



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PSICOLOGIA

JOSANE SILVA LIMA

HABILIDADES SOCIAIS E DEPRESSÃO: um estudo com escolares

São Luís – MA
2019

JOSANE SILVA LIMA

HABILIDADES SOCIAIS E DEPRESSÃO: um estudo com escolares

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão como um requisito para obtenção do grau de formação do Psicólogo.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Catarina Malcher Teixeira

São Luís – MA
2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

SILVA LIMA, JOSANE.

HABILIDADES SOCIAIS E DEPRESSÃO : um estudo com
escolares / JOSANE SILVA LIMA. - 2019.
90 f.

Orientador(a): CATARINA MALCHER TEIXEIRA.

Monografia (Graduação) - Curso de Psicologia,
Universidade Federal do Maranhão, SÃO LUÍS, 2019.

1. DEPRESSÃO. 2. HABILIDADES SOCIAIS. 3. INFÂNCIA.
I. MALCHER TEIXEIRA, CATARINA. II. Título.

JOSANE SILVA LIMA

HABILIDADES SOCIAIS E DEPRESSÃO: um estudo com escolares

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do grau de bacharel em Psicologia com formação de Psicólogo.

Aprovada em ___/___/___.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Catarina Malcher Teixeira (Orientadora)
Doutora em Psicologia
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Lucas Guimarães Cardoso de Sá (Examinador)
Doutor em Psicologia
Universidade Federal do Maranhão

Family Natania Alves Meireles Aquino (Examinadora)
Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental
Faculdades Integradas de Taquara

Tony Nelson (Suplente)
Doutor em Psicologia
Universidade Federal do Maranhão

Dedico este trabalho à memória do meu pai, de quem herdei não só a pele que enobrece minha história, os olhos com que enxergo o outro, e a voz assertiva pra lutar pelo que sonho, mas cujo amor pelos estudos e pelo ensino se tornou o legado que também desejo transmitir.

AGRADECIMENTOS

Pelo dicionário, “Gratidão” se equipara a vocábulos como “congratulação” e “reconhecimento” e é mais ou menos esse o propósito desta sessão. Aqui, reconheço que nada seria possível sem uma mão poderosa, forte e sábia me conduzindo. Desde a forma como obtive aprovação no curso, até hoje, nada seria real sem a mão de Deus. Em gratidão por esse detalhe da minha história e tantos outros, direciono não só este trabalho, mas minha vida a esse Deus.

Prossigo lembrando que não há como viver a alegria deste momento da graduação sem fazer menção de quem proporcionou todos os meios para que ele acontecesse. Celebro este dia sabendo, por exemplo, que sem ter ouvido tantas palavras de ordem sobre meus estudos, o apego às ciências nasceu mesmo da admiração pelo meu amigo e pai – sou grata por sua influência silenciosa. Assim, simplesmente, crescer assistindo sua dedicação, gerou em mim o fascínio pela academia logo cedo. “Filha de professor” é um dos rótulos que carrego com mais orgulho. – *Neste ano, já são 8 anos longe de ti, mas teu legado ainda influencia minha vida diariamente. Obrigada por tudo, inclusive, pelas prioridades que me ensinou a ter.*

Se ter vivido os anos que pude viver sob esta influência ainda ecoam sobre mim, estar sob os cuidados de dona Evanira é o que me permitiu o tempo e a dedicação necessários para consumir esse e tantos passos acadêmicos. À minha mãe, um mais que *obrigada* por ser quem ainda se preocupa em preparar o lanche que vai na mochila da faculdade, que me acompanha acordada nas madrugadas escrevendo, que carrega fardos pesadíssimos na tentativa de deixar a minha vida mais leve... – *Amor incondicional é uma locução rasa para tentar descrever o que você tem sido pra mim. Espero num futuro breve, ser no mínimo, recíproca.*

Cabe citar a experiência de ter, depois de 16 anos longe, reencontrado um dos meus sete irmãos – João Pedro – e conhecer sua família, como uma inspiração além do que especulei. Sua história que, a despeito de tantos desafios, lhe tornaram uma combinação equilibrada de força, simplicidade e carinho, me fazem lembrar saudosa da viagem que permitiu essa conexão. Uma parte de mim, agora, é soteropolitana também. À minha família, em linhas gerais, agradeço pelas palavras de ânimo, pela admiração desmedida e por acreditarem tanto no meu futuro – até mais que eu mesma.

Também não há como excluir deste percurso o ambiente social que, semanalmente, me alenta e me encoraja em relação a tantos contratempos – Igreja O Brasil para Cristo – onde, há 11 anos, sigo aprendendo tanto sobre mim e sobre Deus. Esse lugar, além das razões óbvias para me nutrir de gratidão, me proporcionou conhecer pessoas incríveis que são alicerces da minha caminhada. Agradeço aos meus pastores (senão, pais) Josué e Elba Maia pelo carinho e cuidado que vem prestando a mim desde que nos conhecemos, bem como pela compreensão

com minha escolha ousada de me dedicar a mundos paralelos (lar, universidade e igreja). Agradeço por todas as (várias) vezes que uma ordem foi dada do altar para que a igreja aplaudisse minhas aprovações no vestibular – *Sei que minha alegria é a de vocês também.*

Em especial, ao meu pastor, filósofo e amigo Gilson Dias – *Espero que saibas da importância daquele aconselhamento em algum dia do ano de 2015, tão decisivo para que eu entendesse que, como você, pertencço às ciências humanas. Sua conduta ética, seu olhar cuidadoso com o outro, sua sabedoria para falar e humanidade para ouvir são uma inspiração para mim. Devo muito a você.*

Frutos desse mesmo lugar, alguns vínculos de valor inestimável se fizeram fundamentais. Aqui, cabe mencionar amizades incansáveis, o carinho dos meus parceiros de ministério de louvor, e, sem dúvidas, os ombros de Felipe e Naylla. Para além disso, estes dois se tornaram algumas das escutas mais compreensivas que conheço, minhas melhores companhias e minha fonte de riso fácil em quaisquer que sejam os níveis de dificuldade dos dias que compartilhamos. – *Com vocês, a vida é mais engraçada, mais leve e todas as questões parecem solúveis – e se a gente não resolve, tudo bem também, pois nada é empecilho para juntarmos nossas moedas e sentarmos em qualquer lugar para rir contra nossas desventuras. Que desafio viver a tantos quilômetros de distância de cada um, mas que alegria saber que, embora distantes, caminhamos sempre juntos (ninguém solta a mão de ninguém).*

Encarar 5 anos de universidade, já dizia a Análise do Comportamento, exigiria algum nível reforço que competisse com as dificuldades de pegar seis ônibus por dia – o que quer dizer 2 horas para chegar, 2 horas para voltar – e meio mundo de aventuras diárias ali. Neste caso, preciso mesmo agradecer pela experiência de ter escrito tantas histórias com o Movimento Universitário de Evangelismo (MUDE). Os dias ao lado das amigas Elen, Kelayne, Rosiene, Priscila, Elaine e Bruna (vulgo *Creteanes*), e dos amigos Joerberth, Breno, Tomaz e Vinícius não poderiam ter sido melhores. *Quanta alegria, encorajamento e alento encontrei! Nossos pouco mais de 60 minutos de reunião me revigoravam para a semana inteira. Sinto que fui presenteada com cada momento que a saudade não me deixa esquecer. Obrigada demais.*

No que tange aos companheiros da graduação, preciso fazer algumas menções, como da importância de compartilhar da mesma sala de aula com meu irmão, Assis – com quem, daqui a alguns dias, carregarei a designação de primeiros filhos do nosso pai a alcançar o nível superior de educação; que honra. Nesse ínterim, também não consigo mensurar como teriam sido os períodos iniciais sem a cumplicidade da amiga Rafaela, mas posso dizer que, de certo, eu não teria rido tanto ou me sentido tão protegida – *Sei que solicitude e gentileza são*

características que lhe constituem, mas você foi tudo que eu precisava naqueles semestres; obrigada por todo o carinho e proteção ofertados nesse tempo juntas.

Num dos semestres de mais difícil adaptação a este mundo que é a UFMA, alguns percalços me reaproximaram de quem hoje, não sei bem dizer se é um ombro amigo, ou parte de mim – visto que há uma mão de Nicolas em quase tudo que faço. – *Não dá para resumir em um parágrafo o quanto caminhar contigo foi importante para me tornar uma aluna melhor, para saber em qual xerox estavam aqueles textos infinitos, ou simplesmente, para me situar em relação a alguma informação óbvia do mundo que, por alguma razão, nunca é tão óbvia pra mim. Só sei que o companheirismo contido em cada ônibus pego a mais pra não interromper uma boa conversa, a escuta de detalhes do meu dia que insisto em compartilhar, as bolsas carregadas para proteger minha coluna (que sem dúvidas, falam do quanto tu fazes dos meus fardos, os teus) me lembram que tu sempre foste importante. Antes de um currículo extenso ou de um passaporte carimbado, os méritos de ser um bom amigo é que lideram na minha admiração por ti. Obrigada por tudo até aqui (menos pelos apelidos do ensino fundamental).*

A graduação vai se findando e podemos notar os que permaneceram, de modo que posso, então, olhar para Bianca e Tarciany e enxergá-las não só como colegas de turma, mas como amizades que transcendem os muros da UFMA – afinal, até hoje, Bianca foi a única a ter pulado do último andar do Centro de Ciências Humanas para sanar um dos meus malogros aleatórios (sim, não dava para finalizar a graduação sem presenciar minha bolsa voar até o parapeito). – *Fico na torcida pelo emprego (digo, sucesso) de vocês e espero estar por perto para compartilhar de cada conquista.*

Também tenho muito o que agradecer a quem me fez sentir mais próxima da experiência que é o tornar-se psicóloga e, nessa caminhada, dada a qualidade do corpo docente que me assistiu, quase não dá para ser seletiva com os nomes a que gostaria de me referir. Alguém uma vez, disse que o um professor sempre afeta a eternidade, pois ele nunca sabe onde sua influência termina. E como dizer mesmo do quanto a ternura das professoras Rosana Éleres/Rosane Miranda em sala de aula já não tentou seus alunos à psicologia escolar? Ou do quanto a professora Yldry Pessoa fez o mundo Organizacional parecer a melhor área a se atuar? O que falar, ainda, da maestria de Larissa Lacerda falando sobre Ética profissional? E de como a Psicologia Cognitiva era tão mais rica pela fala de Bruno Cardoso? E tantos outros...

Nesse palco de alguns dos profissionais mais nobres que conheço, preciso mencionar a professora Denise Leda, com quem tive minha primeira experiência de pesquisa na graduação, que se expandiu em forma de várias outras realizações. A Denise, devo minhas primeiras comunicações orais, meu aprendizado da escrita científica, minha primeira

publicação e minha inspiração para a qualidade de profissional que desejo ser. – *Deixo aqui meus agradecimentos desmedidos a você e ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psicologia (NEPP/ UFMA) que, há mais de três anos, são as pessoas com quem sei que sempre posso aprender um tanto mais. Para além do lattes, cresci em humanidade.*

No momento desta redação, algumas experiências outrora isoladas parecem fazer sentido. Uma delas é ter estudado numa escola do ensino fundamental que me proporcionou a amizade mais longa que cultivo: Raphael Leite, meu amigo há quase uma década e quem sempre cria um jeito de me religar à vida fora do *campus*, e se fazer presente. Os amigos do ensino médio no IFMA também tiveram um peso absurdo na escolha pelo ensino superior, visto que é neles que me inspiro desde que tive aprovação para ingressar nesse instituto. *Obrigada pela busca constante de encontrar meios de sobrepular nossas agendas e permanecerem.*

Em especial, agradeço pela experiência de ter vivenciado o estágio na realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) ao lado de acadêmicos e profissionais tão elevados. Ao serviço-escola da UFMA (Núcleo de Psicologia Aplicada) também devo alguns dos melhores dias na graduação e as certezas sobre caminhos que desejo trilhar.

Aqui, cabe destacar o lugar da professora Catarina Malcher que, de uma admiração que eu nutria de longe, de dois anos para cá, se tornou um vínculo além do nível acadêmico. – *Obrigada por me abrir as portas da clínica comportamental infantil e por proporcionar supervisões das quais saio com a certeza do que me apetece na ciência psicológica. Ter realizado o intento de meu primeiro atendimento clínico não teria sido tão rico sem seu suporte. Espero que nossa relação com a clínica ainda nos permita trabalhar juntas um dia.*

No mais, agradeço a todos que contribuíram para a presente construção. Todos mesmo – um livro emprestado, uma referência indicada, assistência nos momentos de desespero (...) não são nem de longe pouca coisa – por isso, menciono aqui a ajuda dos colegas Thallyson Campelo e Yuri Neiva. Também não seria possível consumir este estudo sem o apoio das gestoras do meu campo de pesquisa – dona Nira e dona Idalena pareciam tratar das próprias monografias quando o assunto era este trabalho. Sem palavras para narrar da qualidade da gestão que realizam nessa escola e do que me proporcionaram. Sou muito grata.

Por fim e nem um pouco menos importante, preciso agradecer pelo apoio desta banca examinadora que foi um suporte constante em tudo quanto precisei. – *Mais que por questões acadêmicas, vocês inspiram por serem um arranjo ideal das habilidades assertivas e empáticas. Foi um prazer tê-los na minha jornada acadêmica. Por favor, continuem fomentando pessoas.*

*“Sonhe com aquilo que você quer ser
Porque você possui apenas uma vida e, nela,
Apenas uma chance de fazer aquilo que quer*

*Tenha felicidade bastante para fazê-la doce,
Dificuldades para fazê-la forte,
Tristeza para fazê-la humana,
E esperança suficiente para fazê-la feliz”*

Clarice Lispector

RESUMO

As Habilidades Sociais (HS) referem-se a uma classe geral de comportamentos sociais e suas subclasses valorizados em determinada cultura, com grande probabilidade de resultados favoráveis para o indivíduo, seu grupo e sua comunidade. Na infância, é frequente a instalação de diversos repertórios comportamentais, sejam os considerados socialmente adequados ou não. Segundo a ótica analítico-comportamental, isto ocorre por meios de aprendizagem como regras e exposição a contingências, e de forma semelhante aos déficits de HS, os padrões depressivos podem ser aprendidos na fase inicial da vida. Por padrões depressivos, depreende-se comportamentos de menor engajamento em atividades que costumavam gerar interesse, mudanças no apetite e no sono, relatos de maior dificuldade de concentração e outros, com prejuízos significativos no funcionamento em áreas importantes para o indivíduo. Considerando-se as HS como indicadores de saúde psicológica, o presente estudo buscou analisar a relação entre os fenômenos comportamentais habilidades sociais e depressão numa amostra da população não clínica. Participaram do estudo 46 crianças matriculadas em escola do ensino público da cidade de Paço do Lumiar (Maranhão) com idades entre 7 e 13 anos, que responderam o Inventário de Depressão Infantil (CDI) e a escala de Habilidades Sociais para crianças do Inventário de Habilidades Sociais, Competência Acadêmica e Problemas de Comportamento (SSRS). Os dados foram digitados no programa SPSS (*Statistical Package for Social Science* versão 25) e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial para verificar a hipótese de que quanto mais elaborado o repertório de HS, menores os indicativos de padrões depressivos. Os resultados não apontaram correlação entre HS e depressão para esta amostra. Contudo, quando feitas as análises entre os fatores, os dados mostraram correlações significativas e inversas. A classe de HS do fator Responsabilidade se correlacionou negativamente com o fator Relação com o outro do CDI de modo significativo ($\rho = -0,32$). A análise de comparação entre grupos, por gênero, apontou diferença significativa entre estes para o fator Desempenho do CDI ($p = 0,02$), indicando diferenças na autoavaliação entre os gêneros quanto a comportamentos relacionados à performance em tarefas diversas. Concluiu-se que, embora não tenham sido encontrados dados significativos da relação entre HS e Depressão, déficits em HS específicas – responsabilidade – estão associados negativamente com estados de sofrimento psicológico, ou seja, quanto maior o escore da HS Responsabilidade, menores são os indicadores de Relação com o outro. Sugere-se uma avaliação multimodal desses construtos e aponta-se novas possibilidades de investigações.

Palavras-chave: Habilidades sociais; depressão; infância.

ABSTRACT

Social Skills (SS) refer to a general class of social behaviors and their subclasses valued in a culture, with a high probability of favorable consequences for the individual, his group and his community. Acquisition of several behavioral repertoires use to occur during childhood, whether considered socially appropriate or not. From a behavioral analysis perspective, this occurs by means of learning processes such as rules and exposition to contingencies, and similarly to SS deficits, depressive patterns can be learned early in life. Depressive patterns describe behaviors like less engaging in activities that used to cause interest, changes in appetite and sleep, reports of greater difficulty in concentration and others, with significant impairments in functioning in important áreas to the individual. Considering SS as indicators of psychological health, the present study aimed to analyze the relation between the behavioral phenomena social skills and depression, in a sample of the non-clinical population. The study included 46 children enrolled in a public school in the city of Paço do Lumiar (Maranhão) aged 7 to 13 years, who answered the Child Depression Inventory (CDI) and the Social Skills scale for children of the Social Rating Skills Scale (SSRS). Data were entered using the SPSS program (Statistical Package for Social Science, version 25) and analyzed using descriptive and inferential statistics to verify the hypothesis that the more elaborate the SS repertoire, the lower the indicative of depressive patterns. The results showed no correlation between SS and depression for this sample. However, when the analyzes between the factors were performed, the data showed significant and inverse correlations. The SS class of the factor Responsibility correlated negatively with the Relation to Other factor of the CDI significantly ($\rho = -0.32$). Comparison analysis between groups by gender showed a significant difference between them for the CDI Fulfillment factor ($p = 0.02$), indicating differences in gender self-assessment regarding behaviors related to performance in various tasks. It was concluded that although no significant data on the relationship between SS and Depression were found, specific SS deficits - Responsibility - are negatively associated with states of psychological distress, it means, the higher the SS Responsibility score, the lower the indicators in Relationship with each other. A multimodal assesment of these constructs is suggested and new research possibilities are pointed out.

Keywords: Social skills; depression; childhood.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Portfólio de Habilidades Sociais	21
Tabela 2 - Classes e subclasses de HS para a infância.....	26
Tabela 3 - Critérios diagnósticos da depressão e sua operacionalização comportamental	33
Tabela 4 – Critérios diagnósticos do TDM	41
Tabela 5 – Fatores de risco para TDM.....	45
Tabela 6 - Dados sociodemográficos da amostra	51
Tabela 7 - Fatores que avaliam HS no formulário de autoavaliação do SSRS	53
Tabela 8 – Descrição conceitual dos fatores do CDI.....	55
Tabela 9 – Percentis por escores gerais do SSRS para o G1 e G2	58
Tabela 10 - Percentis por escores nos fatores do SSRS para o G1	59
Tabela 11– Percentis por escores nos fatores do SSRS para o G2.	59
Tabela 12 – Resultados por escores gerais do G1 e do G2 para o CDI.	60
Tabela 13 – Percentis por escores do G1 para os fatores 1, 2 e 3 do CDI	60
Tabela 14 – Percentis por escores do G2 para os fatores 1, 2 e 3 do CDI	61
Tabela 15 – Correlações entre os escores gerais do SSRS e do CDI.....	61
Tabela 16 - Correlações entre os escores fatoriais dos instrumentos	62
Tabela 17 – Postos do G1 e G2 no SSRS.....	62
Tabela 18 – Postos do G1 e G2 no CDI.....	63
Tabela 19 – Diferenças entre G1 e G2 no SSRS	63
Tabela 20 – Diferenças entre G1 e G2 no CDI.....	64

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
BDI	Inventário de Depressão de Beck
CATS	<i>Children's Action Tendency Scale</i>
CDI	<i>Children's Depression Inventory</i> (Inventário de Depressão Infantil)
CDIF1	Fator 1 do CDI
CDIF2	Fator 2 do CDI
CDIF3	Fator 3 do CDI
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CNVP	Componentes não verbais e paralinguísticos
CS	Competência Social
DSM	Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais
FSSC- R	<i>Fear Survey Schedule for Child - Revised</i>
GAP	<i>Group for the Advancement of Psychiatry</i>
HS	Habilidades Sociais
HSE	Habilidades Sociais Educativas
MEC	Ministério da Educação e Cultura
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PC	Problemas de Comportamento
SSRS	<i>Social Skills Rating System</i> (Inventário de Habilidades Sociais, Competência acadêmica e Problemas de comportamento)
SSRSF1	Fator 1 do SSRS
SSRSF2	Fator 2 do SSRS
SSRSF3	Fator 3 do SSRS
SSRSF4	Fator 4 do SSRS
SRQ-20	<i>Self Reporting Questionnaire</i>
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDM	Transtorno Depressivo Maior
THS	Treino de Habilidades Sociais
TS	Tarefa Social
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
2.1 Considerações sobre Habilidades Sociais	19
2.1.1 <i>Considerações sobre Habilidades Sociais na Infância</i>	24
2.1.2 <i>Problemas de comportamento na infância</i>	28
2.2 Considerações gerais sobre a depressão	31
2.2.1 <i>Aspectos da depressão na infância</i>	38
2.2.2 <i>Fatores relacionados à depressão na infância</i>	42
2.3 Investigações sobre Habilidades Sociais e Depressão	46
3. OBJETIVOS	50
4 MÉTODO	51
4.1 Delineamento	51
4.2 Participantes	51
4.3 Ambiente	52
4.4 Instrumentos e Materiais	52
4.4.1 <i>Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças (SSRS)</i>	52
4.4.2 <i>Inventário de Depressão Infantil (CDI)</i>	54
4.5 Procedimento de coleta de dados	55
4.6 Procedimentos éticos	56
4.7 Procedimentos de análise dos Dados	56
5 RESULTADOS	58
5.1 Resultados por escore geral e por fatores do SSRS	58
5.2 Resultados por escore geral e por fatores do CDI	60
5.3 Quanto às correlações não paramétricas por escores gerais	61
5.4 Quanto às correlações não-paramétricas por escores fatoriais	62
5.5 Postos médios dos grupos	62
5.6 Diferenças entre os grupos para os postos dos instrumentos	63
6 DISCUSSÃO	65
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
APÊNDICES	83

1 INTRODUÇÃO

No âmbito dos estudos sobre as relações interpessoais, um campo teórico-prático vem ganhando destaque em função da sua importância para o desenvolvimento sócio-emocional e melhor qualidade de vida dos indivíduos em diversos contextos – afetivos/sexuais, profissionais, acadêmicos, etc. – qual seja, o campo das Habilidades Sociais (HS). Para referir-se à importância da aprendizagem das habilidades sociais ao longo das diferentes fases do desenvolvimento, tem-se que estas constituem indicadores significativos de saúde psicológica, pois os déficits em HS são parte do diagnóstico de muitos transtornos, de modo que o treino dessas habilidades deve ser visto como coadjuvante ou como foco desses tratamentos (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001).

Para Caballo (2003), entretanto, a variedade de conceitos e a ausência de uma teoria que englobe, de modo geral, a avaliação, o treino e a pesquisa em HS são fatores que opõem-se aos avanços nesse campo de estudos. Neste trabalho, pois, o percurso teórico de alguns autores será importante para que se mencione conceitos-chave da área, como se verá a seguir.

Para Del Prette e Del Prette (2017a), o conceito de *desempenho social*, por exemplo, se refere a qualquer tipo de interação do indivíduo com outra(s) pessoa(s), o que envolve tanto os desempenhos que favorecem como os que interferem na qualidade dos relacionamentos. Já a locução *Tarefa interpessoal*, por sua vez, trata do caráter situacional dos comportamentos presentes nas interações entre pessoas, abrangendo todos os envolvidos em uma interação social independentemente do número de participantes – considerando-os indispensáveis para avaliar a interação. Tal conceito considera que a depender de as tarefas de cada indivíduo serem complementares ou não durante sua relação, pode-se chegar a diferentes classificações de desempenho social (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2019).

Tem-se, também, o conceito de *competência social* que pode ser lido como

Um construto avaliativo do desempenho de um indivíduo (pensamentos, sentimentos e ações) numa tarefa interpessoal que atende aos objetivos do indivíduo e às demandas da situação e cultura, produzindo resultados positivos conforme critérios instrumentais e éticos (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017a, p. 36).

E, por fim, as *Habilidades Sociais* que referem-se a uma classe geral de comportamentos sociais e suas subclasses “valorizados em determinada cultura, com grande probabilidade de resultados favoráveis para o indivíduo, seu grupo e sua comunidade” (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017a, p. 24). Tais comportamentos favorecem um relacionamento saudável e produtivo com os demais, ou seja, contribuem para a competência social (CS). Diz-

se que, as HS têm um caráter descritivo enquanto que a CS tem um caráter avaliativo, de modo que estes conceitos não se confundem, mas, na prática, são complementares entre si (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017b).

No contexto desses conceitos, tem-se que a infância é uma fase do desenvolvimento em que é frequente a instalação dos mais diversos repertórios comportamentais, sejam os considerados socialmente adequados ou não. Na ótica analítico-comportamental, diz-se que isto ocorre por meios de aprendizagem como regras e exposição a contingências. Assim, os padrões de comportamentos que produzem relações não harmoniosas podem ser controlados por instruções e/ou serem seguidos de reforçadores e, conseqüentemente, se manter nas próximas etapas do desenvolvimento, como na adolescência e fase adulta – comportamentos tais como retração social e agressividade. De forma semelhante aos déficits comportamentais de habilidades sociais, os padrões depressivos também podem ser aprendidos na fase inicial da vida do indivíduo, achado este que evidencia avanços na compreensão desse fenômeno comportamental pois, até a década de 1970, acreditava-se que a depressão em crianças e adolescentes era rara ou inexistente (BAHLS, 1999).

Por padrões depressivos, pode-se depreender comportamentos com menor engajamento em atividades que costumavam produzir sensações prazerosas ou geravam interesse, falta de apetite ou excesso deste, mudanças no ciclo do sono, relatos de maior dificuldade de concentração e outros, com prejuízos significativos no funcionamento social, escolar e em outras áreas importantes para o indivíduo (APA, 2014). Sobre a associação de variáveis outras com a depressão, Del Prette e Del Prette (2013) apontam que quando associado à depressão e à ansiedade, o isolamento social pode estar ligado a um pobre desempenho em habilidades sociais, como no caso da dificuldade em atividades de conversação e expressividade não verbal de sentimentos – déficits esses que podem colocar a criança em circunstâncias incômodas em contextos sociais. Sobre a criança com estes déficits, diz-se:

Com frequência, ela se sente desconfortável e insegura nos contatos sociais, particularmente, em situações que precisa falar de si, expressar afeição ou desagrado, defender os próprios direitos, aceitar ou refutar críticas. A mera possibilidade de exposição social pode provocar reações fisiológicas imediatas que atrapalham ainda mais um desempenho social bem-sucedido. Além disso, verificam-se estilos desadaptativos de resolução de problemas interpessoais, dificuldade na regulação do afeto e negociação de conflito [...]. (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2013, p. 21).

Em estudo sobre a relação entre padrões de comportamentos depressivos e repertório de habilidades sociais, Fernandes et. al (2012) trazem que muitas décadas de pesquisas acusaram a existência de relação entre esses dois construtos, sendo que os déficits em

HS ora seriam considerados como antecedentes (LEWINSOHN, 1986), e, ora, como consequentes do quadro depressivo (COYNE, 1976).

Nesse âmbito teórico, Hersen (1973) traz que a falta de reforço social é particularmente importante para o surgimento e manutenção da depressão, sendo que uma causa evidente para o baixo nível de reforço social seria um repertório social inadequado. Além da contribuição teórica, o estudo mencionado identifica, pois, uma associação entre déficits de habilidades sociais e padrões de depressão.

Considerando as investigações que apontam: o aumento de crianças com diagnóstico de depressão (BALHS, 2002b; CALDERARO; CARVALHO, 2005; CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2008; ABRAMOVITCH; ARAGÃO, 2011; MELO; SIEBRA, 2017); os prejuízos para o desenvolvimento saudável dos indivíduos pela ausência de contingências favoráveis para o estabelecimento de HS (BOLSONI-SILVA, 2003; GOMIDE et al., 2005; FEITOSA, 2014; CAMPOS et al., 2018); a relação entre depressão e déficit de HS (CIA; BARHAM, 2009; LEME; BOLSONI-SILVA, 2010; FERNANDES et al., 2012; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2013; FEITOSA, 2013; CAMPOS et al., 2018); a necessidade de investigação sobre estes dois constructos (FEITOSA, 2013; FEITOSA, 2014; BOLSONI-SILVA, 2016), torna-se fundamental a continuidade das reflexões sobre a relação existente entre estas variáveis – tanto em crianças da população clínica como da não clínica – com fim na instrumentalização de profissionais capazes de promover um trabalho de avaliação, prevenção, e intervenções eficazes. Somada a essa relevância, tem-se o fato de que no contexto acadêmico, a sistematização de dados acerca dessa relação na população infantil e, mais especificamente, na população infantil da Região Metropolitana de São Luís, preenche lacunas teóricas e metodológicas, ampliando possibilidades de novas investigações.

Destarte, o objeto de investigação da presente pesquisa consiste em analisar os fenômenos habilidades sociais e depressão na infância. Para uma compreensão teórica do texto, o mesmo está dividido em tópicos, tratando desde aspectos conceituais das habilidades sociais e da depressão até investigações envolvendo a relação entre estes construtos. Também é apresentada a metodologia para investigação das variáveis mencionadas, assim como a análise e a discussão de dados coletados em uma amostra da população não clínica.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Considerações sobre Habilidades Sociais

Conforme apontado no início deste trabalho, sabe-se que as HS são indispensáveis para a competência social, verificada quando se obtém efeitos positivos imediatos para o indivíduo em suas relações, sendo que se também se pode observar efeitos de médio e de longo prazo para seu interlocutor e seu grupo social. Um repertório amplo de HS teria, pois, impactos significativos na qualidade de vida dos indivíduos. Sobre a CS, Caballo (2003) traz:

Uma resposta competente é, normalmente, aquela que as pessoas consideram apropriada para um indivíduo em uma situação específica. Do mesmo modo, não pode haver uma maneira correta de se comportar que seja universal, mas uma série de enfoques diferentes que podem variar de acordo com o indivíduo. Assim, duas pessoas podem comportar-se de maneiras totalmente diferentes em uma mesma situação [...] e tais respostas podem representar o mesmo grau de habilidade social (p. 4).

É importante que se assegure alguns critérios pelos quais pode-se avaliar a competência social. Nesse sentido, para caracterizar um desempenho socialmente competente, Del Prette e Del Prette (2013) citam algumas finalidades que devem se concretizar numa interação social, quais sejam: a) Consecução do objetivo – consequências específicas e imediatas da tarefa interpessoal; b) Manutenção/ melhora da autoestima dos interlocutores; c) Manutenção/melhora da qualidade da relação; d) Equilíbrio de poder entre os interlocutores – reciprocidade positiva de trocas; e e) Respeito/ampliação dos direitos humanos interpessoais.

De modo a complementar esta descrição conceitual da coerência e funcionalidade da competência social, cabe, também, ressaltar algumas particularidades das HS – dado seu vínculo com este construto (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017a):

- Não possuem um caráter inatista e tampouco representam traços estáveis de personalidade, e sim, são aprendidas;
- Sua aprendizagem ocorre de maneira não sistemática, primeiramente, no contexto familiar, depois, em outros subsistemas como escola, vizinhança e demais contextos de inserção;
- Possuem uma determinação cultural, já que é a cultura que define os padrões esperados e valorizados em diferentes situações sociais, considerando as variáveis sexo, idade, papéis sociais, etc.; de modo que um comportamento pode, por exemplo, ser considerado socialmente adequado em uma cultura, mas não em outra;

- São situacionais; dito de outra forma, desempenhos semelhantes podem contribuir para a competência social em um contexto e não em outro;
- Podem ter seu desempenho afetado por um conjunto de fatores pessoais aprendidos (como crenças, valores, planos e metas), de modo que um repertório bem elaborado de HS pode não ser suficiente para a competência social.

Para uma melhor compreensão dessas, Del Prette e Del Prette (2017a) apresentam uma separação didática em classes de habilidades, sendo que cada classe representaria um grupo de comportamentos que, embora possam se apresentar de maneiras topograficamente diferentes, possuem função equivalente. Estas, conforme cada função, podem se dividir em subclasses para que, em avaliando-se as habilidades desempenhadas por um indivíduo, mesmo que eventualmente, se possa compor seu repertório de HS.

Tabela 1 – Portfólio de Habilidades Sociais

Classe	Principais subclasses
Comunicação	Iniciar e manter conversações; fazer e responder perguntas; pedir e dar <i>feedback</i> ; elogiar e agradecer elogios; dar opinião – isto de forma direta (face a face) e/ou de forma indireta (por meio de aparelhos eletrônicos);
Civilidade	Cumprimentar e/ou responder cumprimentos; pedir por favor, agradecer, desculpar-se e outros comportamentos de polidez de acordo com a cultura do indivíduo e suas nuances;
Fazer e manter amizade	Iniciar conversação, apresentar informações livres; ouvir/fazer confidências, demonstrar gentileza; manter contato sem ser invasivo; elogiar, expressar sentimentos, dar <i>feedback</i> ; responder a contato, enviar mensagem (por meios físicos ou eletrônicos), fazer ou aceitar convite para passeio; fazer contato em datas festivas como natal ou aniversário, manifestar solidariedade diante de problemas;
Empatia	Manter contato visual, aproximar-se, escutar evitando interromper; tomar perspectiva (colocar-se no lugar do outro); expressar compreensão, quando conveniente, incentivar a confiança; demonstrar disponibilidade para ajudar quando necessário, compartilhar alegria e realização do outro;
Habilidades Assertivas	Algumas das subclasses consideradas mais importantes: <ul style="list-style-type: none"> -Defender direitos próprios e de outra pessoa; -Questionar, opinar, discordar, solicitar explicações sobre o porquê de certos comportamentos, manifestar opinião; -Fazer e recusar pedidos; -Expressar raiva, desagrado e pedir alterações de comportamentos; -Desculpar-se, admitir falha;

Habilidades Assertivas	-Manejar críticas no sentido de aceitar críticas (o que envolve ouvir até o final, pedir esclarecimentos, concordar com a crítica ou parte dela), fazer críticas (como falar em tom de voz audível, manter contato visual não intimidatório, expor falha do interlocutor), rejeitar críticas (ouvir até o interlocutor encerrar a fala, manter contato visual, solicitar tempo para falar, apresentar sua versão dos fatos etc.); -Falar com pessoa que exerce papel de autoridade no sentido de cumprimentar, apresentar-se, expor motivo da abordagem, fazer e responder perguntas, fazer pedidos (quando conveniente), agendar novo contato, agradecer, despedir-se;
Expressar solidariedade	Identificar dificuldades do outro, oferecer ajuda, expressar apoio; engajar-se em necessidades sociais construtivas, compartilhar alimentos ou objetos com pessoas necessitadas; expressar compaixão; fazer parte de reuniões e campanhas de solidariedade; visitar pessoas com necessidades; consolar pessoas; motivar colegas a fazerem doações;
Manejar conflitos e resolver problemas interpessoais	Exercitar autocontrole diante de indicadores emocionais de um problema, reconhecer, nomear e definir o problema; identificar comportamentos próprios e de outros associados à manutenção do problema em foco (sua avaliação, suas atitudes e sua motivação para mudança); elaborar alternativas de comportamentos; propor soluções, escolher, implementar e avaliar cada alternativa; combinar alternativas quando conveniente;
Expressar afeto e intimidade (namoro, sexo):	Aproximar-se e demonstrar afetividade por outra pessoa por meio de contato visual, sorriso, toque; fazer e responder perguntas pessoais, dar informações livres, compartilhar acontecimentos de interesse do outro; cultivar bom humor, partilhar brincadeiras, manifestar gentileza; fazer convites, demonstrar interesse pelo bem-estar do outro, lidar com relações íntimas e sexuais; estabelecer limites quando conveniente;
Coordenar grupo:	Organizar atividade, distribuir tarefas, incentivar a participação de outros; controlar tempo e foco na tarefa, dar <i>feedback</i> ao grupo; perguntar, mediar interações, expor metas, elogiar, parafrasear, resumir; distribuir tarefas, cobrar desempenhos e tarefas, explicar e pedir explicações; verificar compreensão sobre problemas;
Falar em público:	Cumprimentar, distribuir o olhar pela plateia, usar tom de voz audível; modular a voz conforme o assunto, fazer/responder perguntas, apontar conteúdo de materiais audiovisuais (lendo apenas o mínimo necessário); usar humor quando conveniente, relatar acontecimentos (incluindo subclasses da classe anterior), agradecer pela atenção da plateia no término da fala;

Fonte: Del Prette e Del Prette (2017a).

Considerando as principais demandas interpessoais apresentadas ao indivíduo ao longo das etapas do seu desenvolvimento, a tabela 1 apresenta um sistema com 10 classes de HS que podem ser relevantes para os diversos papéis sociais assumidos no curso da vida. Aqui, é importante lembrar que, segundo os autores, propostas taxonômicas tais quais estas não devem ser vistas como estruturas definitivas, nem como propostas consensualmente estabelecidas pela literatura, mas pode-se considerar que um bom esquema de classificação facilita a identificação dos déficits e recursos do cliente, bem como orienta a avaliação e Treino em Habilidades Sociais (THS)¹.

Os déficits apontam para os aspectos a serem superados e para os objetivos de intervenção, enquanto os recursos indicam pontos de partida ou de apoio para o planejamento de intervenções (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009). Entendendo-se que o sucesso no ensino, na aprendizagem e no aprimoramento das HS depende, também, da identificação destes déficits, Del Prette et al. (2017b) apresentam uma separação conceitual destes em três tipos: a) Déficit de aquisição, que se refere à ausência da HS considerada importante no repertório do indivíduo (seja por falta de conhecimento ou de contextos para aprendê-la); b) Déficit de desempenho, que trata da HS que é desempenhada em frequência abaixo do desejável (e, portanto, pouco elevando a competência social); e c) Déficit de fluência, caso em que a HS é desempenhada (podendo até ocorrer com boa frequência), porém, com proficiência inferior à esperada, podendo isso se dever à falha no uso dos componentes não verbais e paralinguísticos².

A análise da ausência, da baixa frequência ou da dificuldade na emissão de determinada habilidade esperada pode, pois, ser particularmente relevante para alguns contextos (como o da psicologia clínica e da saúde, Escolar/Educacional, e da Orientação Profissional) para que se possa pensar diferentes procedimentos de intervenção para sua superação (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005).

Em geral, pode-se dizer que as HS (bem como os requisitos da Competência social), de maneira sistemática ou não, são aprendidas ao longo da vida por meio da interação com

¹ O THS pode ser definido como um arranjo de procedimentos comportamentais dirigidos a incrementar a capacidade do indivíduo de se implicar nas relações interpessoais de maneira socialmente apropriada (CABALLO, 2003). Este treino, orientado para a competência social, estrutura processos de aprendizagem mediados por um terapeuta/facilitador, visando a aquisição e/ou aperfeiçoamento de HS, bem como os requisitos da competência social (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017a).

² Considerando-se que para haver competência social, deve haver coerência entre o que se pensa, se sente e se faz, os Componentes Não Verbais e Paralinguísticos (CNVP) caracterizam a topografia ou a forma do desempenho, referindo-se a aspectos como postura, expressão facial, contato visual, ritmo da fala e outros. Para mais informações, consultar Del Prette e Del Prette (2017a).

outras pessoas. Deste modo, são influenciadas por contingências ambientais imediatas e pela cultura (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017b). Assim, fazendo menção da importância do aprendizado destes comportamentos nas diferentes fases da vida, o tópico seguinte apresentará algumas considerações sobre as habilidades sociais no contexto específico da infância.

2.1.1 Considerações sobre Habilidades Sociais na Infância

Reconhecendo a importância de interações sociais saudáveis ainda na infância, a Organização Mundial da Saúde, desde 1994, recomenda o treino das chamadas *habilidades de vida* (WHO, 1994), as quais apresentam uma semelhança conceitual com as HS, ao serem definidas por “habilidades para comportamento adaptativo e positivo, que permitem aos indivíduos lidar eficazmente com as demandas e os desafios da vida cotidiana” (p. 1, tradução nossa). Dentre as habilidades recomendadas, pode-se citar as de Autoconhecimento, Resolução de problemas, Relacionamento interpessoal, Empatia e comunicação eficaz (MURTA et al., 2010). A OMS defende que seu ensino deveria ser colocado à disposição de todas as crianças e adolescentes nas escolas, e, se possível, antes que padrões de comportamento negativos se estabeleçam.

Sobre a aprendizagem de padrões de comportamentos que produzem relações harmoniosas, Del Prette e Del Prette (2013) colocam que a criança, na medida em que é exposta a contingências sociais, pode se tornar socialmente mais competente, a partir da compreensão de valores, normas e expectativas de seu ambiente, e da aprendizagem de padrões de desempenho mais específicos (tanto na topografia como na quantidade de componentes). Assim, pode apresentar uma visão mais acurada das demandas interativas de seu contexto. Deste modo, a aquisição de habilidades sociais e o aperfeiçoamento da CS constituem processos que ocorrem como que naturalmente por meio das interações sociais cotidianas ao longo da vida. Quanto a este aprendizado, acrescenta-se que:

Na infância e na adolescência, as práticas educativas da família e da escola, juntamente com a experiência de convivência com os colegas, são as principais condições para a aquisição e o aperfeiçoamento das habilidades sociais e da competência social. Porém, quando essas práticas são desfavoráveis, podem surgir déficits de habilidades sociais e problemas de competência social que impactam negativamente as relações interpessoais e, portanto, a qualidade de vida das pessoas. (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2011, p. 19).

O desenvolvimento de tais habilidades, pois, só se mantém quando contingências sociais micro (relações com pais, irmãos, familiares, professores, colegas de classe etc.) e macro (cultura) são estabelecidas em diversas fases da vida do indivíduo. Considera-se a família o

lugar onde a criança aprende as primeiras regras de convivência e de como se relacionar com os outros. Assim, os modelos parentais são de extrema importância na transição para o processo de escolarização, pois muitos desses padrões aprendidos no ambiente familiar tendem a se manter estáveis ao longo do desenvolvimento, podendo interferir no desempenho acadêmico e pessoal dessas crianças, positiva ou negativamente (MARIANO, 2015).

Nesta linha de pensamento, Gomide (2003) traz que alguns repertórios dos pais são particularmente importantes para a promoção de comportamentos pró-sociais nas crianças, como as práticas educativas positivas, as quais envolvem padrões de: a) Monitoria positiva, que seria o uso adequado da atenção e distribuição de privilégios, consistência de regras, distribuição adequada de afeto, acompanhamento e supervisão de atividades escolares e de lazer dos filhos; e b) Comportamento moral, que implica no desenvolvimento da empatia, do senso de justiça, responsabilidade, trabalho, generosidade, noções de certo ou errado em relação ao uso de drogas e educação sexual, seguido de exemplos dos pais.

Por outro lado, a autora coloca que alguns comportamentos parentais são importantes para desenvolver respostas antissociais, como é o caso das práticas educativas negativas, como: a) Negligência, ausência de atenção e afeto; b) Abuso físico e psicológico, envolvendo disciplina com práticas corporais negativas, ameaça, chantagem de abandono e humilhação; c) Disciplina relaxada, que seria o relaxamento de regras estabelecidas; d) Punição inconsistente, quando os pais punem ou reforçam comportamentos a depender de seu humor; e e) Monitoria negativa, em que há excesso de instruções independentemente do seu cumprimento gerando um ambiente de convivência hostil (GOMIDE, 2003).

Nesse sentido, embora se saiba que a aquisição e o desenvolvimento das HS podem estar associados a variáveis como sexo, idade e nível socioeconômico (BANDEIRA et al., 2006), alguns fatores podem contribuir para dificuldades nesta área, como: restrição de experiências devido ao isolamento social, relações familiares empobrecidas ou práticas que reforçam a dependência e restringem iniciativas; ansiedade excessiva diante das demandas de desempenho social; fatores cognitivos (autorregras) ou afetivos (ansiedade, medo) que afetam a emissão ou aperfeiçoamento de HS já aprendidas; deficiências físicas, sensoriais e mentais, bem como contingências desfavoráveis à discriminação e ao processamento dos sinais sociais e à aprendizagem e/ou desempenho de comportamentos socialmente competentes (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2011).

Considerando-se que um repertório pouco elaborado de habilidades consideradas importantes para lidar com demandas de interação com pares revelam déficits pessoais capazes de afetar o desenvolvimento imediato e posterior do indivíduo, algumas HS são ditas essenciais para que as crianças lidem de forma competente com as demandas de seu ambiente social (especialmente, nas etapas iniciais de escolarização). Neste contexto, Del Prette e Del Prette (2013) propõem um sistema de sete subclasses de HS entendidas como prioritárias no desenvolvimento interpessoal da criança, descrito na tabela 2.

Tabela 2 - Classes e subclasses de HS para a infância

Classe	Principais subclasses
Autocontrole e expressividade emocional	Comportamentos de reconhecer e nomear emoções próprias e dos outros; controlar a ansiedade; falar sobre emoções e sentimentos; controlar o humor; tolerar frustrações; expressar emoções positivas e negativas; mostrar espírito esportivo;
Civilidade	Comportamentos de cumprimentar pessoas, despedir-se, aguardar a vez para falar; usar expressões como <i>por favor, com licença, obrigado, desculpa</i> ; fazer e aceitar elogios; seguir regras e instruções; fazer e responder perguntas; chamar o outro pelo nome;
Empatia	Comportamentos de observar, prestar atenção, ouvir e demonstrar interesse pelo outro; reconhecer/ inferir sentimentos do interlocutor; assumir perspectiva da situação; demonstrar respeito às diferenças; expressar compreensão pelo sentimento ou experiência do outro; oferecer ajuda; compartilhar;
Assertividade	Comportamentos de expressar sentimentos negativos como raiva e desagrado, falar sobre as próprias qualidades e defeitos; concordar ou discordar de opiniões; fazer e recusar pedidos; lidar com críticas; solicitar mudança de comportamento; negociar interesses conflitantes; defender direitos próprios; resistir à pressão de colegas;
Fazer amizades	Comportamentos de fazer perguntas pessoais, responder perguntas oferecendo informação livre; aproveitar informações livres oferecidas pelo interlocutor; sugerir atividade; cumprimentar; apresentar-se; elogiar e aceitar elogios; oferecer e dar ajuda; iniciar e manter conversação; identificar e usar jargões apropriados;
Solução de problemas interpessoais	Comportamentos de acalmar-se diante de uma situação problema, pensar antes de tomar decisões; reconhecer e nomear diferentes problemas; identificar e avaliar possíveis soluções; escolher, implementar e avaliar uma alternativa; avaliar tomada de decisão;
HS Acadêmicas	Comportamentos de seguir regras ou instruções orais, observar, prestar atenção; ignorar interrupções dos colegas; imitar comportamentos socialmente competentes; aguardar a vez de falar; fazer e responder perguntas; oferecer, solicitar e agradecer por ajuda; buscar aprovação por desempenho realizado; elogiar

e agradecer elogios; reconhecer a qualidade do desempenho realizado; atender pedidos; cooperar e participar de discussões.

Fonte: Del Prette e Del Prette (2013).

Neste contexto, tem-se que as dificuldades quanto a um repertório amplo de HS podem se apresentar sob formas de déficits ou excessos comportamentais, característicos de padrões de indivíduos com baixa competência social, dificultando o próprio acesso da criança a novas contingências de reforçamento (BOLSONI-SILVA, 2003). A literatura, pois, vem apontando alguns fenômenos associados aos déficits de HS: o uso de drogas, gravidez na adolescência e violência (WHO, 1994); problemas psicossociais tais como depressão, ansiedade social, estresse e solidão (SEGRIN; FLORA, 2000); tendência à agressividade (GARNICA, 2009); e dificuldades de aprendizagem (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2013).

Considerando a importância da identificação de recursos e déficits desses comportamentos logo na infância, coloca-se a pertinência da avaliação das HS nesta fase do desenvolvimento. Neste caso, ressalta-se que o caráter situacional e multidimensional das habilidades sociais implica em uma avaliação do repertório social de crianças baseada em indicadores públicos (observáveis) e encobertos (relato de pensamentos) que ocorrem em suas interações, bem que como seja mediada por outros informantes do convívio, e diferentes procedimentos/instrumentos, caracterizando um delineamento multimodal (DEL PRETTE; EL PRETTE, 2013).

Assim como para a fase adulta, a avaliação orientada para a competência social na infância é particularmente importante para que se escolham metas de intervenções nesse sentido (como o THS), além de ser útil para verificar a eficácia de programas com este fim na vida de participantes (BANDEIRA, 2003). Desta forma, dada a qualidade da competência social como fator de proteção para múltiplos problemas de ajustamento, coloca-se que um repertório elaborado de habilidades sociais permitiria ao indivíduo relações interpessoais saudáveis e produtivas ao longo da vida, favorecendo a obtenção de reforçadores sociais relevantes como “amizade, respeito, status no grupo ou, genericamente, [...] convivência cotidiana mais agradável” (GONÇALVES; MURTA, 2008, p. 430). Dentre as variadas dificuldades promovidas pelos empecilhos na aquisição destas habilidades, pois, pode-se destacar a interação da criança com problemas de comportamento com pares e adultos de sua convivência.

2.1.2 Problemas de comportamento na infância

Tão relevante quanto investigar indicadores de habilidades sociais na infância é a avaliação de “comportamentos problemáticos que competem com, ou reduzem a proficiência do desempenho social e que acompanham diferentes transtornos psicológicos [...]” (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005), como é o caso dos Problemas de Comportamento (PC). Para Leme e Bolsoni-Silva (2010) pode-se falar em correlações negativas entre os fenômenos Habilidades Sociais e PC em crianças e adolescentes. Nesse contexto, os efeitos negativos da baixa competência social tem mostrado relação entre PC e sintomas de transtornos psicológicos, parte das implicações de vários transtornos, e sinais de alerta para eventuais problemas em ciclos posteriores do desenvolvimento (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2013).

Para a definição do termo *Problemas de Comportamento*, algumas bases conceituais podem ser citadas, como a visão do modelo médico e biológico e a visão funcional. Sobre o primeiro modelo, Del Prette e Del Prette (2013) trazem que os problemas comportamentais e emocionais (que acompanham diferentes transtornos e podem se apresentar sob a forma de dificuldades interpessoais na infância) são classificados pela psicopatologia infantil em dois grupos, quais sejam:

- Problemas externalizantes, os quais são mais frequentes em transtornos envolvendo agressividade física e/ou verbal, comportamentos opositores ou desafiantes, condutas antissociais (como roubar, mentir) e comportamentos de riscos (como uso de substâncias psicoativas) – direcionados, predominantemente, a outras pessoas;
- Problemas internalizantes, que são mais prontamente identificáveis em transtornos como depressão, isolamento social, ansiedade e fobia social – expressos, predominantemente, em relação ao próprio indivíduo.

No DSM-5, pode-se observar na sessão “Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta” os diagnósticos que, na versão anterior do manual (DSM - IV), eram inclusos no capítulo “Transtornos Diagnosticados Inicialmente na Primeira Infância ou Adolescência”. O capítulo contempla os seguintes transtornos (APA, 2014) – caracterizados por problemas no autocontrole emocional e comportamental na infância – : Transtorno de Oposição Desafiante, Transtorno Explosivo Intermitente; Transtorno da Conduta; Transtorno da Personalidade Antissocial (descrito no capítulo “Transtornos da Personalidade”); Piromania; Cleptomania, outro Transtorno Disruptivo, do Controle de Impulsos e da Conduta especificado e Transtorno Disruptivo, do Controle de Impulsos e da Conduta não especificado.

Aqui, estes quadros são agrupados por considerarem-se condições que envolvem problemas de autocontrole de emoções e de comportamentos. Enquanto outros transtornos do DSM-5 também podem envolver problemas na regulação emocional e/ou comportamental, os transtornos incluídos neste capítulo são exclusivos no sentido de que esses problemas se manifestam em comportamentos que violam os direitos dos outros (como agressão, destruição de propriedade) e/ou colocam o indivíduo em conflito significativo com normas sociais.

A crítica de Bolsoni-Silva e Del Prette (2003) quanto às definições de PC descritas em manuais como o DSM-4, o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) e MEC (Ministério da Educação e Cultura) está, justamente, numa definição baseada em sintomas, apresentada de forma generalista, parecendo supor um certo mentalismo organicista que vai desde uma base anátomo-fisiológica até conceitos de uma psicologia não científica, mas popular (como teimosia, destrutividade, birra e afins). As autoras, antes, consideram tais comportamentos como multideterminados de modo que caberia aos profissionais analisá-los funcionalmente considerando o maior número de variáveis independentes possível.

Para citar uma apresentação deste conceito de modo que se considere o comportamento como multideterminado e, portanto, em relação com diversas variáveis dentro da interação organismo-ambiente, Bolsoni-Silva (2003) define PC enquanto

déficits e/ou excessos comportamentais que prejudicam a interação da criança com pares e adultos de sua convivência [...] e que dificultam o acesso da criança a novas contingências de reforçamento, que por sua vez, facilitariam a aquisição de repertórios relevantes de aprendizagem (p.10).

Em uma perspectiva analítico-comportamental, tais comportamentos devem ser vistos como respostas operantes e respondentes controladas por contextos antecedentes e consequentes. Deste modo, os problemas de comportamento, independentemente de sua classificação, são funcionais na interação organismo-ambiente e, por essa razão, são aprendidos e se mantêm no repertório comportamental infantil em função de contingências ambientais (ALVARENGA et al., 2015).

Considerando a funcionalidade dos PC, a literatura destaca algumas contingências importantes para a evocação destas respostas. Dentre estas, pode-se destacar: situações de contrariedade a partir das quais pode-se observar comportamentos de brigar, falar mentiras, apresentar mau humor e irritabilidade (BOLSONI-SILVA et al., 2010); situações em que a criança precisa resolver problemas, como no caso de agredir um colega para recuperar um brinquedo (LEME; BOLSONI-SILVA, 2010a); situações em que desejam atenção dos pais

(LEME; BOLSONI-SILVA, 2010b); e diz-se que estes problemas também podem se manter em casos em que a criança aprende que não há consistência nas regras que proíbem a emissão destas respostas (SALVO et al., 2005).

Nessa perspectiva, entende-se que o indivíduo pode aprender padrões de comportamentos internalizantes – evidenciados por retraimento, depressão, ansiedade e queixas somáticas – e padrões de comportamentos externalizantes – marcados por impulsividade, agressão, agitação, características desafiantes e antissociais. Estes padrões, para Bolsoni-Silva et al. (2006), podem privar a criança de interações sociais e/ou gerar conflitos em suas relações.

Embora não seja o objetivo do presente trabalho, convém ressaltar a importância dos pais e/ou educadores na instalação e manutenção de padrões de comportamento que comprometam a competência social das crianças – não há como descartar a função dos responsáveis em intervenções como tais na infância (SILVARES, 2012). Assim, os pais tem papel fundamental na instalação de comportamentos saudáveis nos filhos, podendo fazer uso do que Alvarenga et al. (2016) colocam como Habilidades Sociais Educativas (HSE). Estas configuram práticas que promovem as habilidades sociais infantis e que minimizam os problemas de comportamento. Tais práticas podem ser, inclusive, lidas como sinônimo do conceito de Práticas Positivas, envolvendo categorias como comunicação, expressão de sentimentos, enfrentamento e estabelecimento de limites nas interações familiares – conforme citado anteriormente no corpo deste trabalho.

A literatura corrobora com a ideia de que os estilos parentais tem lugar fundamental na aquisição de repertórios saudáveis para crianças e adolescentes, bem como pode-se considerar padrões de comportamentos parentais que envolvem práticas educativas negativas (ALVARENGA et al. 2016) como fatores de risco para comportamentos de internalização e externalização (OLIVEIRA et al.; 2002; GOMIDE, 2003; RIOS; WILLIANS, 2008; TONI; SILVARES, 2013; SOUZA; CREPALDI, 2018). Desta forma, sugere-se que diferentes tipos de problemas emocionais e comportamentais na infância são influenciados e influenciam diferentemente a dinâmica familiar.

Em geral, Para Del Prette e Del Prette (2013), as dificuldades interpessoais que caracterizam esses grupos de problemas de comportamento na infância decorrem de um pobre repertório de Habilidades Sociais, principalmente, em se tratando de habilidades envolvendo empatia, resolução de problemas e expressão de sentimentos, com relatos cognitivos e emocionais de “baixa autoestima, crenças e atribuições disfuncionais, impulsividade e

temperamento difícil [...]” (p. 19). Desta forma, entende-se, que, embora pareça haver mais preocupação dos pais e educadores com problemas externalizantes, tanto PC internalizantes quanto externalizantes falam de dificuldades que podem ter consequências desfavoráveis para o desenvolvimento saudável (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005a).

Sabendo-se que, nas diferentes fases de transição que existem no processo de desenvolvimento, como no caso dos anos iniciais da escolarização, é necessário aprender a lidar com novas demandas sociais, tem-se que a competência social torna-se um elemento importante para o ajustamento social e, até mesmo, para o rendimento escolar das crianças (CIA; BARHAM, 2009). Um repertório socialmente habilidoso, pois, tem sido considerado um fator de proteção para o surgimento e/ou manutenção de problemas de comportamento (LEME; BOLSONI-SILVA, 2010). Nessa perspectiva, o debate que se coloca é a associação de problemas de comportamento e transtornos psicológicos, com destaque para a relação entre HS e depressão. Assim, com o objetivo de fortalecer este debate, o tópico que se segue introduz noções gerais sobre a depressão.

2.2 Considerações gerais sobre a depressão

Os manuais psiquiátricos vêm descrevendo vários processos comuns para caracterizar a depressão, dada a importância deste diagnóstico enquanto um problema prioritário de saúde pública. A exemplo, tem-se que o grupo diagnóstico que engloba as síndromes depressivas caracteriza-se por uma multiplicidade de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, relativos à autoavaliação, à vontade e à psicomotricidade, podendo estar presentes, em formas graves de depressão, sintomas psicóticos (delírios e/ou alucinações), alteração psicomotora acentuada e fenômenos biológicos (neurais ou neuroendócrinos) associados (DALGALARRONDO, 2008).

Já o Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-5) define o Transtorno Depressivo Maior (TDM), condição clássica dos transtornos³ depressivos, a partir da ocorrência de cinco ou mais sintomas comuns (sendo pelo menos um dos sintomas, humor deprimido ou perda de interesse ou prazer). Com fins a uma leitura analítico-comportamental, a Tabela a seguir descreve os critérios apresentados pelo DSM-5, bem como uma

³ Embora o modelo médico de psicopatologia apresente a concepção de que a doença é uma manifestação patológica subjacente também devida a causas internalistas, a Análise do Comportamento vai de encontro com a ideia de desadaptabilidade trazida pelo termo “transtorno”. Entende-se que o comportamento, seja o considerado normal ou patológico, é produto dos níveis de seleção filogenético (história evolutiva da espécie), ontogenético (história de vida do indivíduo) e cultural (ambiente social do indivíduo) (PRADO, 2013).

operacionalização dos padrões comportamentais para cada sintoma (elaborada pela autora do presente trabalho).

Tabela 3 - Critérios diagnósticos da depressão e sua operacionalização comportamental

Sintomas indicados pelo DSM-5 ⁴	Operacionalização funcional dos sintomas ⁵
Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato pessoal ou por observação feita por outras pessoas;	Respostas de choro; diminuição da frequência de comportamentos de se engajar em atividades que, durante boa parte da vida, produziram reforçadores;
Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato pessoal ou observação feita por outras pessoas);	Respostas de esquiva e/ou fuga de atividades sociais e/ou profissionais, como festas, viagens, aulas, passeios;
Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (como uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias;	Respostas relacionadas à perda do valor reforçador de alimentos anteriormente ingeridos com maior frequência ou de boa parte dos alimentos em geral; aumento da frequência do comportamento de ingerir alimentos diante de contingências aversivas, tendo, como consequência, perda ou ganho significativo de peso;
Insônia ou hipersonia quase todos os dias;	Respostas de manter-se em estado de vigília durante o período esperado para o sono, ou manter-se mais tempo dormindo do que a quantidade de horas de sono necessárias;
Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas);	Respostas de impaciência (agitação motora); Respostas envolvendo aumento ou diminuição acentuada do tempo necessário para a execução de tarefas;
Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;	Verbalizações de cansaço extremo a partir de atividades que exigem esforço considerado mínimo;
Pensamentos envolvendo inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (podendo ser delirantes) quase todos os dias (não somente autorrecriminação ou culpa por estar doente);	Respostas privadas de autodepreciação e sentimentos de culpa e autopunição, acompanhados de estimulações internas aversivas;

⁴ Na psiquiatria, utiliza-se a nomenclatura sintoma; já na Análise do Comportamento, a utilidade destas descrições é somente topográfica, pois considera-se tais classes de comportamentos como quaisquer outras (estando sob controle de variáveis ambientais). Tem-se, como foco, a funcionalidade dos comportamentos (RAPOSO; PEDROSO, 2014).

⁵ Diferente da coluna à esquerda, a coluna localizada à direita foi elaborada pela autora do presente trabalho.

Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato pessoal ou observação feita por outras pessoas);	Respostas privadas de distração e de concentração reduzida em uma tarefa; verbalizações de diminuição do comportamento de manter-se atento a estímulos do ambiente; respostas de aumento do tempo usado para escolher entre alternativas disponíveis no cotidiano;
Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.	Frequência elevada do comportamento privado de imaginar-se em situação de morte; planejamento de contingências que resultariam em morte para o indivíduo; comportamentos autolesivos com fins à morte.

Fonte: APA (2014).

Em avaliação clínica utilizando como ferramenta o DSM-5, para que se possa sugerir o diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior, é necessário, pelo menos, um episódio depressivo maior com duração a partir de duas semanas. Este episódio, por sua vez, deve representar uma mudança em relação ao funcionamento anterior do indivíduo, não sendo atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica, sendo que há sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. A ausência de histórico de episódio maníaco ou episódio hipomaníaco também é pertinente para o diagnóstico (APA, 2014).

Aqui, é importante ressaltar que, para a Análise do Comportamento, ao abordar a depressão, deve-se considerar o indivíduo não apenas a partir de uma listagem de sintomas, mas da análise do repertório comportamental do mesmo, o qual deve ser compreendido por meio de sua análise funcional e não apenas topográfica. A caracterização da depressão parte, então, da análise da forma do comportamento (topografia), frequência de comportamentos e da função do comportamento. Deste modo, pode-se afirmar, na ótica comportamental, que o indivíduo deprimido pode apresentar respostas públicas de apatia, baixa frequência de respostas, e manter respostas de fuga e esquiva de exposição a situações anteriormente reforçadoras (HÜNZIKER, 1997).

Para fazer uma leitura analítico-comportamental da depressão, considerando-se indivíduos anteriormente expostos a situações reforçadoras, Dougher e Hackbert (2003) utilizam-se da apresentação dos princípios comportamentais a partir da categorização destes termos e de suas funções, como descrito a seguir:

- Baixa densidade de reforço: atribui-se a baixa taxa de respostas a uma relativa escassez de reforço; sendo baixa a taxa de reforço positivo contingente à resposta, a depressão pode surgir quando o reforço para o não responder for maior que para o responder;
- Extinção: pode ser que a suspensão gradual ou não da taxa de reforço resulte na redução da frequência de comportamentos, chegando-se a padrões de abulia, anedonia e afins;
- Punição: histórias de exposição a estimulação aversiva sem possibilidade de fuga podem resultar em uma redução comportamental generalizada e interferir nos efeitos subsequentes do reforço contingente;
- Reforço de comportamento de angústia: tem-se que o comportamento de angústia comum em padrões depressivos (como expressão facial de tristeza, postura corporal encurvada

e lamentações) pode funcionar para reduzir a probabilidade de estimulação aversiva produzida por outros;

- A função de eliciação respondente também é percebida, pois se entende que, quando a escassez de reforço é generalizada ou persistente, há reações emocionais classificadas como tristeza, desespero, frustração, cólera e afins. Tal é o caso de quando estímulos condicionados são emparelhados com situações aversivas, e a presença de pessoas ou imagens associadas a estas situações podem passar a eliciar respondentes como tristeza e medo;

- Operações motivadoras: estas são sugeridas ao se observar a perda da efetividade reforçadora e as mudanças na motivação tão características dos padrões depressivos. Considerando a assertiva de Michael (1993) de que operações estabelecidas (a) aumentam a efetividade de reforçadores, (b) aumentam a probabilidade de respostas que tenham produzido reforços no passado, e (c) elevam a efetividade evocativa de estímulos discriminativos, tem-se que operações supressoras operam de maneira oposta. No caso do indivíduo deprimido, eventos que produzem baixas taxas de respostas e estados afetivos característicos da depressão podem potencializar algumas contingências e despotencializar outras, ou seja, podem funcionar como operações estabelecidas ou supressoras.

Em se tratando dos modelos experimentais da depressão, que são aqueles desenvolvidos a partir de experiências em laboratório com vistas a compreender problemas humanos em sua sintomatologia, etiologia e tratamento, pode-se falar em algumas hipóteses. São estas: a hipótese da *extinção*, do *desamparo aprendido*, do *estresse crônico moderado*, e a da *supressão condicionada e modelos respondentes* (BANACO et al., 2015).

Para falar em hipóteses quanto às contingências que produzem a baixa frequência de comportamentos comum à depressão, Hunziker (2005) traz dois desses modelos, os quais são apresentados adiante. No primeiro deles, ocorre uma relação contingencial. O indivíduo comporta-se e essa ação é conseqüenciada por *extinção*, ou seja, há interrupção do reforçamento para respostas que anteriormente produziam reforçadores. Isso pode se dar em função de algumas mudanças do ambiente - tais como separação conjugal, perda de emprego, mudança de endereço ou de grupo social, etc. - tornando menos acessíveis alguns reforçadores anteriormente disponíveis. Assim, todas essas situações podem significar que, dadas algumas mudanças nas contingências de reforçamento, o repertório comportamental do indivíduo não se adequa a elas, e, portanto, suas respostas deixam de ser reforçadas, entrando em extinção. Essas respostas, diminuindo em frequência e não sendo substituídas por outras mais adequadas às novas contingências, gerarão o quadro de pouco reforçamento, característico da depressão.

Na segunda, tem-se a proposta do *desamparo aprendido*. Nesse modelo de depressão, destaca-se o fato de que algumas circunstâncias podem ensinar ao indivíduo que o seu ambiente mudou e que, de uma forma generalizada, reforçamentos não serão mais disponibilizados: conseqüentemente, ele deixa de emitir respostas frente a novas situações, mesmo que haja possibilidade de reforçamento posteriormente. Essa redução generalizada do repertório comportamental pode ser fruto de diversas relações associativas, sendo crítica a experiência com eventos traumáticos (extremamente aversivos) incontroláveis. Assim, para o autor, se essa experiência é tão marcante a ponto do indivíduo aprender que os aspectos do ambiente não estão sob seu controle, no futuro, ele atuará menos sobre seu meio ambiente – tendo menor probabilidade de reforçamento. Sobre estes estudos, Hunziker (2005) coloca:

Os estudos sobre o desamparo contemplam um tipo de “história de vida” como crítico para a ocorrência desses comportamentos: é a experiência passada com eventos aversivos incontroláveis que dificulta o indivíduo a ficar sob o controle das contingências reforçadoras presentes. [...], muitos desencadeadores de quadros depressivos se ajustam à definição de eventos incontroláveis (aqueles que ocorrem independentemente do comportamento do sujeito) [...]. Esses fatos, além de impedirem o acesso a alguns reforçadores anteriormente disponíveis (gerando extinção), podem ter um efeito mais drástico, e generalizado, de diminuir a emissão de outros comportamentos mantidos por outros reforçadores (p.145-146).

O modelo do desamparo fortalece, pois, a noção de aprendizagem na depressão. Independentemente de se conhecer a predisposição biológica desses indivíduos, pode-se dizer que a exposição à incontrolabilidade aversiva tornará mais provável a redução de respostas adaptativas às contingências de reforçamento.

Para além dos modelos apresentados por Hunziker (2005), ainda em uma perspectiva comportamental, tem-se o modelo experimental do *estresse crônico moderado*, o qual pode-se entender por padrões resultantes da exposição a uma sequência de estímulos aversivos moderados e incontroláveis (BANACO et al., 2015). Nesse caso, se faz com que os organismos experimentem um efeito bastante comum no estudo da depressão: eventos que, anteriormente, eram reforçadores, podem passar, gradativamente, a exercer menos controle sobre escolhas livres de indivíduos submetidos a um protocolo de estresse crônico moderado. Os organismos são expostos, durante seis semanas, a uma alternância de uma série de condições medianamente aversivas previamente testadas e o padrão comportamental descrito como anedonia é instalado.

Já o modelo da *supressão condicionada e processos respondentes*, o qual é habitualmente usado para descrever a ansiedade, mas que devido às comorbidades, passou a

descrever um modelo de depressão, utiliza-se da sobreposição de eventos aversivos associados por processos respondentes justapostos a processos de produção de reforçadores apetitivos (BANACO et al., 2015). Neste caso, o indivíduo exposto a eventos aversivos incontroláveis (embora, nesse modelo, previsíveis) pode apresentar parte dos efeitos observados no desamparo aprendido e comportamentos sociais característicos do padrão depressivo. É importante ressaltar, porém, que, a despeito dos modelos disponíveis com vistas à compreensão dos fenômenos depressivos, qualquer tentativa de explicação do comportamento de um indivíduo nesse padrão requererá uma análise funcional individualizada de suas respostas em relação com os contextos nos quais essas ocorrem.

Por último, apresenta-se a *hipótese bioquímica da depressão*, segundo a qual, indivíduos deprimidos frequentemente apresentam disfunções de sistemas de neurotransmissão central de noradrenalina, serotonina ou dopamina, entre outros neurotransmissores, relacionando-se diretamente com o estado depressivo (LAFER; FILHO, 1999). Esta hipótese não é excluída, mas considerada em relação com o quadro, podendo esta condição ser antecedente ou conseqüente à baixa frequência de comportamentos do indivíduo, que pode ter sido dessensibilizado de seus reforçadores usuais. Após a explanação dos modelos teóricos na ótica analítico-comportamental e considerando os objetivos da presente investigação, o tópico a seguir fará a apresentação de questões acerca da depressão na infância.

2. 2.1 Aspectos da depressão na infância

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2018), as condições de saúde mental são responsáveis por 16% da carga global de doenças e lesões em pessoas com idade entre 10 e 19 anos, sendo que metade dos transtornos mentais se evidencia aos 14 anos. A depressão, por exemplo, é um transtorno bastante frequente, de modo que, em todo o mundo, pode-se estimar que mais de 300 milhões de pessoas de todas as idades sofram desse quadro.

Tratando sobre políticas de saúde mental⁶ e fornecimento de serviços, o Plano de Ação de Saúde Mental para os anos 2013 a 2020 da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013) tem, como um de seus princípios norteadores, o de que políticas, planos e serviços para a saúde mental precisam levar em conta as necessidades de todas as fases do ciclo da vida, incluindo infância e adolescência. Considera-se tais fases como uma oportunidade

⁶ O termo “mental” é aqui utilizado, meramente, para referir-se às políticas públicas em saúde, e não a noções internalistas do comportamento.

particularmente importante para promover a saúde psicológica e prevenir transtornos dessa natureza.

Nesta diretriz, tem-se que a Organização das Nações Unidas (ONU) apresenta um roteiro de execuções com fins à redução de mortes e a melhorar índices de saúde geral e bem-estar também dessas populações no período de 2016 a 2030, qual seja a Estratégia Global para Saúde de Mulheres, Crianças e Adolescentes (*EVERY WOMAN EVERY CHILD*, 2015). Considerando que as políticas de saúde, historicamente, dão pouca atenção a estes públicos, o programa prioriza, como intervenção fundamental para melhora nestes índices, a garantia de apoio psicossocial e serviços relacionados para a saúde mental e o bem-estar logo em etapas anteriores à fase adulta.

A despeito de amplas movimentações mais recentes que reiteram os cuidados em saúde mental na infância e adolescência (WHO, 2013; *EVERY WOMAN EVERY CHILD*, 2015; OPAS, 2018), a consideração da criança e do adolescente como possível população clínica de quadros depressivos e de outros transtornos de natureza psicológica caminhou a passos lentos (BARBOSA; LUCENA, 1995). Apenas na década de 1960, com a publicação do trabalho de Rie (1966) intitulado *Comprehensive Review*, em que há uma ampla discussão sobre a Depressão Infantil, este problema de saúde entra na classificação das alterações psiquiátricas da criança (*Group for the Advancement of Psychiatry – GAP*). Este atraso, durante décadas, ecoou na quantidade de pesquisas publicadas sobre o tema.

Sobre os marcos para as primeiras associações entre infância/adolescência e depressão na década de 70, tem-se que:

dois fatores foram essenciais [...]: o primeiro refere-se ao reconhecimento da comunidade científica do respectivo quadro clínico, fato ocorrido oficialmente em 1971, no 4º Congresso da União Europeia de Psiquiatria Infantil; e o segundo motivo corresponde ao desenvolvimento das escalas de avaliação, ocasionando um aprimoramento nos diagnósticos sobre a depressão, tornando-os mais descritivos (MELO; SIEBRA, 2017, p. 19).

Aspectos históricos da pesquisa em psicoterapia na infância e adolescência parecem corroborar com estes dados conforme Pheula e Isolan (2006), segundo os quais, os primeiros relatos de casos de psicoterapia infantil foram descritos por Freud e Mary Corey Jones, sendo que os registros de que Mary Corey Jones usou as técnicas de modelagem e condicionamento reflexo (no tratamento de um menino de 2 anos com fobia de coelhos brancos) datam de 1924. Algumas décadas depois, parece ter crescido o número de estudos que validam os transtornos de ordem psicológica ainda na infância, o que, conseqüentemente, desenvolve a literatura sobre

seu tratamento e prevenção (STEVENSON; ROMNEY 1984; BARBOSA, 1987; CALDERARO; CARVALHO, 2005; CRUVINEL et al., 2008; ABRAMOVITCH; ARAGÃO, 2011; MELO; SIEBRA, 2017).

Dados os avanços em relação ao reconhecimento de problemas de saúde mental nessa fase do desenvolvimento, Cruvinel e Boruchovitch (2008) trazem que no Brasil, apesar da escassez de estudos epidemiológicos, os resultados de algumas investigações concordam que, de fato, a depressão ocorre em fases do desenvolvimento como infância e adolescência. Em amostra com 157 alunos do ensino fundamental na cidade de Campinas (São Paulo), sendo 70 estudantes (44,6%) do sexo masculino e 87 (55,4%) do sexo feminino com idades entre 8 e 12 anos, as autoras verificaram que 17% dos participantes apresentaram uma pontuação no Inventário de Depressão Infantil (CDI) sugestiva de presença de sintomas de depressão. Sugeriu-se a necessidade de mais estudos nacionais de prevalência no ensino fundamental e de esforços direcionados tanto para a identificação dos fatores de risco, de proteção e das variáveis associadas, como do refinamento dos instrumentos de medidas da depressão infantil.

Nesse contexto, o estudo de Bahls (2002b) verificou 20,3% de estudantes com idades entre 10 e 17 anos, de uma amostra de 463 participantes, na cidade de Curitiba (Paraná) que ultrapassaram o ponto de corte 19 no Inventário de Depressão Infantil (CDI). O estudo concluiu pela existência de alto índice de sintomas depressivos entre adolescentes estudantes, com um nítido predomínio do gênero feminino sobre o masculino e com provável pico de aparecimento no período dos 12 aos 15 anos de idade.

Na mesma linha, o estudo de Jatobá e Bastos (2007) com 243 alunos da cidade de Recife (Pernambuco) com idades entre 14 e 16 anos, sendo 23 de escola da rede privada de ensino e 213 da rede pública, verificou 59,9% da amostra (147 alunos) com pontuação na escala de depressão de *Hamilton* indicativa de presença de sintomas depressivos. Na pesquisa, foi constatado grau leve em 99 alunos (40,9% da amostra), seguindo-se de grau moderado acometendo 32 estudantes (13,2%), e 14 casos de sintomas depressivos graves (5,8%), sendo significativas as associações de sintomas depressivos de intensidade grave com o sexo feminino. Os autores concluíram pela necessidade de investigações do assunto que pudessem repercutir em intervenções a grupos dessa população (estudantes na adolescência).

Ainda sobre investigações nacionais, tem-se o estudo de Rocha et al. (2006) que avaliou o índice de sintomas depressivos de alunos de um colégio particular da cidade de Uberaba (Minas Gerais). Foram avaliados 791 estudantes com idades entre 16 e 19 anos,

utilizando-se o questionário SRQ-20 (*Self Reporting Questionnaire*, instrumento desenvolvido pela OMS). Da amostra, foram encontrados indicativos de Transtorno Depressivo em 45,7% dos alunos, sendo a prevalência duas vezes maior no sexo feminino. O resultado evidenciou associação significativa entre o indicativo de depressão e o gênero dos alunos, e os pesquisadores sugeriram acompanhamento psicológico para a população estudada.

Apesar de já se encontrar estudos em que pode-se verificar a validação de diagnósticos dessa natureza ainda na infância (BAHLS, 2002b; DOZOIS; DOBSON, 2004; CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2008; ROCHAL et al., 2006; BAPTISTA et al., 2017), tem-se, como principal dificuldade para identificação deste problema, a assimilação do tênue limiar entre o comportamento que faz parte do desenvolvimento e o comportamento patológico, ou seja, aquele que, continuamente, compromete o funcionamento da criança na família, escola e sociedade (AVANCI et. al 2008). No caso da depressão, quando verificada na infância, apontam-se sintomas diferenciados dos encontrados em adultos da população clínica e, nesse contexto, o DSM-5 aponta algumas particularidades desse público quanto a este diagnóstico.

Tabela 4 – Critérios diagnósticos do TDM

Sintomatologia adulta	Sintomatologia na infância
Humor deprimido	Humor irritável
Alteração do peso corporal em mais de 5%	Insucesso em alcançar o peso esperado
Probabilidade aumentada de tentativas de suicídio e morte	Probabilidade aumentada de Transtorno de Ansiedade de Separação

Fonte: APA (2014).

Em estudo de levantamento sobre o quadro clínico, a evolução, a comorbidade e o comportamento suicida na depressão em crianças e adolescentes, Bahls (2002b) cita que em crianças pré-escolares, a manifestação clínica mais comum da depressão é representada por alterações físicas como dores (principalmente de cabeça e abdominais), fadiga e tontura. Na Tabela 5, estão listados os sintomas encontrados com maior frequência na citada revisão.

Tabela 5 – Sintomas de depressão em crianças pré-escolares

1. Dores (de cabeça e abdominais)
2. Prazer de brincar e ir à pré-escola diminuído
3. Dificuldade nas aquisições de habilidades sociais esperadas para a idade
4. Ansiedade
5. Fobias
6. Agitação ou hiperatividade

-
7. Irritabilidade
 8. Diminuição do apetite
 9. Alterações de sono
-

Fonte: Adaptado de Bahls (2002b).

A depressão na infância, pois, é, usualmente, associada tanto a alterações fisiológicas como à baixa autoestima, a problemas interpessoais, à queda no rendimento escolar, ao retraimento social e à labilidade emocional (BAHLS, 2002; PEREIRA; AMARAL, 2004). Considerando que investigações conduzidas em diferentes regiões do Brasil sugerem índices diversos de prevalência de sintomas depressivos (BAHLS, 2002; JATOBÁ; BASTOS, 2007; CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2008), pode-se verificar que a quantidade de crianças e adolescentes com o problema é bastante variável, sendo que fatores diversos podem contribuir para a variação nos números de depressão nessas fases (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2008). Nesse sentido, o tópico a seguir expõe fatores apresentados pela literatura como relacionados à depressão na infância.

2.2.2 Fatores relacionados à depressão na infância

Em tratando-se de diretrizes para estratégias de saúde mental na infância, a OMS (2013) enfatiza aspectos do desenvolvimento nessa etapa da vida e a aprendizagem, nas crianças, de um senso positivo de identidade, a habilidade de gerenciar pensamentos, emoções, bem como habilidades de construir relacionamentos, e a possibilidade de aprender e de ter participação ativa na sociedade – considerando tais características como fatores de proteção para problemas psicológicos. De modo geral, sabe-se que os padrões depressivos na infância podem estar relacionados a múltiplos fatores, fazendo-se imprescindível analisar contingencialmente os eventos identificados na história do indivíduo com este diagnóstico, investigando-se as variáveis das quais este padrão é função, bem como contingências em que estes padrões, provavelmente, não seriam instalados. Dozois e Dobson (2004), por exemplo, situam, como fatores de proteção para a depressão, ter habilidades de inteligência, de resolução de problemas, de enfrentamento, e de tolerar emoções negativas, fora aspectos como contar com suporte familiar.

Considerando-se que os déficits em habilidades sociais estão relacionados aos padrões depressivos (CIA; BARHAM, 2009; LEME; BOLSONI-SILVA, 2010; FERNANDES et al., 2012; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2013; FEITOSA, 2013; CAMPOS et al., 2018) pode-se situar a aprendizagem e a elaboração de habilidades sociais como importantes fatores de proteção contra este fenômeno. Recursos em HS são considerados indicadores importantes

de saúde psicológica, visto que pessoas socialmente competentes tendem a desenvolver: a) relações mais produtivas e duradouras; b) Melhor saúde física e mental; e c) maior satisfação e motivação pessoal (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005) – estando, em geral, fora do grupo de risco para problemas como a depressão.

Por outro lado, pode-se falar em determinantes probabilísticos de transtornos mentais na infância, como o histórico de sofrimento de maus tratos, negligência e exposição ao uso de substâncias psicoativas (WHO, 2013). Sobre a depressão nesta fase, estudiosos do desenvolvimento humano citam que suas causas exatas ainda são desconhecidas, mas crianças depressivas tendem a ser de famílias com altos níveis de depressão parental, ansiedade, abuso de drogas ou de pouco desempenho social (PAPALIA et al., 2013).

Nesse contexto, o estudo de Regra (1997) com crianças de um grupo da população clínica para a depressão identificou, em sua história de vida, eventos comuns como perdas significativas (divórcio dos pais), fracasso escolar e ameaça de afastamento de um dos pais. Na amostra, foram verificados padrões envolvendo dificuldades em relacionar-se socialmente, fantasias de rejeição, hiperatividade, comportamentos provocativos e agressivos, verbalizações diminuídas, fantasias com excessivo conteúdo de morte, choro constante, dificuldades de expressar sentimentos etc. – respostas convenientes com os padrões depressivos.

Baptista e Oliveira (2004) no estudo *Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação*, numa amostra com 154 adolescentes da cidade de Mogi-Guaçu (São Paulo) com idades entre 14 e 17 anos, encontraram correlação entre a presença de sintomatologia depressiva e histórico de acontecimentos como ingestão de medicamentos, prevalência de depressão em parentes de primeiro grau, luto e intervenções cirúrgicas e eventos estressantes nos últimos três meses, prevalência de doença crônica, falecimento e/ou separação de pais na infância e adolescência.

Nessa linha, Feitosa et al. (2011) em pesquisa de levantamento de estudos epidemiológicos, encontraram fatores comuns na história de crianças e adolescentes com o diagnóstico de depressão como: fatores genéticos; desordens orgânicas cerebrais como epilepsia; ter sofrido violência doméstica; perdas de pessoas significativas; eventos estressantes agudos; problemas no desenvolvimento; ter sido adotadas ou abrigadas; além de problemas culturais e sociais – não especificados – que repercutem de forma significativa no desenvolvimento infantil.

Cabe mencionar, ainda, o estudo de Marturano et al. (2005) com 46 meninos e 29 meninas de idades entre sete e 12 anos (em atendimento clínico devido ao baixo o rendimento escolar), que investigou diferenças de gênero na ocorrência de adversidades e na sua associação com problemas de comportamento. No grupo feminino (com número significativamente maior de classificações clínicas nas síndromes ansiedade e depressão, retraimento e internalização), os eventos associados a problemas internalizantes se referiram a problemas de saúde mental do pai ou da mãe e litígio entre os pais pela guarda da criança. No grupo de meninos, as internalizações se correlacionaram com eventos como instabilidade do casal parental, como recasamento de um dos pais, separação dos pais, abandono do lar por um dos pais e uma piora nos relacionamentos com amigos.

Estes achados se alinham com os apresentados pelo Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-5), o qual apresenta alguns fatores como de risco para a evocação de padrões depressivos. Na tabela abaixo, estes fatores são descritos, bem como constam descrições operacionais do evento elaboradas pela autora deste trabalho.

Tabela 5 – Fatores de risco para TDM

Natureza dos fatores	Fatores de risco (DSM - 5)	Descrições operacionais⁷
Temperamentais	Afetividade negativa (neuroticismo)	Respostas que descrevem emoções negativas, como classes de operantes e respondentes de medo, raiva e culpa;
Ambientais	Experiências adversas na infância, particularmente quando existem múltiplas experiências de tipos diversos, constituem um conjunto de fatores de risco potenciais para transtorno depressivo maior.	História de eventos ambientais aversivos;
Genéticos e Fisiológicos	Os familiares de primeiro grau de indivíduos com transtorno depressivo maior têm risco 2 a 4 vezes mais elevado de desenvolver a doença que a população em geral. Os riscos relativos parecem ser mais altos para as formas de início precoce e recorrente. A herdabilidade é de aproximadamente 40% [...].	Respostas do indivíduo produto de sua história genética ou hereditária que são passadas de geração para geração.
Modificadores de curso	Todos os transtornos maiores não relacionados ao humor aumentam o risco de um indivíduo desenvolver depressão. [...] [...] Condições médicas crônicas ou incapacitantes também aumentam os riscos de episódios depressivos maiores.	Condições de transtornos crônicos que aumentam a probabilidade de ocorrência de respostas depressivas.

Fonte: APA (2014, p. 166).

⁷ Diferente da coluna à esquerda, a coluna localizada à direita foi elaborada pela autora do presente trabalho.

Os achados evidenciam, pois, a possibilidade de diagnóstico de sofrimento psicológico na infância associado a padrões depressivos de comportamentos. Estes padrões, por sua vez, se correlacionam com o repertório de habilidades sociais do indivíduo.

2.3 Investigações sobre Habilidades Sociais e Depressão

No que se refere à relação entre os fenômenos comportamentais habilidades sociais e dificuldades de ordem psicossocial como depressão, isolamento social e ansiedade, o estudo de Segrin e Flora (2000) indicou que indivíduos com repertório de habilidades sociais menos desenvolvido podem estar mais vulneráveis a estes problemas, bem como sugeriu que um bom repertório de HS pode facilitar a lida com eventos estressantes e auxiliar na saída de problemas como depressão, isolamento social e ansiedade.

Neste contexto, porém, em estudo restrito a um desses fenômenos, Segrin (2000) sugere a existência de três possíveis associações (não excludentes entre si) entre habilidades sociais e a depressão: (a) os déficits de habilidades sociais enquanto determinantes da depressão; (b) a depressão como determinante de déficits de habilidades sociais; (c) o déficit de habilidades sociais como fator de vulnerabilidade para a depressão quando da exposição a estressores. A proposta é que haja evidências empíricas para os três tipos de associação de maneira que HS e depressão se correlacionariam de formas variadas e complexas. Sobre este estudo, Feitosa (2013) comenta

Na primeira hipótese, pessoas com déficits de habilidades sociais conseguiriam menos reforçadores sociais, teriam mais dificuldades para se protegerem de estímulos sociais punitivos e por isso experimentariam de maneira crônica mais estressores interpessoais. A segunda possibilidade implica considerar que a depressão, ao reduzir a expressividade psicomotora, afetaria a qualidade da interação social da pessoa. Na terceira vertente de análise, [...], a combinação de déficits de habilidades sociais e eventos negativos de vida desencadearia estresse e depressão (p. 39).

Para Feitosa (2013), apesar do entendimento de que as habilidades sociais são, geralmente, (a) capazes de resolver problemas imediatos situacionais enquanto minimizam problemas futuros (já que seriam comportamentos interpessoais que favorecem a adaptação social de formas culturalmente aceitáveis), (b) influenciam a qualidade das relações interpessoais com possíveis reflexos na saúde, (c) auxiliam a pessoa a maximizar as recompensas sociais e a minimizar o estresse e punições nas relações interpessoais de modo a reduzir a tristeza, dentre outros achados, ainda não está clara a natureza da correlação entre estas habilidades e problemas psicológicos tais como estresse interpessoal, transtorno de

ansiedade, transtornos de personalidade e outros. Para pensar, pois, a relação entre habilidades sociais e a depressão, alguns estudos podem ser citados.

Keneddy et al. (1989) comparou grupos de crianças com indicação clínica para depressão no Inventário de Depressão Infantil com um grupo de crianças que não tiveram indicação no instrumento de rastreio para depressão. Para obtenção de dados sobre a competência social, foram usados dados sociométricos, a *Children's Action Tendency Scale* (CATS) e o *Social Skills Assessment Inventory*. Foram feitas duas comparações: a) uma entre o grupo de crianças que tinha obtido pontuação indicativa de depressão no CDI, excluindo as que também tiveram pontuação significativa para medo no *Fear Survey Schedule for Child - Revised* (FSSC- R); b) outra entre o grupo controle e o grupo com indicativo de depressão, das quais 13 tinham indicação de depressão e de medo. Os resultados revelaram que, independentemente da categoria deprimida incluir crianças também com medo, o grupo deprimido relatou níveis mais baixos de assertividade e maior submissão, desempenho de habilidades sociais menos adequado, recebeu classificações mais baixas de popularidade, menos indicações positivas da sociometria dos pares, e mais negativas. As crianças deprimidas eram muito mais propensas a serem rejeitadas ou isoladas por seus pares, do que as crianças com indicativo de medo e as do grupo controle.

O estudo de Feitosa (2013) explorou correlações entre habilidades sociais e neuroticismo⁸. Foram tomados, como sujeitos deste estudo de levantamento, 1.031 universitários de ambos os sexos (com idade média=24,5; desvio padrão=6,9), que se autoavaliaram quanto a estas variáveis. Os resultados mostraram correlações significativas e inversas entre habilidades sociais e neuroticismo, sendo que as habilidades sociais de “Conversação e desenvoltura social” foram as que mais se correlacionaram com a escala total de neuroticismo, e a subescala “Depressão” a que mais se correlacionou com a escala total de repertório social. O autor concluiu que déficits de habilidades sociais tendem a estar acompanhados de estados de sofrimento psicológico.

Em estudo posterior, seguindo uma perspectiva biopsicossocial de análise da literatura, Feitosa (2014) concluiu que a depressão, embora multideterminada, frequentemente está associada a problemas interpessoais que podem ser sanados pelo aprimoramento de

⁸ No citado estudo, entende-se o conceito de Neuroticismo a partir das ideias de Lahey (2009), o qual pode ser lido como uma tendência relativamente estável do indivíduo a responder com emoções negativas as frustrações, perdas ou ameaças, de modo que um alto nível de neuroticismo se relacionaria a uma propensão a vivenciar mais intensamente sofrimento emocional.

habilidades sociais. Para o autor, as HS contribuiriam para a redução dos sintomas depressivos à medida que alteram as condições do ambiente vivencial da pessoa, incluindo a construção de suporte social, o aumento da autoconfiança e autoestima nas relações interpessoais, a diminuição do estresse e o aumento nos reforçadores sociais em geral.

Ainda nessa linha de investigação, Fernandes et al. (2012) buscaram verificar a relação entre déficits em habilidades sociais e níveis de depressão. A amostra de 46 indivíduos de ambos os sexos possuía 23 pacientes de psicoterapia (grupo clínico) que preencheram os critérios para o diagnóstico de depressão e apresentaram escores compatíveis com este no inventário Beck de depressão (BDI), e os outros 23 indivíduos (grupo de comparação) apresentaram escores no *self report questionnaire* (SRQ) compatíveis com baixa probabilidade de desenvolver quadro psiquiátrico. Também foram passadas informações sobre o grupo clínico pelos seus terapeutas por meio de um questionário. Ambos os grupos responderam ao Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del Prette) e ao Inventário de Empatia (IE). Feita a análise estatística descritiva dos dados demográficos da amostra, o teste de *Mann-Whitney* mostrou diferenças significativas entre os grupos e uma análise qualitativa indicou relação entre sintomas depressivos e períodos de estresse interpessoal. Os resultados sugeriram que déficits em habilidades sociais podem constituir um fator de vulnerabilidade para a depressão.

Bolsoni-Silva e Guerra (2014) compararam um grupo de estudantes universitários clínico com um não clínico para depressão em relação às consequências e sentimentos que diferentes respostas de habilidades sociais podem produzir em interações sociais com interlocutores diversos. A amostra foi composta por 128 estudantes, sendo 64 clínicos e 64 não clínicos. Foram aplicados os Questionários de Avaliação de Comportamentos e Contextos para Universitários (QHC – Universitários), Inventário de Fobia Social (Mini-Spin), Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Entrevista clínica estruturada para o DSM-IV (SCID-I), e os dados foram analisados a partir do teste *t* de *Student*. Os resultados mostraram que os universitários com depressão apresentam importante déficit quanto ao repertório de HS independente dos interlocutores com quem as interações sociais se estabeleciam, seja com familiares, amigos, colegas de república ou namorados.

Campos et al. (2014) buscaram investigar quais dessas variáveis (habilidades sociais, idade, sexo e *status* socioeconômico) poderiam ser fatores de risco ou proteção da depressão na adolescência, bem como avaliar o poder preditivo de um modelo que inclui essas variáveis. Participaram da pesquisa 642 adolescentes com média de 13 anos, sendo 103 com, e 539 sem indicadores de depressão. Os dados coletados com o Inventário de Habilidades Sociais

para Adolescentes (IHSA-Del-Prette), o Inventário de Depressão Infantil (CDI) e o Critério Brasil (CCEB) foram analisados por regressão logística múltipla. Os resultados mostraram que algumas classes de habilidades sociais podem ser tomadas como fatores de proteção à depressão na adolescência e que déficits ou dificuldades em apresentá-las pode constituir fator de risco. As habilidades mais frequentes de empatia e autocontrole, bem como a idade de 12 anos revelaram-se fatores de proteção, e a dificuldade nas habilidades de civilidade e sexo feminino mostraram-se fatores de risco. Os autores constataram que o poder preditivo do modelo foi aceitável.

De modo geral, entende-se que dados de estudos de natureza correlacional não podem garantir a direção causal das variáveis observadas (CIA; BARHAM, 2009). Por outro lado, estes são de extrema importância por sugerirem relações entre os fenômenos estudados e se mostrarem relevantes para o desenvolvimento de pesquisas empíricas com amostras ampliadas e de diferentes extratos sociais. Tais pesquisas também representam investimentos no sentido prevenir a ocorrência de padrões depressivos na infância por meio do planejamento de programas de desenvolvimento de habilidades sociais. O presente estudo soma-se a esse grupo de investigações na medida em que se propõe a investigar a relação entre os fenômenos depressão e habilidades sociais.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Analisar o repertório de habilidades sociais e os padrões de comportamento depressivos na infância.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o repertório de habilidades sociais de crianças;
- Caracterizar padrões de depressão na infância;
- Verificar a relação entre habilidades sociais e depressão;
- Comparar, por sexo, os escores de HS e depressão em escolares.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento

Trata-se de um estudo de delineamento descritivo, correlacional e comparativo, que visa a investigar o grau com que as variáveis co-variam, de modo a identificar, descrever e analisar estas variáveis numa amostra (DANCEY; REIDY, 2006).

4.2 Participantes

Participou deste estudo uma amostra de 46 crianças regularmente matriculadas em uma escola de ensino fundamental público do município de Paço do Lumiar - MA. Como critério de inclusão, foram selecionados os participantes alfabetizados e que obtiveram a autorização dos pais para participar da pesquisa registrada no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e, como critério de exclusão, não fizeram parte da pesquisa as crianças que apresentam comprometimento físico e/ou cognitivo, como dificuldades de locomoção, deficiência auditiva e visual, e/ou comprometimento em funções como memória, atenção, linguagem, percepção e funções executivas, bem como as crianças que não aceitaram. Uma caracterização dos dados sociodemográficos da amostra é apresentada na Tabela 6.

Tabela 6 - Dados sociodemográficos da amostra

Variáveis	Frequência	
	Absoluta	Relativa
Gênero	Feminino	27 59%
	Masculino	19 41%
Turnos	Matutino	23 50%
	Vespertino	23 50%
Ano	1º	2 4%
	2º	9 20%
	3º	9 20%
	4º	13 28%
	5º	13 28%
Idade (feminino)	7-12 anos	26 57%
	13-17 anos	1 2%
Idade (masculino)	7-12 anos	19 41%
	13-17 anos	0 0%

Fonte: autoria própria (2019).

Acima, é possível observar que os participantes tinham idades variando entre 7 e 13 anos e que a maior frequência concentrava-se no 4º e 5º ano (57%), bem como o maior número de participantes eram meninas na faixa de 7 a 12 anos (57%).

4.3 Ambiente

A coleta foi realizada em uma escola pública do ensino fundamental no município de Paço do Lumiar - MA. Foram utilizadas três salas diferentes, sendo duas salas de aula e uma sala de apoio da instituição. Nestas, havia mesas e cadeiras compatíveis com o número de participantes. A iluminação via luz solar a partir das janelas era suficiente para realização da coleta de dados, enquanto que a temperatura era inadequada (em função do mal funcionamento dos ventiladores e da ausência de ar refrigeração). O isolamento acústico destas três salas era apropriado.

4. 4 Instrumentos e Materiais

Foram utilizados os dois seguintes instrumentos: o Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças (SSRS) e o Inventário de Depressão Infantil (CDI).

4. 4. 1 Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças (SSRS)

O *Social Skills Rating System* (SSRS), no Brasil, identificado por Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças (SSRS), consiste em um conjunto de materiais para avaliação do repertório de habilidades sociais, além de oferecer indicadores de problemas de comportamento e de competência acadêmica para crianças de seis a 13 anos. Elaborado por Gresham e Elliott (1990), foi validado para o contexto brasileiro por Bandeira, Z.A.P. Del Prette, A. Del Prette e Magalhães (2009).

A partir dos dados do SSRS, pode-se atender a objetivos como rastreamento e diagnóstico de problemas de ajustamento psicossocial, planejamento de intervenções direcionadas a suprir déficits dessas habilidades; acompanhamento do desenvolvimento socioemocional; avaliação da efetividade de práticas e programas de intervenção com crianças, bem como a descrição de características de populações específicas de interesse (GRESHAM et al., 2016).

Freitas e Del Prette (2010) submeteram o referido instrumento ao exame de suas propriedades psicométricas a fim de verificar seus parâmetros de validade e fidedignidade e seus padrões normativos. Com base na comparação entre os resultados de uma amostra de 84 crianças com deficiência mental e de 496 crianças com desenvolvimento típico, a validade de

critério das escalas para estudantes e professores foi verificada por meio da capacidade do instrumento em detectar diferenças significativas de habilidades sociais, problemas de comportamento e competência acadêmica entre os grupos de crianças com e sem deficiência.

Segundo Gresham et al. (2016), o objetivo do SSRS é prover uma avaliação ampla dos comportamentos sociais da criança que podem afetar a relação professor-aluno, a aceitação dos companheiros e o desempenho acadêmico. Fazem parte deste instrumento três escalas para três informantes diferentes, quais sejam: a escala de Competência Acadêmica, Problemas de Comportamento e Habilidades Sociais que deve ser aplicada com o professor do avaliado; a escala de Habilidades Sociais e Problemas de Comportamento que deve ser aplicada com os pais da criança – ambas, envolvendo avaliação de frequência e importância de habilidades sociais apresentadas nos itens e a escala de Habilidades Sociais que deve ser respondida pela criança. Considerando-se os objetivos do presente estudo, optou-se por utilizar apenas a escala de autoavaliação de Habilidades Sociais para crianças.

Esta subescala é composta por 20 itens que avaliam as HS do participante a partir do escore geral e de quatro escores fatoriais, que são: F1 – Empatia/ Afetividade; F2 – Responsabilidade; F3 – Autocontrole/ Civilidade, e F4 – Assertividade. O participante deve marcar, em cada item, com qual frequência apresenta o comportamento descrito, considerando-se as seguintes pontuações: Nunca – 0, Algumas vezes – 1, e Muito Frequente – 2, variando a pontuação de zero a 40 pontos. O recorte deste estudo avaliou o escore geral do repertório de HS indicado a partir da avaliação da própria criança, bem como os escores pelos Fatores 1, 2, 3 e 4 (F1, F2, F3 e F4), descritos a seguir.

Tabela 7 - Fatores que avaliam HS no formulário de autoavaliação do SSRS

Fator	Subclasses de comportamentos relacionadas ao fator
F1 – Empatia/ Afetividade	Comportamentos que mostram interesse e respeito pelos sentimentos e pontos de vista do outro, como tentar entender como este se sente; / Comportamentos de expressão de sentimentos positivos, como demonstrar afeto e elogiar;
F2 – Responsabilidade	Comportamentos que demonstram compromisso com tarefas e regras preestabelecidas para atividades, como seguir instruções e realizar tarefas no tempo estabelecido;
F3 – Autocontrole/ civilidade	Comportamentos emitidos em situações de conflito e/ou que requerem restrição dos próprios comportamentos, como controlar irritação ou responder de forma adequada em situações de

	agressão/provocação;/ Comportamentos que atendem a normas mínimas de convívio social como pedir permissão para usar coisas alheias, usar tom de voz adequado em discussões em sala de aula;
F4 – Assertividade	Comportamentos que envolvem risco de reação indesejável do outro como relatar que está chateado ou questionar, de forma educada, regras que se considera injustas.

Fonte: Gresham et al. (2016).

4. 4. 2 Inventário de Depressão Infantil (CDI)

O Inventário de Depressão Infantil, versão brasileira do inventário original norte americano (*Children Depression's Inventory – CDI*) elaborado por Kovacs (1992) consiste em uma escala de autoavaliação destinada a identificar os sintomas de depressão em pessoas de sete a 17 anos. Comumente utilizado tanto em pesquisas brasileiras como em pesquisas estrangeiras, tem mostrado parâmetros psicométricos aceitáveis para a população brasileira (BAPTISTA; GOLFETO, 2000; CRUVINEL et al., 2008; WATHIER et al. 2008).

Na proposta de Kovacs (1992), os sintomas são avaliados a partir de 27 itens que contemplam cinco fatores, quais sejam: Humor Negativo, Problemas Interpessoais, Inefetividade, Anedonia e Auto-Estima Negativa. Cada item pode pontuar de zero a dois pontos a depender da escolha de uma das três alternativas, considerando-se 0 pontos (ausência de sintoma), 1 (presença do sintoma) e 2 (sintoma grave). Neste caso, a pontuação máxima que pode ser atingida é de 54 pontos. O ponto de corte situa-se na faixa de 16 pontos para crianças de 7 a 12 anos, e 19 pontos para a faixa etária de 13 a 17 anos (CAMPOS, 2010).

A versão de Kovács (1992) foi validada para a população brasileira por Gouveia e colaboradores (1995), sendo reduzida de 27 para 18 itens que mensuram os sintomas afetivos, cognitivos e comportamentais da depressão de modo unifatorial. Gouveia et al. (1995) definiram que o ponto de corte no CDI, no Brasil, seria 17 pontos, de modo que a criança com uma pontuação igual ou superior a 17 pontos deve receber atenção, uma vez que tal resultado indica um provável quadro depressivo.

Mais recentemente, no Brasil, no estudo de Wathier et al. (2008), a composição conservou os 27 itens e apontou em três fatores – F1, F2 e F3 – sendo eles, respectivamente: Afetivo-somático, Relação com outro, e Desempenho. A descrição conceitual de cada fator pode ser observada na Tabela 9. As autoras também estabeleceram normas por percentis para

sexo e faixa etária, seguindo o critério epidemiológico de que os indivíduos que atingem a partir do percentil 85 devem ser considerados clinicamente significativos.

Tabela 8 – Descrição conceitual dos fatores do CDI

Fator	Descrição dos itens
F1- Afetivo-somático	Itens que abordam sentimentos de tristeza, de solidão, de ser mau, bem como ter vontade de chorar, preocupações pessimistas, irritabilidade e ideação suicida; Inclui fadiga e preocupação com sentir dores ou adoecer;
F2- Relação com o outro	Itens que traduzem dificuldades em relacionar-se com os outros, falta de prazer nas atividades de diferentes contextos da vida; autodepreciação comparada, não se sentir amado e redução de interesse social;
F3- Desempenho	Itens em que há uma autoavaliação cognitiva em relação ao seu desempenho, como no rendimento escolar, na tomada de decisões, no comportamento agressivo, e culpa pelos acontecimentos ruins; inclui problemas para dormir e se alimentar.

Fonte: Wathier et al. (2008).

Em geral, durante a aplicação do instrumento, solicita-se ao participante que marque com um X a alternativa que melhor descreve seu modo de pensar, agir ou sentir considerando as últimas duas semanas, devendo ser assinalada apenas uma única alternativa. “Exemplo de um item desse inventário: “Eu fico triste de vez em quando; Eu fico triste muitas vezes; Eu estou sempre triste”.” (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2008, p. 579).

Considerando-se que características como sexo e idade afetam a pontuação dos indivíduos neste instrumento, Abaid e Dell’Aglío (2016) recomendam que se atente para as normas válidas a esse respeito. Entendendo-se a pertinência do estudo de Wathier et al. (2008) – que teve amostra composta por 951 participantes (56,8% meninas e 43,2%, meninos), entre sete e 17 anos, que feito a partir de uma análise fatorial exploratória do CDI em 27 itens, encontrou uma solução aceitável de três fatores que explicaram 31,89% da variância das respostas – a metodologia do presente trabalho, pois, utilizou-se de suas tabelas normativas.

4.5 Procedimento de coleta de dados

Inicialmente, foi feita uma solicitação para a coordenação da escola mediante carta de apresentação da pesquisa. Havendo aprovação da instituição, a pesquisadora submeteu o projeto ao CEP/CONEP por meio da Plataforma Brasil para obtenção do parecer para realização

de pesquisas com humanos. Na sequência, foi feito o convite para as crianças, bem como foram introduzidos, de forma geral, os objetivos da pesquisa. As mesmas levaram para casa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi assinado pelos pais.

Após o recolhimento do TCLE assinado pelos pais, a pesquisadora apresentou para cada criança um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para que a mesma também autorizasse a utilização dos seus dados no estudo. A aplicação foi conduzida em sala de forma coletiva, mediante verbalizações das instruções de cada instrumento.

4.6 Procedimentos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (CEP/UFMA), sob o parecer de nº 3.643.385. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pode ser visto no Apêndice A, bem como o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido pode ser visto no Apêndice B. Após a finalização da coleta e análise dos dados, a pesquisadora organizou os resultados para devolutiva à gestão da escola. Uma palestra tratando sobre habilidades sociais e depressão na infância será ministrada aos pais.

4.7 Procedimentos de análise dos Dados

Para análise estatística dos dados, foi utilizado o programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 25.0. Os dados relativos a sexo, séries de ensino e os escores gerais e fatoriais obtidos de cada participante foram digitados em uma planilha (no programa *Excel*) e depois, transportados para o SPSS para realização das análises.

Quanto ao SSRS, para interpretação dos escores gerais e por fatores, utilizou-se as tabelas normativas estabelecidas para cada sexo. Nos resultados da aplicação com a escala utilizada, deve constar a indicação dos itens em que a criança apresenta escores acima ou abaixo do intervalo médio da amostra de referência. Foram consideradas as seguintes localizações para as pontuações nos escores gerais e por fatores (GRESHAM et al., 2016): Percentis 1 a 25 – faixa inferior à faixa mediana de percentis (indicativa de repertório deficitário de HS); percentis 30 a 70 – faixa mediana de percentis (indicativa de bom repertório de HS, dentro da média da amostra normativa); percentis 75 a 100 – faixa superior à faixa mediana de percentis (indicativa de repertório muito elaborado).

Para interpretação dos escores gerais do CDI, foram utilizadas normas por percentis para sexo e faixa etária (WATHIER et al. 2008). Foram destacadas as seguintes localizações: percentis 1 a 80 – faixa para indivíduos abaixo do percentil indicativo de população clinicamente significativa; e percentis 85 a 100 – faixa para indivíduos que devem ser considerados clinicamente significativos. Quanto aos escores por fatores do CDI, foram considerados significativos os desempenhos que localizaram os indivíduos acima do percentil 95, conforme Bertola (2019) – melhorar explicação “isto não está previsto no manual – escores 2 desvios acima equivaleriam ao percentil 95 – foge à média”.

Realizou-se análises estatísticas descritivas a partir do cálculo do escore total pelo somatório dos valores de todos os indicadores de frequência dos instrumentos. Posteriormente, para verificar as relações entre variáveis, foram feitas análises estatísticas inferenciais de correlações (*Spearman*) entre os escores dos diferentes instrumentos (escores gerais e escores por fatores). Foi computado o tamanho dos efeitos das correlações, considerando-se o seguinte critério (FIELD, 2014): fracas = abaixo de 0,3; moderadas = de 0,3 a 0,5; fortes = de 0,5 a 1,0. Para as análises de comparação entre sexos, foi utilizado o Teste de *Mann-Whitney*. Foi adotado o valor de significância de 95% ($p < 0,05$).

5 RESULTADOS

Os dados apresentados nesta seção referem-se às análises descritivas e inferenciais. Para melhor compreensão do leitor, os resultados serão apresentados na seguinte ordem: (1) Resultados por escore geral e por fatores do SSRS; (2) Resultados por escore geral e por fatores do CDI; (3) Correlações não paramétricas por escores gerais e por fatores dos instrumentos, e (4) Comparações entre os grupos.

5.1 Resultados por escore geral e por fatores do SSRS

A Tabela 9 apresenta os dados do escore geral da escala de autoavaliação do SSRS para o Grupo 1 (G1, amostra do sexo feminino) e para o grupo 2 (G2, amostra do sexo masculino).

Tabela 9 – Percentis por escores gerais do SSRS para o G1 e G2

Gênero feminino		Dados normativos	Gênero masculino	
Frequência Absoluta	Frequência relativa		Frequência Absoluta	Frequência relativa
12	44,4%	Faixa inferior à faixa mediana de percentis	5	26,3%
8	29,6%	Faixa Mediana	11	57,9%
7	25,9%	Faixa superior à faixa mediana de percentis	3	15,9%

Fonte: autoria própria (2019).

É possível observar na Tabela 9 que 44,4% do grupo do sexo feminino da amostra apresenta localização no percentil indicativo de repertório deficitário de habilidades sociais, e 25,9% do G1 localiza-se na faixa indicativa de repertório muito elaborado, indicando recursos interpessoais altamente satisfatórios para o escore geral. Do mesmo modo, é possível observar que apenas 26,3% do grupo 2 apresenta repertório deficitário de habilidades sociais, enquanto os 15,9% restante do grupo apresenta pontuação indicativa de repertório altamente elaborado.

A Tabela 10 mostra a localização do G1 em termos de percentis para os fatores 1, 2, 3 e 4 do SSRS – F1: Empatia/ Afetividade, F2: Responsabilidade, F3: Autocontrole/civilidade e F4: Assertividade, respectivamente.

Tabela 10 - Percentis por escores nos fatores do SSRS para o G1

Dados normativos	Fatores do SSRS	Frequência	
		Absoluta	Relativa
Faixa inferior à faixa mediana de percentis	Fator 1	11	40,7%
	Fator 2	15	55,6%
	Fator 3	6	22,2%
	Fator 4	9	33,3%
Faixa Mediana	Fator 1	11	40,8%
	Fator 2	8	29,6%
	Fator 3	14	51,9%
	Fator 4	9	33,3%
Faixa superior à faixa mediana de percentis	Fator 1	5	18,5%
	Fator 2	4	14,8%
	Fator 3	7	25,9%
	Fator 4	9	33,3%

Fonte: autoria própria (2019).

A partir da tabela acima, pode-se destacar que quanto ao quarto fator (Assertividade), observa-se que as localizações são equilibradas, de modo que cada terço da amostra ocupa um faixa de percentis. Assim, o fator assertividade foi o que contou com maior parte do G1 na faixa indicativa para repertório muito elaborado desta HS. Observa-se que, quanto ao segundo fator (Responsabilidade), 55,6% do G1 localiza-se na faixa de percentil indicativa de repertório deficitário da habilidade Responsabilidade, enquanto apenas 14,8% do grupo apresenta repertório elaborado da habilidade avaliada.

Dando seguimento às descrições, a Tabela 11 mostra os percentis por escores do grupo do sexo masculino para os fatores 1, 2, 3 e 4 do SSRS.

Tabela 11– Percentis por escores nos fatores do SSRS para o G2.

Dados normativos	Fatores do SSRS	Frequência	
		Absoluta	Relativa
Faixa inferior à faixa mediana de percentis	Fator 1	8	42,1%
	Fator 2	7	36,8%
	Fator 3	9	47,4%
	Fator 4	3	15,8%
Faixa Mediana	Fator 1	8	42,1%
	Fator 2	9	47,4%
	Fator 3	7	36,8%
	Fator 4	13	68,4%
Faixa superior à faixa mediana de percentis	Fator 1	3	15,8%
	Fator 2	3	15,8%
	Fator 3	3	15,8%
	Fator 4	3	15,8%

Fonte: autoria própria (2019).

A Tabela acima pontua que o fator com maior porcentagem do grupo na faixa inferior à faixa mediana de percentis foi o fator 3 (autocontrole/ civilidade), com 47,4% (9

participantes). Não houve nenhum fator com porcentagem maior localizada na faixa acima da faixa mediana de percentis, de modo que 15,8% dos meninos (3 participantes) obteve esta localização no F1, F2, F3 e F4.

5.2 Resultados por escore geral e por fatores do CDI

Conforme descrito no início desta seção, partir deste ponto, serão apresentados os resultados por escore geral e por fatores do CDI. No que se refere aos resultados por escore geral do CDI para o G1 e para o G2, os dados podem ser observados na Tabela 12.

Tabela 12 – Resultados por escores gerais do G1 e do G2 para o CDI.

Gênero feminino		Dados normativos	Gênero Masculino	
Frequência Absoluta	Frequência Relativa		Frequência Absoluta	Frequência relativa
18	66,7%	Faixa para indivíduos não considerados clinicamente significativos	15	78,9%
9	33,3%	Faixa para indivíduos clinicamente significativos	4	21,1%

Fonte: autoria própria (2019).

Os dados da Tabela 12 apontam que a maioria dos participantes do G1 apresentaram escores não considerados clinicamente significativos – 18 participantes, 66,7% - enquanto 9 participantes (33%) encontram-se na faixa de indivíduos clinicamente significativos. Quanto ao grupo do sexo masculino, a maioria (78,9%, 15 participantes) também encontra-se fora da faixa de rastreio de quadro depressivo.

A Tabela 13 descreve os percentis a partir dos escores do G1 para os fatores 1, 2 e 3 do CDI – F1: Afetivo-somático, F2: Relação com o outro, F3: Desempenho, respectivamente.

Tabela 13 – Percentis por escores do G1 para os fatores 1, 2 e 3 do CDI

Dados normativos	Fatores do CDI	Frequência	
		Absoluta	Relativa
Faixa inferior ao percentil 95	Fator 1	26	96,3%
	Fator 2	27	100%
	Fator 3	27	100%
Faixa para desempenho significativo	Fator 1	1	3,7%
	Fator 2	0	0%
	Fator 3	0	0%

Fonte: autoria própria (2019).

De acordo com a tabela acima, nota-se que o G1 localizou-se na faixa inferior à faixa para desempenho significativo nos fatores 1 e 2, sendo que apenas uma (3,7%) participante atingiu a faixa superior ao percentil 95 no fator 3 (Desempenho).

Os resultados obtidos pelo grupo 2 (G2) para escores fatoriais do CDI podem ser vistos na tabela 14.

Tabela 14 – Percentis por escores do G2 para os fatores 1, 2 e 3 do CDI

Fatores do CDI	Frequência		Dados normativos
	Absoluta	Relativa	
Fator 1 - Afetivo-somático	18	94,7%	Faixa inferior ao percentil 95
Fator 2 - Relação com o outro	18	94,7%	
Fator 3 - Desempenho	18	94,7%	
Fator 1 - Afetivo-somático	1	5,3%	Faixa para desempenho significativo
Fator 2 - Relação com o outro	1	5,3%	
Fator 3 - Desempenho	1	5,3%	

Fonte: autoria própria (2019).

Pela tabela supracitada, observa-se que as posições para cada fator são equilibradas. Deste modo, 94,7% do grupo localizou-se na Faixa inferior ao percentil 95 para todos os fatores.

5.3 Quanto às correlações não paramétricas por escores gerais

Uma outra análise que foi realizada considerando os objetivos do estudo foi a de correlações não paramétricas entre escores gerais dos instrumentos. As análises estatísticas de correlações (*Spearman*) podem ser vistos na Tabela 15.

Tabela 15 – Correlações entre os escores gerais do SSRS e do CDI

SSRS TOTAL	Coeficiente de Correlação	SSRS TOTAL	CDI TOTAL
		1.000	-0.248
	Significância	0.00	0.097

Fonte: autoria própria (2019).

A locução SSRS TOTAL corresponde ao escore geral da amostra no SSRS, enquanto o termo CDI TOTAL corresponde ao escore geral do grupo no CDI. A tabela acima

indica que não houve correlação significativa entre os escores gerais do SSRS e do CDI para o total da amostra.

5.4 Quanto às correlações não-paramétricas por escores fatoriais

Também foram realizadas análises estatísticas inferenciais de correlações (*Spearman*) entre os escores de cada fator dos instrumentos. As siglas CDIF1, CDIF2, CDIF3 correspondem aos fatores 1, 2 e 3 do CDI respectivamente. Na mesma ordem, os temas SSRSF1, SSRSF2, SSRSF3 e SSRSF4 referem-se aos fatores 1, 2, 3 e 4 do SSRS.

Tabela 16 - Correlações entre os escores fatoriais dos instrumentos

		CDIF1	CDIF2	CDIF3
SSRSF1	Coefficiente de Correlação	-.280	-.220	-.025
	Significância	.060	.143	.867
SSRSF2	Coefficiente de Correlação	-.105	-.321*	-.244
	Significância	.488	.030	.102
SSRSF3	Coefficiente de Correlação	-.079	-.110	.127
	Significância	.601	.465	.399
SSRSF4	Coefficiente de Correlação	-.102	-.181	.041
	Significância	.501	.229	.788

Fonte: autoria própria (2019).

*Correlação significativa (ao nível de $p=0,05$).

Na tabela 16, pode-se observar que foi encontrada uma correlação moderada, negativa e significativa entre o Fator 2 do CDI (Relação com o outro) e o fator 2 do SSRS (Responsabilidade) no valor de $-0,32$ ($p=0,03$).

5.5 Postos médios dos grupos

Para calcular as diferenças entre os grupos, foi realizado o teste de *Mann-Whitney* que comparou as medianas do G1 (27 meninas) e do G2 (19 meninos) para os escores gerais e por fatores de cada instrumento. As tabelas 17 e 18 descrevem os postos dos grupos para os escores gerais e escores por fatores do SSRS, e para os escores gerais e por fatores do CDI, respectivamente.

Tabela 17 – Postos do G1 e G2 no SSRS

	Gênero	N	Posto médio
SSRSTOTAL	Feminino	27	25.09

SSRSF1	Masculino	19	21.24
	Feminino	27	25.94
SSRSF2	Masculino	19	20.03
	Feminino	27	22.13
SSRSF3	Masculino	19	25.45
	Feminino	27	25.72
SSRSF4	Masculino	19	20.34
	Feminino	27	24.61
	Masculino	19	21.92

Fonte: autoria própria (2019).

Tabela 18 – Postos do G1 e G2 no CDI

	Gênero	N	Posto Médio
CDITOTAL	Feminino	27	26.26
	Masculino	19	19.58
CDIF1	Feminino	27	24.24
	Masculino	19	22.45
CDIF2	Feminino	27	25.96
	Masculino	19	20.00
CDIF3	Feminino	27	27.19
	Masculino	19	18.26

Fonte: autoria própria (2019).

De modo geral, observa-se que as pontuações são maiores em todos os escores para o grupo de meninas, exceto no fator 2 do SSRS (aqui descrito como SSRSF2).

5.6 Diferenças entre os grupos para os postos dos instrumentos

A seguir, são descritas as diferenças entre os grupos 1 e 2 (verificados por meio do teste de Mann-Whitney) para cada instrumento em termos de escore geral e por fatores, bem como sua significância.

Tabela 19 – Diferenças entre G1 e G2 no SSRS

	CDIF1	CDIF2	CDIF3	CDITOTAL
U de Mann-Whitney	236.500	190.000	157.000*	182.000
Significância	0.651	0.132	0.025	0.095

Fonte: autoria própria (2019).

*Diferença significativa (ao nível de $p=0,05$).

Tabela 20 – Diferenças entre G1 e G2 no CDI

	SSRSF1	SSRSF2	SSRSF3	SSRSF4	SSRSTOTAL
U de Mann-Whitney	190.500	219.500	196.500	226.500	213.500
Significância	0.136	0.403	0.176	0.493	0.336

Fonte: autoria própria (2019).

A tabela 19 mostra diferença significativa entre G1 e G2 para o fator 3 do CDI, aqui identificado por CDIF3 ($p= 0, 02$). Por outro lado, a tabela 20 pontua que não há diferença significativa entre os grupos quanto aos escores obtidos no SSRS.

6 DISCUSSÃO

Inicia-se esta seção resgatando o objetivo geral deste estudo que foi analisar o repertório de habilidades sociais e padrões de comportamento depressivos na infância. Neste sentido, obteve-se os escores gerais e por fatores da amostra em cada instrumento para os dois grupos, G1 (sexo feminino) e G2 (sexo masculino), procedeu-se a análise dos dados, e, agora, será feita a discussão dos mesmos.

A caracterização da amostra quanto ao repertório de habilidades sociais dos grupos mostrou que 55,5% (15) das meninas localizaram-se entre a faixa mediana de percentis e a faixa indicativa de repertório altamente elaborado de HS, ao passo que 84,9% (14) dos meninos alcançaram estas faixas. Assim, tem-se que 26,3% do G2 apresentaram repertório deficitário de habilidades sociais, enquanto 44,4% do grupo de meninas localizaram-se na faixa inferior à faixa mediana de percentis, indicando pobre repertório das habilidades avaliadas.

O dado supracitado chama atenção pois indica que 44,4% do G1 (12 participantes) possuem indicação de Treino de Habilidades Sociais, com fins a ajustamento social e acadêmico. Ao considerar a relevância das HS na infância para o desenvolvimento sócio-emocional e melhor qualidade de vida, pode-se citar a proposta de THS com escolares apresentada por Falcão et al. (2016). O estudo de intervenção que foi desenvolvido em sessões - envolvendo descrição de HS, elaboração de análises funcionais junto às crianças, *role-playing* de situações, discussão de situações do cotidiano etc. - promoveu habilidades sociais infantis e reduziu problemas de comportamento na amostra, apontando para a importância desta aquisição logo nas etapas iniciais do desenvolvimento.

Entendendo-se que a criança precisa aprender os desempenhos socialmente esperados e valorizados culturalmente para seu gênero e idade, em diferentes contextos e a partir dos papéis que assume, segundo Del Prette e Del Prette (2013), a análise das HS precisa articular fatores pessoais, da situação e da cultura em que o indivíduo esteja inserido. Considerando-se a faixa etária da presente amostra para o sexo feminino (7 a 13 anos), segundo a hipótese dos autores, entende-se que o G1 está situado numa fase do desenvolvimento em que é esperado que a exposição a condições ambientais permitam a aquisição dessas habilidades, desde que hajam processos de aprendizagem como modelação, instrução e consequenciação, já que as HS não são inatas, mas aprendidas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017a). Neste caso, chama-se atenção para a necessidade de pais, professores e pessoas do convívio atentarem para a exposição a contingências favoráveis ao desenvolvimento destes repertórios.

Em análise mais minuciosa, a habilidade que teve maior porcentagem de meninas acima da faixa mediana de percentis e, portanto, com indicadores de repertório altamente elaborado, foi a habilidade avaliada pelo fator 4, qual seja, o Fator assertividade (33,3%). Este Fator corresponde a classes de comportamentos que envolvem risco de reação indesejável do outro como relatar que está chateado ou questionar, de forma educada, regras que se considera injustas (GRESHAM et al., 2016). Já quanto a localizações inferiores, nas habilidades avaliadas pelo fator 2 (responsabilidade), obteve-se uma porcentagem maior do G1 na faixa inferior à faixa mediana de percentis (55,6% – 15 participantes), sugerindo um pobre repertório desta classe de comportamentos. Os itens deste fator descrevem comportamentos que demonstram compromisso com tarefas e regras preestabelecidas para atividades, como seguir instruções e realizar tarefas no tempo estabelecido (GRESHAM et al., 2016) – subclasses que versam sobre o ajustamento social, e logo, importantes para a produção de reforço social (PARACAMPO et al., 2012).

Os achados deste estudo quanto aos dados destes fatores permitem sugerir a hipótese de que as respondentes do sexo feminino, provavelmente, vivenciam mudanças culturais quanto aos padrões esperados para seu gênero. A perceptível movimentação contemporânea de reforçamento de padrões assertivos para as mulheres em diversas faixas etárias podem manter relação com a diminuição de um padrão de passividade, podendo, até mesmo, desenvolver-se dificuldades em seguir regras, já que a habilidade de enfrentamento assertivo pode proteger as crianças contra a submissão “à vontade dos outros colegas e de adultos” (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2013, p.177).

Pela comparação entre as medianas dos grupos, pôde-se observar que o grupo do sexo feminino pontuou mais nos escores relativos às habilidades sociais, o que condiz com diversos estudos, que ao avaliarem o desenvolvimento de HS na infância e características sociodemográficas, mostraram escores mais altos para o sexo feminino (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009; BANDEIRA et al., 2006; BOLSONI-SILVA et al., 2013). No estudo de Del Prette e Del Prette (2009), por exemplo (com 1172 participantes, sendo 590 do sexo feminino), o grupo de meninas alcançou escores mais altos nos indicadores de frequência, e menores nos indicadores de dificuldade quando de uma avaliação de seu repertório de HS. Os autores concluíram que as meninas tendem a entrar para a adolescência com um repertório mais elaborado dessas habilidades que os meninos, de modo que estes precisam alcançar mais aquisições durante a adolescência.

Para o grupo do sexo masculino, não houve nenhum fator com porcentagem maior localizada na faixa de percentis indicativa de repertório altamente elaborado, de tal forma que 15,8% dos meninos (3 participantes) obtiveram esta localização no F1, F2, F3 e F4. Os escores por fatores do SSRS do G2 mostraram que o fator com maior porcentagem do grupo na faixa inferior à faixa mediana de percentis foi o fator 3 (autocontrole/ civilidade), com 47,4% (9 participantes).

O fator menos pontuado pelo G2 agrupa itens que descrevem comportamentos emitidos em situações de conflito e/ou que requerem restrição dos próprios comportamentos, como controlar irritação ou responder de forma adequada em situações de agressão, provocação, comportamentos que atendem a normas mínimas de convívio social como pedir permissão para usar coisas alheias, usar tom de voz adequado em discussões em sala de aula (GRESHAM et al., 2016). Assim, parece haver relação entre este achado e alguns estudos, como quando se diz que os padrões adotados por meninos estão mais relacionados a comportamentos não assertivos/agressivos (VINCENTIN, 2009); quando se tem que esses apresentam mais comportamentos do tipo externalizantes (BOLSONI-SILVA et al., 2006), e quando se afirma que os meninos tendem a uma trajetória de comportamentos externalizantes que podem se estender da infância à adolescência (BONGERS et al., 2004).

Quanto aos padrões de depressão na infância, observou-se que enquanto o grupo de meninos teve parcela de 21,1% (4 participantes) acima do percentil 85 (ou seja, devem ser considerados clinicamente significativos), 33,3% das meninas (9 participantes) atingiram esta faixa de percentis. Neste caso, o presente estudo avaliza a colocação de alguns autores como: Wathier et al. (2008) segundo os quais, as meninas apresentam mais sintomas depressivos que os meninos; Marturano et al. (2005), que constatou que meninas apresentam mais classificações clínicas para problemas de internalização (como síndromes ansiedade e depressão); Dekker et al. (2007) que inferiram que as meninas são mais propensas a uma trajetória crônica de depressão (que pode ser iniciada na infância); Aube et al. (2000), cuja pesquisa concluiu que pessoas do sexo feminino têm mais chances de ficarem deprimidas, sendo que tal diferença pode ser observada logo na adolescência; e Batista et al. (2017) que verificaram que, quando da expressão de sintomas depressivos, as meninas apresentam mais comportamentos de tristeza, o humor baixo / triste, o desejo de chorar e o próprio choro.

Para Aube et al. (2000), uma explicação para esse achado é que as práticas de socialização de gênero podem promover o desenvolvimento de um estilo interpessoal depressogênico em meninas. Especificamente, a socialização feminina tradicional pode ensinar

as meninas a sacrificarem suas próprias necessidades a serviço de cuidar dos outros e inibir a expressão de seus próprios pensamentos e preferências em seus relacionamentos.

No que se refere às correlações entre os escores gerais em cada instrumento para o total da amostra, tem-se que não houve correlação significativa entre os escores gerais do SSRS e do CDI. A literatura, porém, vem mostrando relação entre os fenômenos habilidades sociais e depressão (LEWINSOHN, 1986; FERNANDES et al. 2012; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2013; BOLSONI-SILVA; LOUREIRO, 2017).

Neste caso, é importante retomar a ideia de que a autoavaliação na infância pode ser difícil, pois prescinde de uma automonitoria associada a processos sociocognitivos que podem não estar suficientemente desenvolvidos nesta etapa (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005). Aqui, algumas dificuldades dos respondentes podem ser pontuadas, como: a) quanto ao entendimento da redação de itens dos dois instrumentos; b) restrições pessoais para autoavaliação quanto a assuntos como tristeza, suicídio e isolamento (presentes nos itens do CDI). Em especial, o item 9 do *Children's Depression Inventory* que traz as assertivas “*Eu não penso em me matar/ Eu penso em me matar, mas não o faria/ Eu quero me matar*” precisou ser explicado individualmente para alguns respondentes, com aparente comportamento de fuga/esquiva diante de tais assuntos. Outra hipótese pode ser a pouca exposição a situações que instruem sobre comportamentos internalizantes e/ou a ausência de espaços em sala de aula para psicoeducação, que neste caso, podem promover dificuldades na resolução de instrumentos que avaliem padrões depressivos e, até mesmo, incidir sobre o resultado de pesquisas.

Por outro lado, para o teste envolvendo os fatores de cada instrumento (CDIF1, CDIF2, CDIF3, SSRSF1, SSRSF2, SSRSF3, SSRSF4), foi verificada uma correlação negativa, moderada e significativa entre o Fator 2 do CDI (Relação com o outro) e o fator 2 do SSRS (Responsabilidade) no valor de -0,32 ($p=0,03$). O fator 2 do CDI (relação com o outro) agrupa itens relacionados aos comportamentos ligados a dificuldades em relacionar-se com os outros, falta de prazer nas atividades de diferentes contextos da vida; autodepreciação comparada, não se sentir amado e redução de interesse social (WATHIER et al., 2008). No caso de uma comparação conceitual com o fator 2 do SSRS (Responsabilidade), observa-se que um fator corresponderia ao oposto do outro – o que poderia explicar a correlação encontrada pelo teste.

Assim, o estudo permite inferir que, quanto mais habilidades em relação a comportamentos que demonstram compromisso com tarefas e regras preestabelecidas para atividades (como seguir instruções e realizar tarefas no tempo estabelecido), menores

dificuldades em classes de comportamento que envolvam interações com pares. Tal achado corrobora com o próprio conceito de depressão usado no presente estudo, segundo o qual, o indivíduo em padrões depressivos apresenta comprometimento em seu funcionamento social, podendo ter a qualidade de suas relações diminuída (APA, 2014), bem como reafirma a hipótese de que um repertório socialmente habilidoso tem sido considerado um fator de proteção para o surgimento e/ou manutenção de padrões de depressão (DOZOIS; DOBSON, 2004; LEME; BOLSONI-SILVA, 2010; FERNANDES et al., 2012; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2013).

Na comparação entre sexos, a única diferença significativa verificada entre as medianas de G1 e G2 foi para o Fator 3 do CDI ($p= 0,02$), qual seja, Desempenho. Este fator reúne itens em que há uma autoavaliação cognitiva em relação à performance do participante em questões como o rendimento escolar, a tomada de decisões, o comportamento agressivo, e culpa pelos acontecimentos ruins. Também inclui problemas para dormir e para se alimentar (WATHIER et al., 2008). O G1 apresentou posto médio maior para este fator, embora nenhuma porcentagem deste grupo tenha atingido percentil acima de 95 para esta subescala.

Para discutir o resultado acima, pode-se lançar mão de alguns estudos. Para Luby et al. (2014), por exemplo, a diferença entre meninos e meninas na expressão de sintomas depressivos tem a ver com a socialização, bem como se tem que práticas educacionais podem colocar as meninas diante de mais estressores e, até mesmo, favorecer o desenvolvimento de padrões depressivos (GIRGUS, 2015). Pode-se citar também o estudo de Fonseca et al. (2005), no qual, o grupo de meninas teve pontuação significativa em itens do CDI envolvendo baixa autoestima e visão pessimista de si mesmo em relação ao futuro.

Os dados encontrados a partir da diferença entre os grupos para essa classe de comportamentos parecem apontar para a influência cultural que estabelece padrões esperados e valorizados em diferentes contextos, para cada idade e gênero. Neste caso, o reforço de comportamentos internalizantes, bem como as cobranças de melhor desempenho em contextos diversos para o sexo feminino parecem favorecer uma percepção dos próprios comportamentos que gerem escores maiores na autoavaliação sobre dificuldades nesse fator.

Em suma, embora considerando-se que nenhum instrumento, procedimento, ou informante acessa todos os indicadores do desempenho social, nem está totalmente livre de vieses (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2013) os resultados das autoavaliações da amostra revelaram dados que merecem atenção. Assim, foram verificadas correlações significativas e inversas entre habilidades sociais e depressão, visto que a classe de habilidades sociais de

Responsabilidade se correlacionaram negativamente com o fator Relação com o outro do CDI de modo significativo ($\rho = -0,32$), bem como o teste de Mann-Whitney mostrou diferença significativa entre os grupos para o fator Desempenho do CDI ($p = 0,02$).

Conclui-se que mesmo considerando a indicação de que a avaliação do repertório de habilidades sociais deve ser feita de forma multimodal (o que significa uma avaliação completa, com diversos instrumentos e informantes), os objetivos deste estudo foram alcançados. Deste modo, permite-se estabelecer links entre a associação de variáveis (estudos não experimentais) e propostas de intervenção (estudos experimentais e aplicados) para essa amostra.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Habilidades sociais vem sendo consideradas como fatores de proteção para diversos transtornos e para a instalação de problemas de comportamento. Assim, a avaliação dessas habilidades ainda na infância é imprescindível na medida em que permite a identificação de déficits e, conseqüentemente, auxilia na intervenção envolvendo ensino, aprendizagem e aprimoramento destes comportamentos. De igual modo, se entende que a detecção precoce de padrões depressivos pode evitar o desenvolvimento de quadros graves, que possam resultar em prejuízos no funcionamento acadêmico e social durante a infância, ou se estender à adolescência e à fase adulta.

Esperava-se, pois, que ao correlacionar os escores gerais dos instrumentos, seriam encontradas correlações significativas. O presente estudo, porém, verificou correlação significativa (negativa e moderada) entre os escores avaliados pelos fatores Responsabilidade (SSRSF2) e Relação com o outro (CDIF2). Neste caso, constatou-se relação entre comportamentos que envolvem risco de reação indesejável do outro (como relatar que está chateado ou questionar, de forma educada, regras que se considera injustas), e o padrão depressivo de comportamentos ligados a dificuldades em relacionar-se com os outros, falta de prazer nas atividades de diferentes contextos da vida; autodepreciação comparada, não se sentir amado e redução de interesse social. Deste modo, corrobora-se que a aquisição dessas habilidades pode proteger a criança de padrões relacionados à depressão, figurando as HS um importante indicador de saúde psicológica.

Também esperava-se encontrar diferenças significativas entre os grupos do gênero masculino e do gênero feminino quanto aos escores gerais no CDI e no SSRS, mas os escores no fator Desempenho (CDIF3) foram os que apresentaram esta diferença quando das comparações entre os grupos. De todo modo, a pesquisa implicou na caracterização da amostra quanto ao repertório de HS a partir da autoavaliação pelos escolares, bem como identificou indivíduos que prescindem de atenção clínica quanto a topografias características da depressão.

As divergências entre os achados deste estudo e algumas pontuações da literatura podem, então, fazer menção de algumas limitações encontradas, como os grupos de faixas etárias que eram limitados. A dificuldade dos alunos quanto à leitura de um modo geral também foi notada e, especialmente da redação dos itens – o que pode ter influenciado sua compreensão. Alguns escolares pareceram apresentar esquivas de assuntos relacionados a comportamentos depressivos, como questões sobre o suicídio – o que pode estar ligado à ausência de exposição

a temáticas afins no ambiente escolar. Estigmas relacionados à depressão puderam ser sinalizados tanto entre os alunos quanto entre alguns pais que se recusaram a assinar o TCLE. De um modo geral, o tamanho da amostra é considerado pequeno para se fazer inferências, podendo-se considerar seu caráter exploratório.

Para novos estudos, sugere-se a validação de instrumentos para subculturas, como para crianças da região nordeste – especialmente, instrumentos de rastreio de depressão para faixas etárias menores com escalas específicas para faixas estas etárias. Estudos de correlação com amostras maiores e com mais grupos de faixas etárias, também são sugeridos, bem como aponta-se para a necessidade de mais informantes de modo a haver aproximação de uma avaliação multimodal dos construtos investigados. Este tipo de avaliação poderia produzir resultados mais precisos dos déficits e recursos deste público em termos de HS, bem como sanaria o baixo repertório de autodescrição de crianças quanto à avaliação dos dois fenômenos analisados.

Considera-se a promoção precoce de habilidades sociais como uma importante estratégia de intervenção tanto em contextos clínicos como educacionais. Ressalta-se, portanto, a relevância de estudos que permitam estimar esse repertório, e, assim, elencar ações que possam promover sua aquisição.

Destarte, pôde-se sistematizar dados acerca da relação entre HS e depressão na população infantil e, mais especificamente, na população infantil da Região Metropolitana de São Luís, preenchendo lacunas teóricas e metodológicas e ampliando possibilidades de novas investigações. Toma-se, pois, como fundamental a continuidade das reflexões sobre a relação existente entre estas variáveis em crianças tanto na população clínica como na não clínica. Assim, pode-se instrumentalizar profissionais na promoção um trabalho de avaliação, prevenção, e intervenções eficazes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABAID, J. L.; DELL 'AGLIO, D. D. Inventário de Depressão Infantil (CDI). In: GORENSTEIN, C.; WANG, Y.; HUNGERBURHLER (Org.). Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental. Porto Alegre: Art Med, p. 340-345, 2016

ABRAMOVITH, S.; ARAGÃO, L. Depressão na infância e adolescência. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 10, n. 2, p. 41-16, 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

AUBE, J.; FICHMAN, L., SALTARIS, C.; KOESTNER, R. Gender differences in adolescent depressive symptomatology: Towards an integrated socialdevelopmental model. **Journal of Social and Clinical Psychology**, v.19, p. 297-313, 2000. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/270540788_Gender_Differences_in_Adolescent_Depressive_Symptomatology_Towards_an_Integrated_Social-Developmental_Model. Acesso em 25 nov. 2019.

AVANCI, J. Q.; ASSIS, S. G.; PESCE, R. P. **Depressão em crianças: uma reflexão sobre crescer em meio à violência**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES/CNPq, 2008.

ALVARENGA, P.; WEBER, L. N.; BOLSONI-SILVA, A. T. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v.18, n. 1, p. 4-21, 2016.

BAHLS, S-C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**, v. 78, n.5, p. 359-366, 2002a.

BAHLS, S-C. Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. **Interação**, v. 3, p. 49-60, 1999.

BAHLS, S-C. Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n.2, p.63-67, 2002b.

BANACO, R. A.; ZAMIGNANI, Z. R. COSTA, C. R.; DANTAS, M. R. Modelos Experimentais da Depressão. In: BITTENCOURT, A. C.; NETO, E. C.; ARARIP, N. B. (Orgs.). **Depressão: psicopatologia e terapia analítico comportamental**. Curitiba: Juruá, 2015, p. 37-53.

BANDEIRA, M. Avaliando a competência social de pacientes psiquiátricos: questões conceituais e metodológicas. In: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. (Orgs.) **Habilidades sociais: desenvolvimento e aprendizagem**. Campinas, SP: Alinea, 2003. p. 207-234.

- BANDEIRA, M., DEL PRETTE, Z. A. P., DEL PRETTE, A.; MAGALHÃES, T. Escala de avaliação das habilidades sociais de estudantes do ensino fundamental, SSRS-BR: Validação transcultural para o Brasil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 2, p. 271-282, 2009.
- BANDEIRA, M.; ROCHA, S. S.; FREITAS, L. C.; DEL PRETTE, Z.; DEL PRETTE, A. Habilidades sociais e variáveis sociodemográficas em estudantes do ensino fundamental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 541-549, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n3/v11n3a09.pdf>. Acesso em 14 set. 2019.
- BAPTISTA, C. A.; GOLFETO, J. H. Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 253-256, 2000.
- BAPTISTA, M. N.; BORGES, L.; SERPA, A. L. O. Gender and Age-related Differences in Depressive Symptoms among Brazilian Children and Adolescents. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 27, n. 68, p. 290-297, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2017000300290&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 27 jul. 2019.
- BAPTISTA, M. N.; OLIVEIRA, A. A. Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 14, n.3, p. 53-59, 2004.
- BARBOSA, G. A.; LUCENA, A. Depressão infantil. **Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência**, v. 3, p. 23-30, 1995.
- BARRETO, S. O.; FREITAS, L. C.; DEL PRETTE, Z. A. P. Habilidades sociais na comorbidade entre dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento: uma avaliação multimodal. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 4, p. 503-510, 2011. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/7593/7457>. Acesso em 27 nov. 2019.
- BERTOLA, L. **Piscometria e estatística aplicadas à neuropsicologia clínica**. São Paulo: Pearson Clinical Brasil, 2019.
- BOLSONI-SILVA, A. T.; DEL PRETTE, A. Problemas de comportamento: um panorama da área. **Revista Brasileira de terapia comportamental e cognitiva**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 91-103, 2003. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452003000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 04. ago. 2019.
- BOLSONI-SILVA, A. T.; GUERRA, B. T. O impacto da depressão para as interações sociais de universitários. **Estudos e pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-452, 2014.

BOLSONI-SILVA, A. T.; LOUREIRO, S. O Impacto das Habilidades Sociais para a Depressão em Estudantes Universitários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 4, p. 1-8, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v32n4/1806-3446-ptp-32-04-e324212.pdf>. Acesso em 30 nov. 2019.

BOLSONI-SILVA, A. T.; LOUREIRO, S. Social Skills of Undergraduates Without Mental Disorders: Academic and Socio-Demographic Variables. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 20, n. 3, p. 447-459, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v20n3/2175-3563-pusf-20-03-00447.pdf>. Acesso em 27 nov. 2019.

BOLSONI-SILVA, A. T. Habilidades Sociais Educativas, variáveis contextuais e problemas de comportamento: comparando pais e mães de pré-escolares. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 210 p., 2003.

BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M.; PEREIRA, V. A.; MANFRINATO, J. W.S. Habilidades Sociais e Problemas de Comportamento de Pré-Escolares: Comparando Avaliações de Mães e de Professoras. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.19, n.3, p.460-469, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v19n3/a15v19n3.pdf>. Acesso em: 27 out. 2019.

BOLSONI-SILVA, A. T. O Impacto das Habilidades Sociais para a Depressão em Estudantes Universitários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32 n. 4, p. 1-8, 2016.

BOLSONI-SILVA, A.T.; RODRIGUES, O.M.P.R., ABRAMIDES, D.V.M., SOUZA, L.C.; LOUREIRO, S. R. Práticas educativas parentais de crianças com deficiência auditiva e de linguagem. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 16, n. 2, p. 265-282, 2010.

BOLSONI-SILVA, A.T.; MARIANO, M. L.; LOUREIRO, S.R.; BONACCORSI, C. Contexto escolar: práticas educativas do professor, comportamento e habilidades sociais infantis. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, v. 17, n. 2, p. 259-269, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v17n2/v17n2a08.pdf>. Acesso em 26 nov. 2019.

BONGERS, I. L.; KOOT, H. M.; ENDE, J. V. D.; VERHULST, F. C. Developmental trajectories of externalizing behaviors in childhood and adolescence. **Child Development**, v. 75, n. 5, p. 1523-1537, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15369529>. Acesso em: 02 dez. 2019.

BORGES, D. S. C.; MARTURANO, E. M. Desenvolvendo habilidades de solução de problemas interpessoais no ensino fundamental. **Paidéia**, v. 12, n. 24, pp. 185-193, 2003. <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v12n24/07.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

CABALLO, V. E. **Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais**. In: _____. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2003.

CAMPOS, J. R. Habilidades sociais de adolescentes com indicadores de depressão: considerando fatores de gênero e socioeconômicos. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 114 p., 2010.

CAMPOS, J. R.; DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. Depressão na adolescência: habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco/proteção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 14, n. 2 p. 408-428, 2014.

CIA, F.; BARHAM, E. J. Repertório de habilidades sociais, problemas de comportamento, autoconceito e desempenho acadêmico de crianças no início da escolarização. **Estudos de Psicologia**, v. 26, n. 1, p. 45-55, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n1/a05v26n1.pdf>. Acesso em 25 jun. 2019.

COYNE, J. C. Toward an interaction description of depression. **Psychiatry**, v. 39, n. 1, p. 14-27, 1976.

CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E. Sintomas Depressivos em Crianças: Estudos com duas Versões do CDI. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 28, n. 3, p. 574-585, 2008.

DANCEY, C. P.; RAIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia: usando SPSS para Windows**. 3 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DEKKER, M.C.; FERDINAND, R.F.; VAN LANG N.D.; BONGERS, I.L, VAN DER ENDE, J.; VERHULST, F.C. Developmental trajectories of depressive symptoms from early childhood to late adolescence: Gender differences and adult outcome. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 48, n. 7, p. 657–666, 2007.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. **Habilidades sociais: intervenções efetivas em grupo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. **Inventário de Habilidades Sociais para adolescentes (IHSA-Del Prette)**: Manual de aplicação, apuração e interpretação. 1ªed. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2009.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. **Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática**. 6. Ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. **Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo**. Petrópolis: Vozes. 2001.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. **Sistema multimídia de habilidades sociais de crianças**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

DEL PRETTE, Z.; FERREIRA, B.; COMODO, C.; LOPES, D. Componentes não verbais e paralinguísticos da competência social. In: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. (Orgs.). **Habilidades sociais e competência social para uma vida melhor**. São Carlos: Edufscar, 2017, p. 37-49.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. **Competência Social e Habilidades Sociais: Manual teórico-prático**. 1. ed. Petrópoles, RJ: EDITORA VOZES, 2017.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. **Habilidades Sociais e Competência Social** para uma vida melhor. 1 ed. São Carlos, SP: EdUFSCar, 2017.

DOUGHER, M. J.; HACKBERT, L. Uma explicação analítico – comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v.5, n.2, p.167-184, 2003.

Dozois, J. A.; Dobson, K. S. The prevention of anxiety and depression. **Theory, research and practice**. Washington, DC: American Psychological Association, 2004.

EVERY WOMAN EVERY CHILD. **Every Woman Every Child's Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health**. Disponível em: <http://www.everywomaneverychild.org/global-strategy/>. Acesso em 23 jun. 2019.

FALCAO, A. P.; BOLSONI-SILVA, A. T.; MAGRI, N.; MORETTO, L. A. PROMOVE-Crianças: efeitos de um treino em habilidades sociais para crianças com problemas de comportamento. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 590-612, 2016.

Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/29324/20685>. Acesso em 02 dec. 2019.

FEITOSA, F. B. A Depressão Pela Perspectiva Biopsicossocial e a Função Protetora das Habilidades Sociais. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 34, n. 2, p. 488-499, 2014.

FEITOSA, H. N.; RICOU, M.; REGO, S.; NUNES, R. A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. **Revista Bioética**, v. 19, n. 1, p. 259-276, 2011.

FEITOSA, F. B. Habilidades sociais e sofrimento psicológico. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 65, n. 1, p. 38-50, 2013.

FERNANDES, C. S.; FALCONE, E. M. O.; SARDINHA, A. Deficiências em habilidades sociais na depressão: um estudo comparativo. **Psicologia: teoria e prática**, v. 14, n. 1, p. 183-196, 2012.

FIELD, A. Descobrindo estatística usando SPSS [recurso eletrônico]. 2 Ed. Porto Alegre: Penso, 2014. Disponível em: https://www.amazon.com.br/Descobrindo-Estat%C3%ADstica-Usando-SPSS-Field/dp/8536319275/ref=asc_df_8536319275/?tag=googleshopp00-20&linkCode=df0&hvadid=379749245905&hvpos=1o1&hvnetw=g&hvrnd=15861129626332753232&hvpone=&hvptwo=&hvqmt=&hvdev=c&hvdvcmdl=&hvlocint=&hvlocphy=1032063&hvtargid=pla-812237825231&pvc=1. Acesso em 02 dez. 2019.

FONSECA, M. H.; FERREIRA, R. A.; FONSECA, S. G. Prevalência de sintomas depressivos em escolares. **Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 223-32, 2005. Disponível em: <https://cetcc.com.br/wp-content/uploads/2018/09/prevalenciadesintomasdepressivosemescolares.pdf>. Acesso em 27 nov. 2019.

FREITAS, L. C.; DEL PRETTE, Z. A. P. Validade de Critério do Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais (SSRS-BR). **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 23, n. 3, p. 430-439, 2010.

GARNICA, K. R. **Avaliação e treinamento de habilidades sociais de crianças em idade pré-escolar**. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista, UNESP, Bauru, 2009.

Disponível:

https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/86652/garnica_krh_me_bauru.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 20 nov. 2019.

GIRGUS, J. S.; YANG, K. (2015). Gender and depression. **Current Opinion in Psychology**, v. 4, p. 53-60, 2015. doi:10.1016/j.copsy.2015.01.019.

GOMIDE, P. I. C. Estilos parentais e comportamento antisocial. In: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. (Orgs.). **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem**. Campinas: Alínea, 2003. p. 21-60.

GOMIDE, P. I. C.; DE SALVO, C. G.; PINHEIRO, D. P. N.; SABBAG, G. M. Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais. **Psico-USF**, v. 10, n. 2, p. 169-178, 2005.

GOUVEIA, V. V.; BARBOSA, G. A.; ALMEIDA, H. J. F.; GAIÃO, A. A. Inventário de depressão infantil - CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 44, p. 345-349, 1995.

GRESHAM, F.M.; ELLIOTT, S. N.; DEL PRETTE, Z.A.P.; FREITAS, L. C.; BANDEIRA, M.; DEL PRETTE, A. **Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças (SSRS): Manual técnico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016. [Del Prette, Z. A. P., Freitas, L. C., Bandeira, M. & Del Prette, A. - Autores da adaptação e padronização brasileira]. São Paulo: Pearson, 2016.

GRESHAM, F. M.; ELLIOTT, S. N. **Social Skills Rating System: Manual**. Circle Pines, MN: American Guidance Service, 1990.

HERSEN, M.; EISLER, R.; ALFORD, G.; AGRAS, W. Effects of token economy on neurotic depression: An experimental analysis. **Behavior Therapy**, v. 4, n. 3, p. 392-397, 1973.

HUNZIKER, M. H. O desamparo aprendido revisitado: estudos em animais. **Psicologia, teoria e pesquisa**, v. 21, n. 2, p. 131-139, 2005.

JATOBÁ, J. A. V. N.; BASTOS, O. Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 3, p. 171-179, 2007.

KENNEDY, E.; SPENCE, S. H.; HENSLEY, R. An Examination of the Relationship Between Childhood Depression and Social Competence Amongst Primary School Children. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 30, n. 4, p. 561-573, 1989

KOVACS, M. **Children's Depression Inventory Manual**. Los Angeles: Western Psychological Services, 1992.

LAHEY, B. B. Public health significance of neuroticism. **American Psychologist**, v. 64, p. 241-256, 2009.

LAFER, B.; FILHO, H. P. Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.21, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s1/v21s1a04.pdf>. Acesso em 02 mai. 2019.

LEME, V. B. R.; BOLSONI-SILVA, A. T. Habilidades Sociais Educativas Parentais e comportamentos de pré-escolares. **Estudos de Psicologia**, v. 15, n. 2, p. 161-173, 2010.

LEME, V. B. R.; BOLSONI-SILVA, A. T. Habilidades sociais e problemas de comportamento: um estudo exploratório baseado no modelo construcional. **Aletheia**, n. 31, p. 149-167, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942010000100013#2a. Acesso em: 15 nov. 2019.

LEWINSOHN, P. M. A behavioral approach to depression. In: COYNE, J. C. (Ed.). **Essential Papers on depression**. New York: New York University, 1986.

LEWINSOHN, P. M. A behavioural approach to depression. In: FREEDMAN, R. J.; KATZ, M. (Ed.), **The psychology of depression**. Oxford: Wiley, p. 157-174, 1974.

LISPECTOR, C. Sonhe com o que você quer ser. Disponível em:
<https://www.pensador.com/frase/NTI3MDMw/>. Acesso em 08 dez. 2019.

LUBY, J. L.; GAFFREY, M.S.; TILLMAN, R.; ABRIL, L. M.; BELDEN, A. C. Trajetórias de distúrbios pré-escolares para depressão DSM completa em idade escolar e início da adolescência: Continuidade da depressão pré-escolar. **The American Journal of Psychiatric**, v.171, n.7, p.768-776, 2014. doi: 10.1176 / appi.ajp.2014.13091198

MARIANO, M. **Práticas educativas de professores, habilidades sociais e problemas de comportamento: um estudo comparativo, correlacional e preditivo**. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2015. Disponível em:
<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/123703/000830672.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 14 set. 2019.

MARTURANO, E. M.; TOLLER, G. P.; ELIAS, L. C. Gênero, adversidade e problemas socioemocionais associados à queixa escolar. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 4, p. 371-380, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v22n4/v22n4a05.pdf>. Acesso em 27 nov. 2019.

MELO, A. K.; SIEBRA, A. J. Depressão em Adolescentes: Revisão da Literatura e o Lugar da Pesquisa Fenomenológica. **Psicologia: Ciência e profissão**, v. 37 n°1, p. 18-34, 2017.

MICHAEL, J. Establishing operations. **The Behavior Analyst**, v. 16, p. 191-206, 1993. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03392623>. Acesso em 05 nov. 2019.

MURTA, S. G.; DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. Prevenção ao Sexismo e ao Heterossexismo entre Adolescentes: Contribuições do Treinamento em Habilidades de Vida e Habilidades Sociais. **Journal of child and adolescent Psychology**, Lisboa, n. 2, p. 73-86 2010.

OLIVEIRA, E. A. et al. Estilos Parentais Autoritário e Democrático-Recíproco Intergeracionais, Conflito Conjugal e Comportamentos de Externalização e Internalização. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 15, n. 1, p. 1-11, 2002. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n1/a02v15n1.pdf>. Acesso em 28 out. 2019.

OPAS. Folha informativa – depressão. 2018. Disponível em:
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095. Acesso em 22 Jun. 2019.

OPAS. Jovens e saúde mental em um mundo em transformação. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5777:dia-mundial-da-saude-mental-2018&Itemid=839. Acesso em 31 Jul. 2019.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FIELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 8. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PARACAMPO, C.C.; ALBUQUERQUE, L.C.; FARIAS, A. F. Efeitos das consequências verbais sobre o seguir regras. **Acta Comportamental**, v. 21, n. 2, p. 159-173, 2012.

PEREIRA, D. A. P.; AMARAL, V. L. A. R. Escala de avaliação de depressão para crianças: um estudo de validação. *Revista Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 21, n.1, p. 5-23, 2004.

PEROVANO, D.G. **Manual de metodologia científica para a segurança pública e defesa social**. Curitiba: Juruá, 2014.

PHEULA, G.; ISOLAN, L. Tratamento do transtorno de ansiedade social em crianças e adolescentes. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 125-132, 2007.

PRADO, R. C. P. Uma leitura analítico-comportamental da Psicopatologia. **Scientia**, Ano 01, Ed. 02, p. 192 - 395, 2013.

REGRA, J. Depressão infantil: aspectos teóricos e atuação clínica. In: DELITTI, M. (Org.). **Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo comportamental**. São Paulo: ARBytes Editora, 1997.

RIOS, K. S. A.; WILLIAMS, L. C. Intervenção com famílias como estratégia de prevenção de problemas de comportamento em crianças: uma revisão. **Psicologia em estudo**, v. 13, n. 4, p. 799-806, 2008.

ROCHA, T. H. R.; RIBEIRO, J. E. C.; PEREIRA, G. A.; AVEIRO, C. C.; SILVA, L. C. A. Sintomas depressivos em adolescentes de um colégio particular. **Psico-USF**, v. 11, n. 1, p. 95-102, 2006.

SALVO, C. G.; SILVARES, E. F.; TONI, P. M. Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 187-195, 2005.

SEGRIN, C. Social skills deficits associated with depression. **Clinical psychology review**, v. 20, n. 3, p. 379-403, 2000.

SEGRIN, C.; FLORA, J. Poor social skills are a vulnerability factor in the development of psychosocial problems. **Human Communication Research**, v. 26, n. 3, p. 489-514, 2000.

SILVARES, E. F. de M. Avaliação e intervenção clínica comportamental infantil. In: _____. **Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil**. v. 1., 7 ed., 2012. p. 13-30.

SOUZA, J.; CREPALDI, A. A.; Problemas Emocionales y Comportamentales en los Niños: Asociación entre el Funcionamiento Familiar, la Coparentalidad y la Relación Conyugal. **Acta Colombiana de Psicología**, v. 22, n. 1, p. 69-106, 2019. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552019000100082&lang=pt. Acesso em 05 Ago. 2019.

TONI, C. G. S.; SILVARES, E. F. M. Práticas educativas parentais e comportamentos de saúde e risco na adolescência: Um modelo preditivo. **Psicologia Argumento**, v. 31, n. 74, p. 457-471, 2013. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20495/19749>. Acesso em 27 out. 2019.

RAPOSO, M. C. F.; PEDROSO, R. Esquizofrenia e seus mitos. In: VICHI, C.; HUZIWARA, E.; SADI, H.; POSTALLI, L. (Orgs.). **Comportamento em foco 3**. São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental - ABPMC, 2014, p. 97-114.

VINCENTIN, V. F. Condições de vida e estilos de resolução de conflito em adolescentes. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-11122009-154111/pt-br.php>. Acesso em 25 nov. 2019.

WATHIER, J. L.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. Análise Fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. **Avaliação Psicológica**, v. 7, n. 1, p. 75-84, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health Action Plan, 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=695D4D95B1D22C9DB74C86601BBCEB52?sequence=1 . Acesso em: 31. Jul. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: DIVISION OF MENTAL HEALTH. **Life skills education in schools**, Geneva, 1994.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisadores envolvidos: Josane Silva Lima (graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Maranhão) – e-mail: josane.jsl@gmail.com/ Telefone: (98) 991593526

Prof.^a Dr.^a Catarina Malcher Teixeira (Pesquisadora/orientadora) – e-mail: catarinamalcher@hotmail.com/ Telefone: (98) 982019483

Prezado participante, você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **HABILIDADES SOCIAIS E DEPRESSÃO: UM ESTUDO COM ALUNOS DO ENSINO FUNDAMENTAL**, na condição de responsável pelo (a) menor abaixo indicado (a).

Objetivos e justificativas: Analisar a relação entre as habilidades sociais e a depressão na infância dos escolares da Educação Básica da rede municipal de Paço do Lumiar – MA.

A participação de seu representado no referido estudo envolverá a aplicação do Inventário de Depressão Infantil (CDI), instrumento adaptado para uso no Brasil em sua forma completa, o qual compõe uma escala de autoavaliação destinada a identificar sintomas de depressão em pessoas de 07 a 17 anos, e da subescala de Habilidades Sociais do Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças (SSRS), com o objetivo de avaliar o repertório de habilidades sociais em crianças de 06 a 13 anos. O primeiro constitui uma escala com 27 itens e três opções de respostas de como você se comportaria nas situações apresentadas. O segundo instrumento apresenta 20 itens de situações envolvendo relação com pares. A criança deverá escolher, nas alternativas, com qual frequência, comumente, apresenta o comportamento descrito no item.

Possíveis benefícios para o seu representado: oferecer à escola e aos seus envolvidos um panorama sobre o repertório de habilidades sociais e comportamentos depressivos do quadro de alunos para que se possam avaliar alternativas pontuais que venham a suprir déficits dessas habilidades e direcionar possíveis encaminhamentos para outros profissionais se necessário.

Possíveis riscos para o seu representado: despertar sentimentos negativos, algum grau de constrangimento ou cansaço durante a aplicação dos instrumentos.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Confidencialidade: sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, o (a) identificar ou identificar seu representado (a), será mantido em sigilo. É assegurada a assistência do seu representado (a) durante toda a pesquisa, garantindo o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências e a tudo o que se queira saber antes, durante e depois da participação dele (a).

Esclarecimento: Ao aceitar participar dessa pesquisa, você irá receber uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com os dados dos pesquisadores envolvidos para eventual contato.

Aceito participar da pesquisa na condição de responsável pelo (a) menor _____, tendo sido informado(a) sobre seus objetivos, riscos, benefícios, sobre a minha liberdade em participar ou mesmo de deixar a pesquisa em qualquer momento, e de não haver valor econômico a receber ou a pagar pela participação. Considerando os itens acima expostos, eu, de maneira livre e esclarecida, expresso o meu interesse em participar desta pesquisa.

_____ *Assinatura do representante legal*

Local e data: _____ (MA), ____/____/____.

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:

Profª. Dra. Catarina Malcher Teixeira

Josane Silva Lima

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa para recurso ou reclamações do sujeito pesquisado: O CEP/UFMA funciona na Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho, em frente ao auditório Multimídia da PPPGI. E-mail para correspondência: cepufma@ufma.br. Em caso de dúvidas, ligue: (98) 3272-8708.

APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisadores envolvidos: Josane Silva Lima (graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Maranhão) – e-mail: josane.jsl@gmail.com/ Telefone: (98) 991593526
Prof.^a Dr.^a Catarina Malcher Teixeira (Pesquisadora/orientadora) – e-mail: catarinamalcher@hotmail.com/ Telefone: (98) 982019483.

Prezado participante, você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **HABILIDADES SOCIAIS E DEPRESSÃO: UM ESTUDO COM ALUNOS DO ENSINO FUNDAMENTAL**, que tem o objetivo de analisar a relação entre as habilidades sociais e a depressão na infância dos escolares da Educação Básica da rede municipal de Paço do Lumiar – MA, e ocorrerá na Unidade de Ensino Básico Vovó Filuca localizada na Avenida 13, bairro Maiobão, número 1, CEP 65060-000 em Paço do Lumiar – MA.

O **assentimento** significa que você concorda em fazer parte de um grupo de crianças da sua faixa de idade para participar de uma pesquisa. Serão respeitados seus direitos e você receberá todas as informações por mais simples que possam parecer. Pode ser que este documento denominado TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável pela pesquisa ou à sua equipe que explique qualquer informação que você não entenda claramente.

Sua participação no referido estudo envolverá a aplicação do Inventário de Depressão Infantil (CDI), o qual compõe uma escala de autoavaliação destinada a identificar sintomas de depressão em pessoas de 7 a 17 anos, e da subescala de Habilidades Sociais do Inventário de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças (SSRS), com o objetivo de avaliar o repertório de habilidades sociais em crianças de 06 a 13 anos. O primeiro constitui uma escala com 27 itens e três opções de respostas de como você se comportaria nas situações apresentadas. O segundo instrumento apresenta 20 itens de situações envolvendo relação com pares. Você deverá escolher, nas alternativas, com qual frequência, comumente, apresenta o comportamento descrito no item.

Riscos: A participação na pesquisa pode, ocasionalmente, despertar sentimentos negativos, algum grau de constrangimento ou cansaço durante a aplicação dos instrumentos.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Benefícios: A sua participação pode contribuir para que se ofereça à escola e aos seus envolvidos um panorama sobre o repertório de habilidades sociais e comportamentos depressivos do quadro de alunos e se possam avaliar alternativas e encaminhamentos para outros profissionais.

Estou ciente de que a minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Também fui informado de que pode haver recusa à participação no estudo, bem como pode ser retirado o consentimento a qualquer momento, sem precisar haver justificativa, e de que, ao sair da pesquisa, não haverá qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

Eu li e discuti com a investigadora responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito. Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas. Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento DE ASSENTIMENTO INFORMADO.

Participante

Data: ____/____/2019

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:

Profª. Dra. Catarina Malcher Teixeira

Josane Silva Lima

Contato para dúvidas:

Se houver dúvidas com relação ao estudo, direitos do participante, ou no caso de riscos relacionados ao estudo, você deve contatar os pesquisadores envolvidos. Havendo dúvidas sobre seus direitos como um paciente de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), que funciona na Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho. E-mail do CEP para correspondência: cepufma@ufma.br. Em caso de dúvidas, ligue: (98) 3272-8708.

APÊNDICE C – CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ao Senhor Francisco Navarro, representante responsável do Comitê de Ética em Pesquisa localizado na Universidade Federal do Maranhão, Av. dos Portugueses, 1966 - Vila Bacanga, São Luís - MA, 65080-805, prédio CEB Velho, em São Luís –MA.

Assunto: **Apresentação de Pesquisa monográfica e solicitação de autorização condicionada.**

Prezado Senhor Francisco Navarro, apresentamos a pesquisa intitulada **HABILIDADES SOCIAIS E DEPRESSÃO: UM ESTUDO COM ALUNOS DO ENSINO FUNDAMENTAL** para análise e parecer ético deste Comitê de Ética em Pesquisa/CEP/UFMA.

A pesquisa tem, como objetivo, analisar a relação entre as habilidades sociais e a depressão na infância sobre o comportamento de crianças em uma amostra de participantes de idades entre sete e 12 anos.

Espera-se, ainda, contribuir com o conhecimento da área através de divulgação do trabalho em eventos científicos em artigos a serem submetidos para publicação em revistas científicas; Instrumentalizar a escola e os pais com um panorama da relação entre as habilidades sociais e a depressão na infância sobre o comportamento de crianças da amostra e possibilitar possíveis encaminhamentos a intervenção psicológica.

As informações a serem oferecidas para o pesquisador serão guardadas pelo tempo que determinar a legislação e não serão utilizadas em prejuízo desta instituição e/ou das pessoas envolvidas, inclusive na forma de danos à estima, prestígio e/ou prejuízo econômico e/ou financeiro. Além disso, durante ou depois da pesquisa é garantido o anonimato de tais informações.

A pesquisa será coordenada pelas pesquisadoras responsáveis Josane Silva Lima (disponível pelo endereço de e-mail Josane.jsl@gmail.com) e Catarina Malcher Teixeira (disponível pelo endereço de e-mail catarinamalcher@hotmail.com).

Confirmamos que:

- Todos os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa realizaram a leitura e estão cientes do conteúdo das resoluções 510/2010 e 466/12 do CNS;
- Esta pesquisa ainda não foi iniciada;
- Não há participação estrangeira nesta pesquisa;
- Comunicaremos ao CEP/UFMA os eventuais adversos ocorridos com o (os) voluntário (os);
- Apresentaremos o relatório final desta pesquisa ao CEP/UFMA

São Luís, 26 de março de 2019.

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:

Profª. Dra. Catarina Malcher Teixeira

Josane Silva Lima