar o padrão de sono da pessoa, o uso que faz de medicamentos, de álcool e de drogas ilegais, o grau de stress psicológico, a história clínica e o seu nível de actividade física. Algumas pessoas necessitam de menos sono que outras, por isso o diagnóstico de insónia baseia-se nas necessidades individuais. Os médicos podem classificar a insónia como primária, uma alteração do sono de longa duração que aparentemente não está associada a causas de stress nem a vivências, ou como secundária, uma alteração provocada pela dor, pela ansiedade, pelos fármacos, pela depressão ou por stress exacerbado.

10.4.3.- Tratamento

O tratamento da insónia baseia-se na sua causa e no grau de gravidade. As pessoas de idade sofrem mudanças associadas ao sono e habitualmente não requerem tratamento porque trata-se de alterações normais. o número total de horas de sono diminui com a idade, pode ser útil para as pessoas mais velhas irem dormir mais tarde ou levantarem-se mais cedo. As

peessoas com insónias podem melhorar o seu estado se ficarem tranquilas e relaxadas antes de se deitarem e procurar criar no quarto uma atmosfera que convide ao sono. Para isso, é necessária luz ténue, o mínimo de ruído possível e uma temperatura agradável.

Se a causa da insónia for stress emocional, é mais proveitoso um tratamento para aliviar o stress em vez de tomar medicamentos para dormir. Quando a insónia se manifesta com depressão, deve ir ao médico, que fará uma avaliação global e prescreverá um tratamento. Certos antidepressivos costumam induzir o sono devido às suas propriedades sedantes.

O uso descontínuo de medicamentos para dormir pode ser útil no caso de as perturbações do sono interferirem com as actividades pessoais e com a sensação de bem-estar.

10.4.4.- Medicação para dormir

Os hipnóticos (sedativos, tranquilizantes menores, fármacos contra a ansiedade) são os medicamentos de uso mais difundido. A maioria é bastante segura, mas todos podem perder a sua eficácia, quando o doente se habitua. Os hipnóticos também podem originar sintomas de abstinência quando se suspende o tratamento. Se o doente deixar de os tomar durante alguns dias, o problema original pode piorar e a ansiedade aumentar. Os médicos recomendam uma redução lenta da dose e a sua completa suspensão pode requerer várias semanas.

A maioria dos hipnóticos exigem receita médica porque pode provocar habituação ou dependência e o risco de sobredose.

Os hipnóticos apresentam um risco especial nas pessoas de idade avançada com problemas respiratórios porque tendem a deprimir as áreas do cérebro que controlam a respiração. Reduzem também o estado de alerta diurno, o que constitui um perigo para a condução ou para a manipulação de máquinas.

São especialmente perigosos quando se tomam juntamente com álcool ou com outros hipnóticos, narcóticos, anti-histamínicos e antidepressivos.

Os hipnóticos mais usuais e seguros são as benzodiazepinas, dado que não diminuem a quantidade do sono, não reduzem a capacidade de sonhar. Algumas benzodiazepinas permanecem mais tempo no organismo do que as outras. As pessoas mais velhas, que não podem metabolizar nem excretar os fármacos tão bem como as mais jovens, estão mais expostas a sentirem tonturas diurnas, linguagem ininteligível e quedas. Por esta razão, os

médicos evitam a prescrição de benzodiazepinas de acção prolongada, como flurazepam, clordiazepóxido e diazepam.

Os barbitúricos, um dos hipnóticos de uso mais frequente, e o meprobamato não são tão seguros como as benzodiazepinas.

O hidrato de cloral é relativamente seguro, mas o seu uso é muito menos frequente que os das benzodiazepinas.

Alguns antidepressivos, a amitriptilina, por exemplo, podem aliviar a depressão associada à insónia ou ao despertar de madrugada provocado por crises de pânico, mas os efeitos adversos podem constituir um problema, especialmente nas pessoas idosas.

A difenidramina e o dimenidrinato são dois medicamentos baratos que não requerem prescrição médica e que podem aliviar as perturbações do sono leves ou ocasionais, mas não se utilizam como sedativos porque têm efeitos adversos potenciais, especialmente em pessoas de idade avançada.

10.4.5.- Os sintomas e o médico

- Insónia.
- Dependência de medicamentos para dormir.
- Hipersónia.
- Ressonar intenso ou falta de ar.
- Pesadelos.
- Sono anormal.

10.4.6.- A avaliação do sono

- Historial do sono que muitas vezes inclui um padrão de sono.
- História clínica geral.
- Exame físico.
- Análise ao sangue.
- Testes no laboratório do sono.

Dois dos exames feitos num laboratório do sono são a polissonografia durante a noite e uma prova de latência múltipla do sono. Na polissonografia a pessoa passa toda a noite num laboratório do sono com eléctrodos colocados para medir as fases do sono e outros parâmetros psicológicos. O exame avalia a apneia do sono ou as alterações dos movimentos

. Numa prova de latência múltipla do sono, a pessoa passa todo o dia num laboratório do sono a fazer sestas com intervalos. Esta prova avalia a sonolência diurna, essencialmente em caso de narcolepsia.

10.4.7.- Hipersónia

A hipersónia é um aumento das horas de sono, aproximadamente 25 % mais do que padrão normal de sono.

Embora seja menos frequente que a insónia, a hipersónia é um sintoma que muitas vezes indica a possibilidade de uma doença grave. As pessoas saudáveis podem ter uma hipersónia temporária durante algumas noites ou dias como consequência de um período de privação de sono ou devido a um esforço físico pouco habitual. Se a hipersónia se prolongar alguns dias, pode ser sintoma de uma perturbação psicológica ou do abuso de hipnóticos, falta de oxigénio e acumulação de anidrido carbónico no corpo como consequência da apneia durante o sono ou então devido a perturbações cerebrais. A hipersónia crónica pode apresentar-se numa idade jovem e pode ser sintoma de narcolepsia.

Quando a hipersónia é recente e súbita, o médico deve informar-se acerca do estado de ânimo da pessoa, dos acontecimentos actuais e de qualquer medicamento que esteja a tomar. Dado que a causa poderá ser uma doença, o médico deve examinar coração, os pulmões e o fígado. Os exames laboratoriais podem confirmar a doença.

A hipersónia recente que não tem uma explicação fácil, como a existência de uma doença ou o abuso de fármacos, pode ser provocada por uma perturbação psiquiátrica ou por um problema neurológico. Um exame neurológico pode acusar depressão, deterioração da memória ou sintomas neurológicos anormais. No caso de sintomas relacionados com algum problema neurológico, efectuem-se exames imagiológicos como uma tomografia axial computadorizada ou uma ressonância magnética e o doente é enviado ao neurologista.

10.5.- Perturbações da saúde mental

Um grande número de perturbações mentais pode apresentar-se na infância.

Entre elas encontra-se o autismo, as perturbações desagregadoras, a esquizofrenia infantil, a depressão, as manias e as doenças maníaco-depressivas. Também são de incluir o comportamento suicida e as suas perturbações, a ansiedade pela separação e as perturbações somáticas. Além disso, a perturbação de identidade revela-se inicialmente durante esta etapa e as perturbações de abuso de substâncias tóxicas são agora mais frequentes entre crianças e adolescentes. Outras perturbações mentais importantes nas crianças são a falta de atenção, a perturbação compulsivo-obsessiva. Muitas famílias beneficiam com a terapia familiar e os grupos de apoio, visto que os desequilíbrios mentais em crianças e adolescentes tendem a ser crónicos.

10.6.- Perturbações paranóicas

10.6.1.- Conceitos e causas

A paranóia pode ser definida como uma tendência para adoptar um comportamento de permanente desconfiança relativamente a todos os que o rodeiam; daí que as perturbações paranóicas designem uma série de alterações psiquiátricas produzidas quando esta tendência se revela muito evidente e exagerada.

As perturbações paranóicas caracterizam-se pelo desenvolvimento de equívocos ou de visíveis delírios perante determinados factos e circunstâncias, aos quais o paciente dá importância excessiva e interpreta de forma errada. O protagonista destes erros de interpretação, ou delírios, é sempre o próprio paciente, em que se sente absolutamente convencido de que as pessoas que o rodeiam ou mesmo as próprias circunstâncias estão contra ele, tem constantemente a sensação de ser ameaçado ou perseguido por pessoas que o querem prejudicar, acredita de forma errada que sofre de uma doença grave e que ninguém gosta dele.

Ao contrário do que acontece com os delírios esquizofrénicos, que não se baseiam em factos reais mas envolvem muitos aspectos da vida diária e são extremamente incoerentes, os delírios das perturbações paranóicas costumam estar relacionados com a realidade, nomeadamente com um único tema específico, no qual o paciente defende as suas interpretações com argumentos aparentemente credíveis, já que os paranóicos costumam conservar a maioria das suas capacidades intelectuais. Esta situação faz com que as pessoas que o rodeiam, sobretudo quem vive com o paciente, tenham certas dificuldades em detectar a existência do problema, por vezes relacionada com os delírios do paciente.

Na maioria dos casos, as perturbações paranóicas atingem pessoas com uma personalidade paranóica, caracterizada numa tendência para a desconfiança. Por outro lado, muitas vezes, estes problemas são desencadeados por situações críticas, como a morte de um familiar ou amigo ou ainda um evidente isolamento provocado por surdez ou pela mudança para uma sociedade culturalmente diferente. Contudo, ainda não foi possível esclarecer os mecanismos que estão na origem destes problemas.

10.6.2.- Tipos e sintomas

À excepção da personalidade paranóica, que se for intensa também pode ser considerada uma alteração psicológica, existem dois tipos de perturbações paranóicas:

- Reacção paranóica
- Desenvolvimento paranóico.

10.6.3.- Reacção paranóica:

A reacção paranóica caracteriza-se por um aparecimento súbito de delírios interpretativos, desencadeados por uma circunstância ou acontecimento ocorrido nos dias ou semanas anteriores. As causas que podem desencadear estas situações são muito variáveis. Em alguns casos, podem estar relacionadas com a perda real ou imaginada e receada com angústia, de um amigo, ou familiar ou de um emprego. Noutros casos, pode ser desencadeada por circunstâncias que obrigam o paciente a colocar-se numa situação passiva em que necessita do apoio de todos os que lhe são próximos, como acontece, por exemplo, ao se submeter a intervenções cirúrgicas, após um acidente de viação ou ao emigrar para países com uma cultura muito diferente da sua.

A evolução e prognóstico das reacções paranóicas costumam ser favoráveis, já que na maioria dos casos os delírios interpretativos desaparecem ao fim de algumas semanas ou meses, sobretudo quando se procede ao tratamento adequado.

10.6.4.- Desenvolvimento paranóico:

Os factores desencadeantes do desenvolvimento paranóico não costumam ser identificados, os delírios interpretativos vão sendo progressivamente elaborados durante meses ou anos. Para além disso, nestes casos, os delírios têm um conteúdo aparentemente mais coerente e estruturado, tornando-se bastante credíveis, pois vão sendo alimentados por novas ideias erradas, evoluindo através de períodos de exacerbação alternados com outros de relativa acalmia. O argumento dos delírios paranóicos é variável: perseguição, ciúme, grandeza, erotismo, ruína, doenças inventadas. No entanto, caracteriza-se pelo desmedido egocentrismo do paciente no seu delírio, que pode ser interpretado como um mecanismo para ocultar um grande complexo de inferioridade.

10.6.5.- Tratamento

O tratamento consiste na administração de antipsicóticos e tranquilizantes, que devem ser complementados com a realização de uma psicoterapia adequada às necessidades específicas de cada um. Em caso de reacção paranóica, em crises de intensificação do desenvolvimento paranóico e quando se detecta um risco significativo de eventuais agressões graves aos outros ou a tentativa de suicídio, deve-se proceder ao internamento do paciente num centro psiquiátrico.

10.6.6.- Principais conteúdos dos delírios na paranóia:

- **Delírio de perseguição:** o paciente acredita que é ameaçado e perseguido e que os inimigos fazem planos para o dominar e eliminar.
- **Delírio de ciúme:** tem a ideia fixa de que a sua companheira o engana e desenvolve uma serie de estratégias para o confirmar.
- **Megalomania ou delírio de grandeza:** o paciente acredita que é muito importante, pode acreditar que é famoso e tenta convencer os outros de que o é realmente.
- **Delírio de ruína:** o paciente acredita firmemente que vive na miséria e lamenta-se constantemente.
- **Delírio erótico:** o paciente pensa que é desejado e assediado sexualmente, sobretudo por pessoas que considera importantes.
- **Delírio hipocondríaco:** convence-se que sofre de uma ou mais doenças graves, quase sempre fatais, mesmo com evidências em contrário.

10.7.- Personalidade paranóica

Como a personalidade é o conjunto de atitudes psicossociais e de comportamentos que expressam as características de um indivíduo, a personalidade constitui, na maioria dos casos, um factor de predisposição para uma doença psicológica ou mental, já que os próprios traços da personalidade de cada indivíduo podem ser de tal forma acentuados em circunstâncias especiais ou difíceis que podem evoluir para uma doença, como acontece, por exemplo, no caso da personalidade paranóica, quando os traços que a caracterizam são muito intensos, pode-se transformar num problema psicológico. O principal traço da personalidade paranóica é o excesso de auto-estima, e a tendência para exagerar quando é bem sucedido ou inventar, de modo a manter a sua imagem de grandeza. Outros traços da personalidade paranóica são a desconfiança e a falta de flexibilidade, pois têm tendência para desconfiar e culpabilizar os outros, são muito competitivas, não aceitam críticas e defendem as suas convicções e ideias pré-concebidas de forma veemente, apesar de conseguirem ocultar a sua agressividade quando querem, agindo com cortesia. O egocentrismo, desconfiança e rigidez fazem com que tenham tendência para interpretar erradamente os factos, provocarem conflitos afectivos, sociais e profissionais, terem comportamentos de fanatismo e passarem a um progressivo isolamento que acentua os traços doentes da personalidade.

Entrevistas semi-estruturadas

Quando terminei as entrevistas, decidi dividi-las em três grupos pela semelhança das respostas dadas.

No primeiro grupo a maioria dos pais disseram que ser criança é brincar, não ter problemas, ir para a escola para ter boas notas, esta é a vida delas.

Também dizem não acreditar que elas tenham problemas a ponto de eles se preocuparem, só se for com os colegas na escola, mas hoje zangam-se e amanhã já são amigos.

Disseram que a depressão é uma doença da cabeça que algumas pessoas têm e não funcionam muito bem, mas em crianças nunca viram e pensam que nem devem ter esse problema.

Relativamente às causas e sintomas da depressão deram várias respostas, desde que é um mal de família, porque outros também têm.

Quando se falou na escola e sobre o aproveitamento e o comportamento dos filhos, se estes eram bons alunos, estava tudo bem, se fosse o contrário a culpa era da professora e das auxiliares, porque em casa portam-se bem, só na escola é que se portam mal, mas a culpa não é dos pais.

Quanto à alimentação diziam que tinham fases, ora come bem ora come menos bem. Reparei que estes pais têm por hábito levar os filhos ao café diariamente, e estes comem demasiados alimentos doces e bebidas gaseificadas, o que naturalmente lhes tira o apetite. Mas isto não parece preocupar muito os pais, assim como a hora de deitar que depende do que está a dar na televisão, da hora que vem com o pai do café e as horas que os pais se deitam.

Não fazem ideia se os filhos se isolam socialmente, dizem que brincam na escola e às vezes na rua com os vizinhos, mas não sabem como é a relação deles com os colegas.

O segundo grupo de pais já falou um pouco diferente acerca destes assuntos.

Disseram que a depressão era uma doença que afectava algumas pessoas, que antes a vida era diferente não havia tanto stress, agora é tudo a correr, nem há tempo para os filhos. Mas que tentam estar informados dentro do possível como é que vão na escola e perguntam todos os dias como correu o dia.

Gostavam de ter mais tempo, mas, infelizmente, têm de trabalhar tanto o pai como a mãe, porque está tudo muito difícil. Mas quiseram afirmar que aos filhos não lhes falta nada, há sempre comida e frios também não passam.

Quando se falou na depressão nas crianças e nos adolescentes, pouco sabiam. Admitiram que a adolescência era difícil e que por vezes começavam a andar em más companhias e a meterem-se em vícios, mas que todos são iguais, é próprio da idade. Em casa dão-lhes bons conselhos mas depois depende deles e que com esta idade não contam nada em casa do que se passa na escola. Umhas vezes vêm contentes outras vezes chateados, mas são mesmo assim.

Sabem que à noite comem bem, porque estão em casa, mas de dia na escola não fazem ideia, outros pais disseram que com esta idade já são vaidosos, não comem para não engordar. Nos estudos depende, esta idade é complicada, já namoram, depois zangam-se, é muito complicado. Foi esta expressão que mais ouvi.

O terceiro grupo tinha pais que demonstraram ter outra postura. Como trabalham os filhos depois das aulas vão para casa de estudo, onde também têm outras actividades lúdicas. Disseram que assim estão descansados no trabalho, que os filhos não estão sozinhos e é mais difícil fazerem asneiras. E quando chegam a casa, como já estudaram têm mais tempo para estar em família.

Relativamente à depressão, alguns sabiam que as crianças também podem ser atingidas e que têm que ter muito cuidado porque provoca muitos danos, que por vezes não passa.

Mostraram-se preocupados em ter um bom relacionamento com os filhos para que possam dialogar acerca de tudo, tudo não diziam, há sempre algumas coisas que não contam, mas que falam de quase tudo.

Estão alertas com os comportamentos dos filhos e como se alimentam, dizem que não se podem descuidar, hoje em dia aprendem muitas coisas más na escola.

Também descreveram alguns sintomas da depressão, pelo menos os mais conhecidos.

Depois das entrevistas, conclui que o primeiro grupo de pais não faz ideia do que é uma depressão e as consequências que pode trazer, também não estão preparados para ver os sinais nos filhos. Não me pareceram muito preocupados com o assunto, nem com a vida dos filhos durante o dia na escola. Para eles uma pessoa depressiva é maluca e não dão outra

explicação. Quando falei e expliquei alguns sintomas e causas não deram grande importância, pois na família não há ninguém assim da cabeça.

O segundo grupo demonstrou alguma preocupação em relação aos filhos e o que se passa com eles.

Têm alguma ideia do que é uma depressão e que qualquer pessoa pode se afectada, até os próprios filhos. Prestaram muita atenção ao que eu dizia e faziam perguntas acerca deste assunto ao dizerem que infelizmente muitas pessoas sofrem com esta doença.

O terceiro grupo de pais foi o que melhor estava informado e participaram activamente durante a entrevista.

Em conclusão há, ainda, muitos pais que não estão preparados para observarem os filhos e aperceberem-se que poderá estar deprimido e a precisar de ajuda. Mas o maior problema foi a falta de preocupação de se informarem sobre este assunto.

Ainda há um longo caminho a percorrer, até que comecem a reflectir e a preocupar-se com a depressão, bullying, anorexia, bulimia, etc.

Conclusão

Após ter finalizado este trabalho, senti necessidade de reflectir durante algum tempo, como mãe e como professora.

Quando me propus a estudar sobre a depressão desde o recém-nascido até ao adolescente não esperava deparar-me com tantos problemas que eles têm de ultrapassar.

Na parte teórica foquei assuntos que na pós graduação, com o mesmo tema, não tinha focado e fiquei a saber mais sobre este assunto que tanto sofrimento causa a jovens e às suas famílias.

Deduzi que os pais, responsáveis pelos filhos e com a obrigação de os acompanhar devidamente estavam alertas para esta doença. Muito poucos sabiam que os filhos podiam estar ou vir a sofrer deste mal.

Utilizei a entrevista semi-estruturada, que me deu oportunidade de avançar ou recuar perante algumas respostas dadas.

Concluo que muitas crianças e jovens têm problemas, mas que ninguém os ouve, ou tenta compreender. Estão sozinhos na sua própria luta pelo futuro, o que serão em adultos será reflexo das experiências actuais.

A adolescência é uma etapa, pela qual todos passam, experimentam, fazem as suas próprias descobertas, que podem ser benéficas ou prejudiciais. Aqui, a família tem uma grande responsabilidade, pois é nela, que os jovens se vão refugiar quando precisam, mas só o fazem se forem ouvidos e ajudados sem pressas e sem olhar para o relógio.

A sociedade também é responsável pelas frustrações que muitos sentem porque exige, pede, e ilude a que queiram ser de determinada forma, usar determinadas marcas, sonharem com a beleza física, sem passarem pelos valores, pela educação e muitos estão convencidos que o mundo real é assim, sem responsabilidades e deveres.

Por isso muitos deles sofrem de depressão, anorexia, bulimia, perturbações, praticam o bullying contra colegas e mesmo em casa com os irmãos.

Pelas entrevistas que efectuei, seria bom que os pais comesçassem a informar-se mais sobre a vida dos filhos, se sofrem, se estão tristes, frustrados, porque tudo isto leva à depressão e eles não estão de forma alguma informados convenientemente sobre esta doença.

Bibliografia

ASSUMPCÃO, F. B. Jr. *Depressão na infância*. Pediatria Moderna

CANTWELL, D.P.; CARLSON, G.A. - *Transtornos Afectivos en la Infancia y la Adolescencia*. Ed. Martinez Roca, Barcelona, 1987.

ANNELL, A.L. (1972). *Depressive states in childhood and adolescence*. Stockholm, Almquist & Wiksell.

BRACONNIER, Alain, e MARCELLI, Daniel (2000): *As mil faces da adolescência – confrontações*. Lisboa, Climepsi Editores.

FLEMING, Manuela (1993): *Adolescência e autonomia – O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Porto, Edições Afrontamento.

SHIRAKAWA I - *O suicídio como momento psicótico*. Bal Priquiatr, 1987

SAMPAIO, Daniel. 2002. *Ninguém morre sozinho. O adolescente e o suicídio*, 12ª Ed. Lisboa: Caminho.

CORREIA Augusto (2007) *A depressão e suicídio nos adolescentes. Ajudar os adolescentes deprimidos*

SAMPAIO, Daniel (Junho, 1995) *Para suicídio na adolescência. a propósito de uma experiência clínica*. Nacer e crescer

PEREIRA, Beatriz Oliveira. *Para uma Escola sem violência: estudo e prevenção das práticas agressivas entre crianças*. Edição: Fundação Calouste Gulbenkian, 200

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. *Bullying: mentes perigosas nas escolas*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2010.

SILVA A. B.B. *Mentes insaciáveis: anorexia, bulimia e compulsão alimentar*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

CARMO, Isabel do (1994), “A vida por um fio – a anorexia nervosa”. Lisboa: Relógio D’ Água.

Glossário

A

Acidificar

Converter em ácido.

Afagia

Impossibilidade de deglutir.

Agorafobia

É o medo de estar em espaços abertos ou no meio de muitas pessoas.

Alfafetoproteína

É uma molécula produzida durante o desenvolvimento do embrião e do feto. Os testes ao sangue têm dois fins: em mulheres grávidas, para saber alguns tipos de malformação congénita e nos adultos e crianças direccionado para alguns tipos de tumor.

Alprazolam

É um fármaco utilizado em distúrbios de ansiedade e em crises de agorafobia.

Aminofilina

É um fármaco utilizado como broncodilatador.

Amnésia

É a perda da memória total ou parcial.

Amniosentese

É um método de diagnóstico pré-natal que consiste na aspiração de uma pequena quantidade de fluido amniótico da bolsa amniótica que envolve o feto. Serve para detectar malformações genéticas.

Analgésico

Designa qualquer medicamento usado para aliviar a dor.

Anencefalia

É a má formação do tubo neural que ocorre entre o 16.º dia e o 26.º dia de gestação e caracteriza-se pela falta parcial do encéfalo.

Anfetaminas

São substâncias que têm uma estrutura química básica da beta-fenetilamina.

Anorexia nervosa

É uma disfunção alimentar, caracterizada por uma rígida e insuficiente dieta alimentar, é uma doença complexa.

Anticolinérgicos

Serve para inibir a produção de acetilcolina.

Antidepressivos

É uma substância considerada eficaz na remissão de sintomas característicos da síndrome depressiva.

Antidepressivos tricíclicos

São usados no tratamento sintomático da depressão e outras síndromes depressivas.

Apatia

É a falta de emoção ou entusiasmo, estado de indiferença em que a pessoa não responde aos estímulos da vida emocional, social e física.

Apneia

Suspensão momentânea da respiração.

Asperger

É uma síndrome do espectro autista, mas diferencia-se do autismo clássico porque não comporta nenhum atraso ou retardamento global no desenvolvimento cognitivo ou da linguagem.

Autismo

É uma disfunção global do desenvolvimento. É uma alteração que afecta a capacidade de comunicação, de socialização e de comportamento.

Autoestima

É a avaliação que alguém faz de si mesmo, podendo ser positiva ou negativa.

B

Benzodiazepinas

São um grupo de fármacos ansiolíticos utilizados como sedativos, hipnóticos, relaxantes musculares, para amnésia e actividade anticonvulsionante.

Bilirrubina

É o principal produto do metabolismo do heme da hemoglobina. Cerca de 70% a 80% da bilirrubina são provenientes da destruição dos eritrócitos, hemácias, velhos 15% de fontes

hepáticas, e o restante é proveniente da destruição de hemácias defeituosas na medula óssea e nos citocromos.

Bioquímica

É a ciência que estuda os processos químicos que ocorrem nos organismos vivos.

Bipolar

É uma forma de transtornos de humor caracterizado pela variação extrema do humor entre uma fase maníaca ou hipomaníaca.

Bradicardia

É um termo utilizado na medicina para designar uma diminuição na frequência cardíaca. Convenciona-se como normal no ser humano uma frequência cardíaca entre 50 e 100 batimentos por minuto. Frequências abaixo de 50 constituem a bradicardia.

Bulímico

Sofre de bulimia.

Bullying

É um termo utilizado para descrever actos de violência física ou psicológica, intencionais e repetidos, praticados por um indivíduo ou grupo de indivíduos com o objectivo de intimidar ou agredir outro incapaz de se defender. Também existem as vítimas/agressoras, ou autores/alvos, que em determinados momentos cometem agressões, porém também são vítimas de assédio escolar pela turma.

C

Carbamazepina

É utilizada como antiepilético, é um medicamento de segunda geração.

Catatonia

É uma forma de esquizofrenia que consiste na alternância entre períodos de passividade e de extrema agitação.

Ciclotimia

É uma doença afectiva é uma forma de Distúrbio Bipolar do Humor. Ela é definida dentro do espectro das doenças bipolares.

Choque Hipovolémico

É uma condição médica caracterizada pela ocorrência dos seguintes sintomas:

- Frequência cardíaca elevada
- Frequência respiratória elevada
- Baixa pressão arterial

Ciclotímico

Sofre do transtorno afectivo de personalidade.

Citalopram

É um antidepressivo inibidor e eficaz para o tratamento da depressão.

Clonazepam

Pertence a uma classe farmacológica conhecida como benzodiazepinas, que possuem como principais propriedades inibição leve das funções do sistema nervoso central permitindo assim uma acção anticonvulsivante, alguma sedação, relaxamento muscular e um efeito tranquilizante.

Comodidade

Bem-estar; conforto.

Congénitas

São doenças adquiridas antes do nascimento ou mesmo posterior a tal, no primeiro mês de vida, seja qual for a sua causa. Dentro dessas doenças há aquelas caracterizadas por deformações estruturais que são denominadas usualmente por anomalias ou malformações congénitas.

Coriónico / cório

Membrana exterior do feto (embrião) ou do ovo.

Cortisol

É um hormônio corticosteróide produzido pela glândula supra-renal que está envolvido na resposta ao stress; ele aumenta a pressão arterial e o açúcar do sangue, além de suprimir o imunitário.

Cyberbullying

É uma prática que envolve o uso de tecnologias de informação e comunicação que dão apoio a comportamentos deliberados, repetidos e hostis praticados por um indivíduo ou grupo com a intenção de prejudicar outrem.

D

Delírio

É definido geralmente como uma falsa crença e é usado na linguagem formal para descrever uma crença que é ou falsa, irreal ou derivada de fraude. Em psiquiatria, a definição é necessariamente mais precisa e implica que a crença é psicopatológica (o resultado de uma enfermidade ou de transtorno mental).

Depressão

Também chamada de transtorno depressivo maior, é um problema psiquiátrico e psicológico que afecta pessoas de todas as idades. Caracteriza-se pela perda de prazer nas actividades diárias.

Desnutrição

É uma doença causada pela dieta inadequada, hipocalórica e hipoprotéica. Também pode ser causada por má absorção de nutrientes ou anorexia.

Dextrometorfano

É uma droga antitussiva. É um dos ingredientes activos usados para prevenir tosse em muitos medicamentos de venda directa. São encontrados outros efeitos na medicina para o dextrometorfano, como aplicações para o alívio de dores psicológicas.

Disforia

É uma mudança repentina e transitória do estado de ânimo, tais como sentimentos de tristeza, pena, angústia. É um mal-estar psíquico acompanhado por sentimentos depressivos, tristeza, melancolia e pessimismo.

Distímia

É um tipo de depressão que se caracteriza principalmente pela falta de prazer ou divertimento na vida e pelo constante sentimento de negatividade.

Distonia

Causa paralisação dos movimentos durante uma acção, devido a contracções musculares involuntárias, lentas e repetitivas.

Diuréticos

São fármacos que actuam nos rins, aumentando o volume e o grau do fluxo urinário.

Dopamina

É um neurotransmissor no cérebro que actuam para promover a sensação de prazer e de motivação.

E

Eletroencefalograma

É um exame médico complementar que consiste na captação da actividade bioeléctrica cerebral natural, através de eléctrodos colocados na cabeça.

Eletrólito

É toda a substância que, dissociada ou ionizada, origina íons positivos e íons negativos, pela adição de um solvente ou aquecimento. Desta forma torna-se um condutor de electricidade.

Encoprese

É a eliminação das fezes, voluntária ou não. É uma desordem de causa fisiológica ou emocional.

Enurese

É a incontinência urinária que ocorre quando a pressão dentro da bexiga excede a que está dentro da uretra.

Epilepsia

É uma alteração na actividade eléctrica do cérebro, temporária e reversível, que produz manifestações motoras, sensitivas, sensoriais, psíquicas ou neurovegetativas). Para ser considerada epilepsia, deve ser excluída a convulsão causada por febre, drogas ou distúrbios metabólicos, já que são classificadas diferentemente.

Eritroblastose fetal

Doença de Rhesus, doença hemolítica por incompatibilidade Rh ou doença hemolítica do recém-nascido ocorre quando uma mãe de Rh que já tenha tido uma criança com Rh+ (ou que tenha tido contacto com sangue Rh+, numa transfusão de sangue que não tenha respeitado as regras devidas) dá à luz uma criança com Rh+.

Estacional

Estacionário.

Estrogéneos

É um conjunto de hormonas básicas da mulher. É responsável pelo aparecimento dos sinais sexuais da mulher, até à menopausa.

Esquizofrenia

É um transtorno psíquico severo que se caracteriza classicamente pelos seguintes sintomas: alterações do pensamento, alucinações, delírios e alterações do contacto com a realidade.

Etiopatogenia da hipertensão arterial

É o estudo dos mecanismos que geram a hipertensão arterial primária. Esta situação clínica ocorre quando a pressão arterial está inapropriadamente elevada e nenhum factor causal predomina sobre os demais.

F

Fluoxetina

É um medicamento antidepressivo da classe dos inibidores selectivos da recaptção da serotonina. As suas indicações são para uso da depressão moderada a grave, transtorno obsessivo-compulsivo e bulimia nervosa.

Fototerapia

É um dos diversos recursos da Fisioterapia no tratamento e cura de diversas patologias, como a psoríase e a icterícia. A **fototerapia** consiste em uma série de tratamentos à base de processos fotoquímicos que não queimam ou provocam danos à superfície da pele. Na fototerapia utiliza-se uma Luz Emitida por Diodo que estimula ou mesmo inibe determinadas actividades das células favorecendo o rejuvenescimento.

H

Haloperidol

É um fármaco utilizado pela medicina como neuroléptico, pertencente ao grupo das butirofenonas. Pode ser utilizado também para evitar enjoos e vômitos, para o controle da agitação, agressividade, estados maníacos, psicose esteróideia e para tratar o distúrbio de Gilles La Tourette.

Halotano

É um inalatório anestésico.

Hemólise

É o rompimento de uma hemácia que liberta a hemoglobina no plasma, é a destruição dos glóbulos vermelhos do sangue.

Heparina

É usado no tratamento da trombose e de outras doenças com coagulação excessiva.

Hidralazina

É um fármaco vasodilatador para a hipertensão arterial, pulmonar e insuficiência cardíaca congestiva.

Hipersonia

É um distúrbio do sono caracterizado por sonolência excessiva durante o dia e/ou sono prolongado à noite. E ao contrário de problemas de sono causados por noites mal dormidas, dormir durante o dia não diminui a sonolência.

Hiperfagia

É um sinal médico que significa fome excessiva e ingestão anormalmente alta de sólidos pela boca. Ingestão excessiva de alimentos.

Hipoglicemia

É o baixo nível de glicose no sangue e pode causar sérios riscos de morte.

Hipocalcemia

É uma fraca concentração de cálcio no sangue.

Hipomania

É uma alteração de humor semelhante à mania, porém com menor intensidade. A pessoa sente-se muito bem, com bastante energia.

Hiponatremia

É um transtorno de electrólitos dos sais presentes no sangue no qual a concentração de sódio no plasma é menor do que o normal.

I**Infecção**

É a colonização de um organismo hospedeiro por uma espécie estranha.

Insaciedade

Apetite insaciável.

L**Laxante**

É uma substância que provoca contracções intestinais, que levam o individuo a defecar.

Lipemania

Espécie de alienação mental caracterizada por tristeza e melancolia.

Lorazepam

Diminui os estímulos nervosos e proporciona um relaxamento muscular, sedação e efeito.

M

Macrossomia fetal

É uma doença que se caracteriza, principalmente, pelo excesso de peso de recém-nascidos. Foi definida de várias formas, incluindo o peso de nascimento de 4 kg - 4,5 kg. Factores associados à macrossomia fetal incluem genética; duração da gestação, presença de diabetes gestacional, de classe A, B, C e diabetes mellitus.

Mania

É para a Psiquiatria, o distúrbio mental caracterizado pela alteração do pensamento, com alteração comportamental dirigido, em geral, para uma determinada ideia fixa e com síndrome de quadro psicótico grave e agudo, característico, embora não exclusivo do Transtorno ou Distúrbio Bipolar e caracteriza-se por grande agitação, loquacidade, euforia, insónia, perda do senso crítico, grandiosidade e prodigalidade.

Meperidina, piperosal ou ainda demerol

Nome comercial pelo qual a petidina é conhecida popularmente, é um narcótico analgésico, que actua como depressor do sistema nervoso central, utilizado para alívio da dor de intensidade média ou alta.

Meta-hemoglobinemia

Também conhecida por "meta-Hb", é uma desordem caracterizada pela presença de um nível mais alto do que o normal de meta-hemoglobina no sangue. A meta-hemoglobina é uma forma de hemoglobina que não se liga ao oxigênio. Quando sua concentração é elevada nas hemácias pode ocorrer uma anemia funcional e hipoxia em tecido.

Metimazol

É um fármaco que age inibindo uma das etapas da síntese do hormônio tiroideano pela glândula (acoplamento de monoiodo e diiodotironina).

Metilfenidato

É uma substância química utilizada como fármaco, estimulante leve do sistema nervoso central com mecanismo de ação ainda não bem elucidado, estruturalmente relacionado com as anfetaminas. É usada para tratamento medicamentoso dos casos de transtorno do déficit de atenção e hiperactividade narcolepsia e hipersonia idiopática do sistema nervoso central.

Monomania

É um tipo de paranóia na qual o paciente tem uma única ideia ou tipo de ideias. A monomania emocional é aquela na qual o paciente é obcecado por uma única emoção ou por várias relacionadas a uma só.

N

Neurobiologia

É um termo que reúne as disciplinas biológicas que estudam o sistema nervoso, especialmente sua anatomia, fisiologia e evolução.

Neurose

Indica "desordens de sentidos e movimento" causadas por "efeitos gerais do sistema nervoso". Na psicologia moderna, é sinónimo de **psiconeurose** ou **distúrbio neurótico** e refere-se a qualquer transtorno mental que, embora cause tensão, não interfere com o pensamento racional ou com a capacidade funcional da pessoa. Essa é uma diferença importante em relação à psicose, desordem mais severa.

Neurotransmissores

São substâncias químicas produzidas pelos neurónios, as células nervosas. Por meio delas, podem enviar informações a outras células. Podem também estimular a continuidade de um impulso ou efectuar a reacção final no órgão ou músculo alvo.

Nifedipina

Fármaco bloqueador dos canais de cálcio e anti-hipertensor, no tratamento da insuficiência coronária.

Noradrenalina

É uma das monoaminas (também conhecidas como catecolaminas que mais influenciam o humor, ansiedade, sono e alimentação junto com a Serotonina, Dopamina e Adrenalina.

Nosografia

Classificação e descrição das doenças.

O

Oxitocina

É um hormônio produzido pelo hipotálamo e armazenado na hipófise posterior (Neuroipófise), e tem a função de promover as Contrações musculares uterinas durante o parto e a ejeção do leite durante a amamentação.

P

Paranóia

É uma psicose que se caracteriza pelo desenvolvimento de um delírio crônico e sistemático, dotado de uma lógica interna própria, não está associado a alucinações.

Paroxetina

É um antidepressivo inibidor selectivo da recaptção da serotonina. Além dos transtornos depressivos a paroxetina tem sido empregada nos distúrbios em que, supostamente, há uma influência serotoninérgica como no transtorno obsessivo-compulsivo e no transtorno do pânico.

Pelagra

É uma doença causada pela falta de niacina (ácido nicotínico ou vitamina B ou vitamina PP) e/ou de aminoácidos essenciais, como o triptofano. É conhecida por seus três sintomas que começam com a letra **D**. São eles: o aparecimento de uma cor escura na pele (**D**ermatite), que fica seca e áspera e mais tarde provoca o aparecimento de crostas. Mais tarde aparecem **D**iarreias e alterações mentais (**D**emência); também conhecida como doença dos três "Ds".

Perinatal

Que é relativo ou que acontece durante o período compreendido entre a 28.^a semana de gestação e o 7.º dia de vida do recém-nascido.

Placebo

É como se denomina um fármaco ou procedimento inerte, e que apresenta efeitos terapêuticos devido aos efeitos fisiológicos da crença do paciente de que está a ser tratado.

Policitemia

É um distúrbio mieloproliferativo crónico devido à anormal multiplicação clonal de uma célula progenitora hematopoiética pluripotencial na ausência de estímulo fisiológico reconhecível, em que ocorre sobreprodução sobretudo de eritrócitos, bem como de granulócitos e plaquetas de fenótipo normal.

Propranolol

É um fármaco anti-hipertensivo indicado para o tratamento e prevenção do enfarto do miocárdio, da angina e de arritmias cardíacas. Pode ser utilizado associado ou não a outros medicamentos para o tratamento da hipertensão.

Psicastenia

É uma psicose caracterizada por queda do nível de tensão psicológica, fazendo o paciente ter depressões, obsessões, compulsões, perda do sentido da realidade e perda gradual da personalidade.

Psicoestimulante

É, em geral, uma droga que aumenta os níveis de actividades motoras e cognitivas, reforça a vigília, o estado de alerta e a atenção.

Psicogénese

É a parte da Psicologia que se ocupa em estudar a origem e o desenvolvimento dos processos mentais, das funções psíquicas, das causas psíquicas que podem causar uma alteração no comportamento etc.

Psicopatologia

É uma disciplina inter-científica fundamental no estudo dos estados psíquicos patológicos. É considerada, a nível teórico e clínico o coração da psiquiatria. É um campo de saber, um conjunto de discursos com variados objectos, métodos e questões.

Psicoterapia

Refere-se como um de seus aspectos às intervenções psicológicas que procuram melhorar os padrões de funcionamento mental do indivíduo e o funcionamento de seus sistemas interpessoais.

Psicose

É um quadro psicopatológico clássico, reconhecido pela psiquiatria, pela psicologia clínica e pela psicanálise como um estado psíquico no qual se verifica certa "perda de contacto com a realidade".

Predisponente

Dispõe gradualmente o organismo para determinado fim.

Psicossomáticas

É quando uma doença física ou não, tem seu princípio na mente. O que leva os pacientes de vários hospitais a uma consulta em conjunto com um psicólogo, psicoterapeuta ou psicanalista.

R

Recaptação

É o nome que se dá a reabsorção de um neurotransmissor através de um neurotransmissor transportador de um neurónio pré-sináptico após este ter exercido a função de transmissor de um impulso neural. Tal previne actividades futuras do neurotransmissor, enfraquecendo os seus efeitos.

Resiliência ou Resilência

É um conceito oriundo da física, que se refere à propriedade de que são dotados alguns materiais, de acumular energia quando exigidos ou submetidos a stress sem ocorrer ruptura.

S

Sedação

Efeito provocado por uma substância sedante.

Serotonina

É um neurotransmissor, isto é, uma molécula envolvida na comunicação entre neurónios. Ela é quimicamente representada pela **5-hidroxitriptamina (5-HT)**, sendo também frequentemente designada por este nome.

Síndrome de Down ou Trissomia do cromossoma 21

É um distúrbio genético causado pela presença de um cromossoma 21 extra total ou parcialmente.

Somatização

Refere-se a uma ou várias queixas físicas, que uma investigação adequada não revele existência de patologia orgânica ou mecanismo patofisiológico que expliquem a intensidade da queixa física. Geralmente é considerada resultado como resposta a um extremo sofrimento psicológico.

Sulfato de magnésio

Ou sulfato magnésico, de nome comum **sal de Epsom**, é um composto químico e é muito pouco frequente e emprega-se na indústria como agente secante.

T

Tecido conjuntivo ou tecido conectivo

É amplamente distribuído pelo nosso corpo. A principal função do tecido conjuntivo é o preenchimento dos espaços intracelulares do corpo e fazer a ligação de órgãos e de tecidos diversos e entre outros, como, preenchimento, sustentação, transporte e defesa.

Teofilina

É uma dimetilxantina relacionada com a cafeína, que está presente no chá. É também um fármaco do grupo dos antiasmáticos.

Tiramina

É uma monoamina derivada da Tirosina, que se encontra na cravagem de centeio, no queijo fermentado e em certos tipos de vinho.

Tiróideas

Relativo à tiróide.

Tiazidas

São um grupo de fármacos diuréticos, que actuam nos rins, aumentando o volume e diminuindo a concentração da urina.

Trombocitopenia

É a redução do número de plaquetas no sangue, ao contrário do que ocorre na trombocitose. Quando a quantidade de plaquetas no sangue é inferior a $150.000/\text{mm}^3$, diz-se que o indivíduo apresenta trombocitopenia (ou **plaquetopenia**). Pacientes com trombocitopenia possuem maior tendência a apresentar fenômenos hemorrágicos (hemorragias), a depender da causa da trombocitopenia e do número total de plaquetas.

V

Venlafaxina

É um antidepressivo da classe dos inibidores selectivos da recaptção da serotonina e da noradrenalina. Não está relacionada quimicamente com os antidepressivos tricíclicos ou tetracíclicos.

Índice Remissivo

Bibliografia	224
Capítulo III - A Depressão	33
1.3.- Tipos de depressão	35
1.3.1.- Episódio depressivo	38
1.3.2.- Depressão e mania	41
1.3.2.1.-Mania	42
1.3.3.2.- Sintomas da mania	42
1.3.3.- Outros sintomas psicológicos	43
1.3.4.- Sintomas psicóticos	43
1.3.5.- Sintomas e diagnóstico	44
1.3.5.1.- Tratamento	44
1.3.6.- Doença maníaco-depressiva	45
1.3.6.1.-Sintomas e diagnóstico	45
1.3.6.2.- Prognóstico e tratamento	46
1.3.7.- Perturbações físicas que podem causar depressão / fármacos	48

1.3.8.- Como detectar uma depressão	51
1.3.9.- A frequência das depressões	54
1.3.10.- Transtorno depressivo decorrente	56
1.3.10.1.- Classificação do Transtorno Depressivo Recorrente	57
1.3.10.2.- Critérios para o Transtorno Depressivo Recorrente	58
1.3.11.- A depressão com ansiedade ou ansiedade com depressão	60
1.3.12.- Distímia	62
1.3.12.1.-Critérios da distímia	62
1.3.13.- Causas depressão	66
1.3.14.- Sintomas da depressão	69
1.3.14.1.- Tratamento	71
1.3.15.- Sintomas corporais	72
1.3.16.- Diagnóstico da depressão	73
1.3.16.1.- Prognóstico e tratamento	73
1.3.16.2.-Tratamento farmacológico	74
1.3.16.3.- Psicoterapia	75
1.3.16.4.-Terapia electroconvulsivante	76

Capítulo VI - Depressão na adolescência **151**

1.6.- Depressão na adolescência	151
---------------------------------	-----

1.6.1.- Os conflitos na adolescência	154
1.6.2.- Quem é mais vulnerável à depressão?	155
1.6.2.1.- Tratamento	155
1.6.3.- Sintomas depressivos	156
1.6.4.- O suicídio no adolescente	157
1.6.5.- Bullying	159
1.6.6.- Bullying, comportamento hostil entre estudantes	164
1.6.6.1.- Classificação	165
1.6.7.- A agressividade infantil e o Bullying nas escolas	167
1.6.8.- Como prevenir o problema na escola	169
1.6.9.- Assassinato psíquico	170
1.6.10.- Rir e aplaudir	172
1.6.11.- Como identificar vítima e agressor	174
1.6.12.- Agentes de risco	175
1.6.13.- Formas de envolvimento dos estudantes	176
1.6.13.1- Alvos de bullying	176
1.6.13.2.-Autores de bullying	177

1.6.13.3.- Testemunhas de bullying	178
1.6.13.4.- Alvos/autores de bullying	179
1.6.13.5.- Consequências	179
1.6.14.- A importância da medicina	181
1.6.15.- Medidas preventivas	183
1.6.16.- Efeitos do programa	185
1.6.17.- Como a família pode ajudar	186
Capítulo V - A Depressão Infantil	95
1.5.- Incidência	101
1.5.1.- Depressão da Infância Precoce	103
1.5.2.- Hiperactividade ou excesso de apatia são o primeiro sinal	104
1.5.3.- Os pensamentos da criança depressiva	105
1.5.4.- Depressão em fase escolar	106
1.5.5.- O Luto Infantil	109
1.5.5.1.- Como proceder?	110
1.5.6.- Tipos de depressão na infância	112
1.5.7.- Causas da depressão infantil	114

1.5.8.- Violência e excesso de actividades são as maiores causas da depressão	116
1.5.9.- O apego	120
1.5.10.- As sequelas que podem derivar de um não diagnóstico	123
1.5.10.1.- Diagnóstico	123
1.5.11.- Sintomas da depressão infantil	125
1.5.12.- Sinais e sintomas sugestivos de depressão infantil	131
1.5.13.- Consequências da depressão infantil	133
1.5.14.- Como perceber quando uma criança está com depressão	134
1.5.15.- Transtornos	135
1.5.15.1.- Transtornos de ansiedade na criança	135
1.5.15.2.- Transtorno de ansiedade de separação	136
1.5.15.3.- Transtorno de ansiedade generalizada	138
1.5.15.4.- Tratamento	138
1.5.16.- Exemplos de transtornos	139
1.5.17.- A Depressão na Criança Privada do Meio Familiar	140
1.5.17.1.- Epidemiologia	140
1.5.17.2.- Prevenção	140
	250

1.5.17.3.- Tratamento	141
1.5.18.- Hospitalização e Depressão	142
1.5.19.- Fobias	143
1.5.19.1.- Fobias específicas	143
1.5.19.2.- Tratamento	143
1.5.20.- Fobia social	144
1.5.20.1.- Tratamento	144
1.5.21.- Alguns cuidados importantes na educação das crianças	146
1.5.22.- Como ajudar as crianças na sua auto-estima	147
Capítulo IV - A Depressão no Recém-nascido	77
1.4.- O desenvolvimento intelectual e comportamental do bebé	77
1.4.1.- Etapas do desenvolvimento	78
1.4.2.- Mãe/filho	80
1.4.3.- A depressão no bebé	82
1.4.4.- Situações clínicas maternas	84
1.4.5.- A grávida e as drogas	87
1.4.6.- Atraso mental no recém-nascido	90

1.4.6.1.- Causas	90
1.4.6.2.- Diagnóstico e prognóstico	90
1.4.6.3.- Prevenção	92
1.4.6.4.- Tratamento	92
1.4.6.5.-Graus do atraso mental	93
Capítulo VII – Anorexia	188
1.7.- Anorexia nervosa	188
1.7.1.- Sintomas	189
1.7.2.- Diagnóstico e tratamento	191
Capítulo VIII – Bulimia	192
1.8.- Bulimia nervosa	192
1.8.1.-Causas	194
1.8.2.- Os comportamentos mais frequentes	194
1.8.3.- As consequências mais graves	194
1.8.4.- Sintomas	195
1.8.5.- Complicações médicas	195
1.8.6.- Como se desenvolve?	196
1.8.7.- Como se trata?	196

1.8.8.- Como se previne?	196
1.8.9.- Sinais de Bulimia	197
Conclusão	223
Entrevistas	220
Glossário	226
Índice remissivo	246
Introdução	18
Capítulo IX - Neuroses	198
1.9.- Conceitos e causas da neurose	198
1.9.1.- Tipos de neurose	199
1.9.2.- A neurose histérica	199
1.9.2.1.- Manifestações	199
1.9.2.2.- Evolução	200
1.9.3.- Neurose obsessiva	200
1.9.3.1.- Manifestações	200
1.9.3.2.- Evolução	201
1.9.3.3.- Tratamento	201
1.9.4.- Neurose de Angústia	202
1.9.4.1.- O quadro clínico da neurose de angústia compreende vários sintomas	202

1.9.5.- Algumas formas de ataque de ansiedade, segundo Freud	204
Capítulo II - O modelo cognitivo e o modelo psicanalítico	29
1.2.- Modelo cognitivo	29
1.2.1.- Modelo psicanalítico	31
Capítulo I - Perspectivas Históricas / Alguns Modelos Teóricos	23
1.1.-Alguns autores importantes na história da depressão	26
Capítulo X – Perturbações	206
10.1.- Perturbação do comportamento	206
10.1.1.- Tratamento	206
10.2.- Sintomas da Perturbação Emocional	207
10.3.- Perturbações somáticas	208
10.3.1.- Os principais tipos de perturbações somáticas	208
10.3.2.- Diagnóstico	209
10.3.3.- Tratamento	209
10.4.- Perturbações do sono	210
10.4.1.- Insónias	210
10.4.2.- Diagnóstico	211
	254

10.4.3.- Tratamento	211
10.4.4- Medicação para dormir	212
10.4.5.- Os sintomas e o médico	213
10.4.6.- A avaliação do sono	213
10.4.7.- Hipersónia	214
10.5.- Perturbações da saúde mental	215
10.6.- Perturbações paranóicas	216
10.6.1.- Conceitos e causas	216
10.6.2.- Tipos e sintomas	217
10.6.3.- Reacção paranóica	217
10.6.4.- Desenvolvimento paranóico	217
10.6.5.- Tratamento	218
10.6.6.- Principais conteúdos dos delírios na paranóia	218
10.7.- Personalidade paranóica	219

