Artigo original

Depressão infantil: um estudo sobre seu reconhecimento por intermédio de professores de escolas da rede estadual de Barbacena durante isolamento social do COVID-19

Childhood depression: a study of its recognition among school teachers in the state school network of Barbacena during social isolation brought about by COVID-19

Deborah Carolina Gusmão Silva[1], Felipe Veloso Ribeiro Rodrigues[1], Gustavo Alves Machado[1], Marco Antônio Miranda Sant'ana[1], Renato Mauro de Paiva Oliveira Junior[1], Cristina Maria Miranda Belo[1], Renato Santos Laboissiere[1,2].

[1] Fundação José Bonifácio Lafayette de Andrada- FAME
[2] Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Autor correspondente: Renato Santos Laboissière. E-mail: renatoslab@gmail.com

Instituição: Escola Estadual Adelaide Bias Fortes, Escola Estadual Amilcar Savassi e Escola Estadual Bias Fortes.

Resumo

Introdução. O estudo sobre a depressão infantil (DI), relativamente recente, precisa ser colocado em pauta, visto que é nessa idade que a construção da personalidade se consolida e nessa fase se destaca o contato cotidiano com os professores. Ou seja, o reconhecimento dos sinais e sintomas da DI pelos profissionais da educação se faz imprescindível e ainda é reforçado pelo atual cenário de pandemia da COVID-19. **Objetivo.** Avaliar o conhecimento dos professores do ensino fundamental, durante o isolamento social da COVID-19, sobre a DI, antes e após intervenção para mensurar seu impacto. **Métodos.** Trata-se de um estudo descritivo analítico quantitativo qualitativo transversal, que envolveu 68 professores do ensino fundamental da rede estadual. Foram aplicados questionários antes e após a exibição de um vídeo ilustrativo-narrativo, contendo pontos importantes para o reconhecimento da DI. **Resultados.** Foi identificado valor de p estatisticamente significativo (< 0,001) ao utilizar a lógica comparativa das respostas nos questionários pré e pós intervenção, destacando-se aumento do acerto geral (51,45% para 71,09%), do conhecimento sobre a sua definição (de 26,5% para 61,8%), seus sintomas (de 0% para 72,1%), sua origem (de 47,1% para 76,5%) e da participação docente na condução do indivíduo acometido por ela (de 36,8% para 86,8%). **Conclusão.** Inferiu- se que embora a maioria dos professores tenham afirmado que já ouviram falar sobre a DI, seus conhecimentos ainda são escassos e a intervenção proposta, por mais que fosse de curta duração, resultou em melhora dos parâmetros mensurados.

Palavras-chave: Depressão. Criança. Conhecimento. Docentes. Isolamento social. COVID-19.

Abstract

Introduction. The study of childhood depression (CD), relatively recent, needs to be highlighted because it is in this age that a construction of personality is consolidated and the daily contact with teachers stands out. In other words, the recognition of signs and symptoms of CD by education professionals is essential and is still reinforced by the current COVID-19 pandemic scenario. **Objective.** Evaluate the knowledge of elementary school teachers, during COVID-19's social isolation, about CD, before and after the intervention to measure the impact. **Methods.** This is a cross-sectional qualitative quantitative analytical descriptive study that involved 68 elementary school teachers from the state school network. Questionnaires were given out befwore and after their viewing an illustrative-narrative video, which contained the most important aspects for the recognition of CD. **Results.** In the present study, a statistically significant p-value (< 0.001) was identified when using the comparative logic of the responses on the pre- and post-intervention questionnaires on CD, highlighting the increase in overall correct answers (51.45% to 71.09%), knowledge about its definition (from 26.5% to 61.8%), its symptoms (from 0% to 72.1%), its origin (from 47.1% to 76.5%) and teacher participation in the guidance of individuals affected by it (from 36.8% to 86.8%). **Conclusion.** It was inferred that, although most teachers had stated that they had already heard of CD, knowledge of the topic was minimal and the proposed intervention, however short-lived, resulted in the improvement of numerous parameters.

Keywords: Depression. Child. Knowledge. Faculty. Social isolation. COVID-19.

1. INTRODUÇÃO

Adentrando a linha temporal histórica da depressão infantil (DI), em 1852 DELASIAUVE, em "*Leçons sur la manie infantile*", introduziu superficialmente o conceito da DI, e, em 1879, MAUDSLEY deu sequência a esse trabalho, enfatizando a necessidade de dar atenção para as crianças melancólicas e com tendências depressivas. Nenhum dos dois, contudo, obteve êxito diante da comunidade científica da época, que alegava não existir tal condição em crianças. Foi somente após um século que, em 1977, KOVACS e BECK descreveram a depressão como um conjunto de sintomas presentes não somente em adultos, mas também na faixa etária infantil.[1] A DI passou, portanto, por longos períodos sem ser compreendida em sua totalidade e, exatamente por isso, o seu reconhecimento pode ainda ser repleto de obstáculos.

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV), a DI é um transtorno mental caracterizado por humor deprimido, falta de interesse em atividades cotidianas prazerosas, alteração de sono, apetite e hábitos fisiológicos, falta de energia, sentimento de inutilidade, dificuldade de concentração e pode evoluir até mesmo com ideações suicidas. Dito isso, pode-se afirmar que a descrição dos sintomas da DI na literatura é pontual, no entanto, a sua compreensão é pouco específica, pois existe ainda a adversidade em lidar com a fase da construção de personalidade, a qual as crianças enfrentam. Isso contribui para que a compreensão e o reconhecimento da DI representem um desafio ainda maior do que o diagnóstico da doença em adultos.

Existe, portanto, uma linha tênue que separa os sinais e sintomas relacionados ao período de construção da personalidade em que as crianças estão submetidas e o quadro clínico de DI. Ambos podem envolver graus diferentes de isolamento social, irritabilidade e dificuldade de interação com outras crianças e adultos. Todas essas questões dificultam o reconhecimento da DI e, consequentemente, o seu diagnóstico e tratamento. O rastreamento precoce dessa condição, contudo, permanece sendo de extrema importância, pois pode evitar déficits cognitivos e educacionais que podem eventualmente se perpetuar ao longo da vida adulta.[2,3]

Comprovando a importância do tema discutido, sabe-se que, segundo dados epidemiológicos publicados em 2019 pelo Ministério da Saúde (MS), a prevalência de depressão ao longo da vida no Brasil está em torno de 17%[4], enquanto que na população de 0 a 17 anos, cerca de 1 a 3% dos indivíduos se encaixam nesse diagnóstico.[5] Deve-se considerar, ainda, que esses dados podem estar subestimados, já que muitos pais ou responsáveis podem não procurar ajuda especializada para seus filhos, devido ao conhecimento escasso sobre a DI. Ainda, um relatório de 2015 do *Child Mind Institute* constatou que apenas cerca de 40% das pessoas jovens com um transtorno de depressão diagnosticável recebem tratamento.[6]

Além disso, atualmente, ainda existe o desafio de lidar com o período do isolamento social a que toda população mundial foi submetida, devido à pandemia do SARS-CoV-2. O estudo "Mitigar os efeitos do confinamento domiciliar em crianças durante o surto de COVID-19" de 2020, mostrou que o confinamento domiciliar de 220 milhões de crianças e adolescentes chineses, incluindo 180 milhões de estudantes da educação infantil e do ensino fundamental, provocaram impactos psicológicos na medida em que estes estão sujeitos a estresses de duração prolongada, como medo de infecção, frustração e tédio, informações inadequadas, falta de contato pessoal com colegas, escassez de espaço em casa e diminuição de renda familiar.[7]

Neste cenário, devido ao isolamento social imposto pela COVID-19, além dos pais, que estão compartilhando mais tempo dentro de casa com seus filhos, os profissionais da educação são fundamentais para auxiliar na identificação precoce das crianças que se encaixam no perfil da DI e orientar pela busca de ajuda especializada. A justificativa para isso deve-se ao fato de que é na escola que a criança passa a maior parte de seus dias, mesmo que no ensino a distância (EAD), e que o baixo rendimento escolar é um dos primeiros sinais do surgimento de um possível quadro depressivo na infância.[8]

No entanto, sabe-se que na prática o reconhecimento da DI pelos profissionais da educação é um conceito falho e pouco eficiente, porque a maioria deles não tem um conhecimento categórico acerca do tema. O estudo "*Measuring Mental Health Literacy of Teacher: A Pilot Study*", feito em 2017, demonstrou que os profissionais da educação afirmam conhecer sintomas característicos da DI, que foram abordados por meio de palestras, pesquisas e durante o seu curso superior, porém não conseguem defini-la com clareza e aplicar os conhecimentos durante sua prática profissional[9].

Dessa forma, acredita-se que o treinamento adequado dos profissionais da educação infantil em reconhecer a DI pode corrigir falhas e evitar que seus alunos estejam vulneráveis a deficiências emocionais, sociais e acadêmicas durante uma fase crítica de suas vidas[10].

Considerando a importância do reconhecimento precoce da DI e o número reduzido de pesquisas que abordem o tema, principalmente no âmbito do nosso país, o presente estudo teve como objetivo a avaliação do conhecimento dos professores do ensino fundamental, que lecionam em escolas da rede estadual de Barbacena-MG, acerca da DI. Essa mensuração foi realizada em um contexto pré e pós intervenção, a fim de se avaliar seu impacto na assimilação de conteúdo sobre o reconhecimento da DI pelos professores.

Objetivo primário: Avaliar o nível do conhecimento dos professores do Ensino Fundamental, que lecionam nas escolas públicas estaduais selecionadas, sobre a identificação e reconhecimento da DI, a partir dos conceitos adquiridos ao longo de sua experiência acadêmica e de sua prática profissional.

Objetivo secundário: Determinar o impacto da intervenção proposta pelo projeto no conhecimento dos professores das escolas selecionadas da rede pública estadual, que lecionam no Ensino Fundamental, sobre a detecção da DI, comparando os resultados dos questionários aplicados pré e pós-intervenção.

2. MÉTODOS

2.1 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) sob o número de protocolo: 4.193.922. Foram disponibilizados Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para todos os participantes do projeto, sendo elucidado que todas as informações seriam mantidas em sigilo e analisadas puramente pelos acadêmicos e orientadores integrantes do projeto.

2.2 Desenho do estudo/População

Estudo descritivo analítico quantitativo qualitativo transversal sobre a capacidade de detecção de alunos com sintomas de DI por parte dos professores da rede de ensino público estadual da cidade de Barbacena-MG, contando com 68 participantes.

2.2.1 Critérios de Inclusão

Professores do Ensino Fundamental que lecionavam na Escola Estadual Adelaide Bias Fortes, Escola Estadual Amilcar Savassi e Escola Estadual Bias Fortes e que estivessem de acordo com o TCLE.

2.2.2 Critérios de exclusão

Professores que responderam parcialmente a algum dos questionários ou que tenham preenchido apenas o questionário pré-intervenção.

2.3 Aplicação dos questionários e intervenção

Para avaliar o conhecimento dos participantes, foi utilizado como ferramenta de estudo o questionário "ATITUDES DOS PAIS E DOS PROFESSORES FACE À DEPRESSÃO INFANTIL", desenvolvido e validado para o idioma Português de Portugal em julho de 2012 pela pesquisadora Costa, S.M.B.D.[11,12]. O questionário é composto por vinte e uma questões divididas em primeira, segunda e terceira seções, de acordo com as seguintes áreas: dados pessoais e profissionais (questões 1.1 a 1.4), definição de depressão infantil (questões 2.1 a 2.9) e intervenção na depressão infantil (questões 3.1 a 3.6). Este teve seu formato adaptado com a tradução das perguntas e alternativas para o idioma Português do Brasil e o acréscimo, na primeira seção, da identificação da escola em que os professores lecionavam e o tempo de atuação profissional, tendo como opções de resposta: (A) menos de 5 anos, (B) entre 5 a 10 anos e (C) mais de 10 anos. Ainda foram retirados os itens 2.9.1 (A depressão infantil define-se como ligeira quando) e 2.9.2 (A depressão infantil define-se como moderada quando), pois o trabalho não tinha a intenção de aprofundar em conteúdos muito específicos, como a classificação de gravidade da DI. Optou-se, no entanto, por manter-se o item 2.9.3 (A depressão infantil define-se como grave quando), porque essa pergunta é um fator de alarme que deve ser de ciência dos professores. Foi retirado também o item 3.4 (Quando uma criança sofre de depressão os pais devem), já que o trabalho pretendia analisar atitudes dos professores e não dos pais.

Os questionários adaptados, portanto, levaram em consideração uma versão que dispunha de 20 questões, pois foram retiradas três questões (2.9.1, 2.9.2 e 3.4) de sua formatação original e acrescidas outras duas questões (identificação da escola em que os professores lecionam e tempo de atuação profissional) para complementar a primeira seção[13,14,15].

Dentre os fatores abordados no questionário, estavam incluídos o conhecimento geral sobre os sintomas da doença, de métodos para reconhecimento

da DI, de sinais de gravidade, da faixa etária mais acometida e qual seria o papel esperado dos educadores a respeito dessa condição.

Primeiramente, para a definição das instituições que seriam abordadas, foi realizado um sorteio, de maneira aleatória, que contou com 13 escolas estaduais do município de Barbacena-MG que continham turmas do Ensino Fundamental. Dentre elas, as escolas sorteadas foram Escola Estadual Amilcar Savassi, Escola Estadual Adelaide Bias Fortes e Escola Estadual Bias Fortes.

Determinadas, então, as escolas em que o estudo seria realizado, foram solicitados à Secretaria Regional de Ensino (SRE) de Barbacena-MG os documentos para a autorização do estudo pela Subsecretaria de Estado em Belo Horizonte-MG. Os documentos foram preenchidos seguindo as orientações exigidas e a autorização foi cedida em janeiro de 2021. O passo seguinte foi a abordagem dos diretores das três escolas para apresentação do projeto de pesquisa.

Com o parecer da SRE de Barbacena e a anuência dos diretores sobre a metodologia da pesquisa, os responsáveis por cada instituição forneceram uma lista com o *e-mail* dos professores que lecionavam no Ensino Fundamental em suas escolas. Iniciou-se, então, a formatação dos questionários para posterior envio aos participantes por meio dos endereços eletrônicos de cada professor.

Para isso, foi utilizado o *Google Forms* (plataforma gratuita do *Google*) que gerou um único *link* contendo o questionário adaptado. Esse *link* foi enviado ao e-mail dos professores por uma conta exclusiva criada pelos pesquisadores (pesquisadifame@gmail.com), juntamente com um texto que identificava os nomes dos acadêmicos que realizariam a pesquisa, a instituição à qual pertenciam, o tema do estudo e, por fim, qual seria o intuito final da pesquisa.

O *link* dava acesso a quatro etapas subsequentes da pesquisa: TCLE e identificação, questionário pré-teste, intervenção e questionário pós-teste. Os participantes somente poderiam prosseguir para o passo seguinte (clicando em "próxima"), se todas as perguntas da etapa estivessem devidamente preenchidas. Dessa forma, todas as etapas da pesquisa foram aplicadas em conjunto, por meio de um *link* único, visando maior adesão dos participantes e reduzindo perdas com questionários respondidos de forma incompleta.

Na organização dos dados obtidos pelo questionário gerado pelo *Google Forms,* como já mencionado anteriormente, o processo foi separado em etapas: primeira etapa (TCLE e Identificação), segunda etapa (Aplicação do questionário pré-intervenção), terceira etapa (Intervenção) e quarta etapa (Aplicação de questionário pós intervenção).

2.3.1 Primeira etapa: *TCLE e Identificação*

A primeira etapa continha o TCLE, que teve como intuito fornecer o consentimento digital de que os professores concordaram em participar da pesquisa. Além do TCLE, foram introduzidas as primeiras perguntas do questionário que contemplavam os dados pessoais e profissionais sendo a escola que atua no ensino fundamental, o gênero, idade, tempo de atuação, nível de formação e para quais turmas leciona o professor.

2.3.2 Segunda etapa: *Aplicação do questionário pré-intervenção*

Apenas os profissionais da educação que estavam de acordo com o TCLE e que preencheram todos os dados profissionais e pessoais puderam progredir para a etapa 2 da pesquisa. Os participantes receberam a orientação de marcar a alternativa que melhor respondesse às perguntas do questionário, utilizando seus conhecimentos preexistentes. Essas perguntas contemplavam o item 2: Definição da Depressão Infantil e o item 3: Intervenção na Depressão Infantil do questionário[16,17]. O Quadro 1 contém as questões do questionário que faziam parte desta etapa.

Quadro 1. Perguntas realizadas pré e pós intervenção.

Item	Perguntas do questionário adaptado
2.1	Você já ouviu falar em Depressão Infantil?
2.2	Você já teve algum aluno com depressão?
2.3	Para você, Depressão Infantil é:
2.4	Depressão Infantil surge:
2.5	Depressão Infantil afeta:
2.6	Assinale a(s) alternativa(s) que são sintomas da Depressão Infantil:
2.7	Depressão Infantil leva a criança a pensar em:

Item	Perguntas do questionário adaptado
2.8	Depressão Infantil pode ter origem:
2.9	A Depressão Infantil define-se como grave quando:
3.1	Na sua opinião, há relação da Depressão Infantil com dificuldade de aprendizagem?
3.2	A Depressão Infantil pode ser detectada na criança com:
3.3	Em seu entender, quem deveria ajudar a criança com Depressão Infantil?
3.4	Quando uma criança depressiva muda de comportamento na escola, o professor deve:
3.5	Você conhece algum instrumento de avaliação de Depressão Infantil?

2.3.3 Terceira etapa: Intervenção

Na terceira etapa, a intervenção foi realizada através da adaptação de um vídeo preexistente disponível na plataforma *YouTube* com o título "DEPRESSÃO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: PRINCIPAIS SINAIS DE ALERTA", de autoria do canal "PSY LOGIC DRAWING" (disponível no *link*: https://youtu.be/vmSbOgcaWQc) com direitos autorais cedidos e documentados pelo autor.

Ressalta-se que o vídeo disponibilizado para realização da intervenção sofreu edição de áudio de Português de Portugal para o Português do Brasil, a fim de facilitar a compreensão e evitar o comprometimento dos resultados do estudo. O material utilizado, de direitos autorais próprios, encontra-se disponível no canal do *YouTube* "Depressão Infantil - Proposta de Intervenção", com o título: "VÍDEO ADAPTADO: DEPRESSÃO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES E PRINCIPAIS SINAIS DE ALERTA" (disponível no *link*: https://youtu.be/oPr-KBa8IEY).

O vídeo, com duração aproximada de três minutos e formato ilustrativo-narrativo, teve como intenção expor os principais sinais e sintomas de alerta para a DI, tais como agressividade e agitação, perda de apetite e sono, queda no desempenho escolar, tristeza, ansiedade de separação, estado de euforia e dificuldade de controlar o riso, isolamento social e choro fácil, deixando claro, também, que não havia necessidade de apresentar todos os sintomas descritos de uma só vez para se fazer o diagnóstico.

Outra pauta discutida foram os malefícios que a DI pode trazer às crianças que manifestam essa condição, como interferência nas fases do desenvolvimento, nas atividades do dia a dia, na qualidade de vida e educacional. Por fim, foi discutido que o reconhecimento precoce da DI é importante a fim de minimizar prejuízos no desenvolvimento futuro dessas crianças e, de uma maneira coloquial, foram desmistificados os preconceitos enraizados na sociedade acerca das doenças mentais, explicando que qualquer indivíduo está sujeito a tal condição, independentemente de gênero, idade e nível social.

2.3.4 Quarta etapa: Aplicação de questionário pós intervenção

Na quarta etapa, as mesmas perguntas realizadas na segunda etapa (Quadro 1) foram novamente aplicadas e a mesma orientação foi dada de que os participantes marcassem a alternativa que melhor respondesse às perguntas, nesse momento com conhecimentos adquiridos pós intervenção. O intuito dessa etapa foi poder comparar os resultados da segunda etapa com a quarta, ou seja, antes e após a intervenção proposta pelo grupo.

2.4 Elaboração de banco de dados e análise de planilhas

Primeiramente, a correção dos questionários foi gerada pela própria plataforma do Google *Forms* e os resultados pré e pós intervenção foram comparados pelos pesquisadores a fim de reconhecer se houve maior aproveitamento pós intervenção. Gráficos e tabelas para a ilustração comparativa dos resultados foram produzidos.

2.5 Análise estatística

A análise estatística envolveu a transcrição dos resultados dos questionários para planilha eletrônica e processados em software estatístico STATA v. 9.2. Foram produzidas tabelas de frequência absoluta e relativa do tipo linhas por colunas com frequências absoluta e relativa e calculadas medidas de tendência central, dispersão e posição das variáveis quantitativas, intervalo de confiança das prevalências encontradas. A existência de relação entre as variáveis de estudo foi medida através de testes qui-quadrado, exato de Fisher, teste T ou teste U de Mann-Whitney, conforme indicação. Foram consideradas significativas as diferenças observadas com valor $P \leq 0,05$.

3. RESULTADOS

Foram enviadas mensagens aos endereços eletrônicos de 157 docentes da rede estadual que lecionam no Ensino Fundamental das escolas públicas selecionadas, porém 73 destes responderam à pesquisa, o que representa 46,4% de adesão. Foi necessário, ainda, desconsiderar a participação de cinco professores por não completarem o questionário pós intervenção, sendo analisadas as respostas de 68 participantes no total.

Segundo dados da Tabela 1, conclui-se que o perfil dos participantes é majoritariamente feminino (69,1%), maiores de 40 anos de idade (64,7%), com mais de 10 anos de experiência (61,8%) e pós-graduados (67,7%). Esses dados foram obtidos a partir das respostas na primeira etapa do questionário.

Tabela 1: Perfil dos professores estudados

Categoria		N	%
Gênero	Masculino	21	30,9
	Feminino	47	69,1
Idade	≤ 40 anos	24	35,3
	> 40 anos	44	64,7
Experiência	≤ 10 anos	26	38,2
	> 10 anos	42	61,8
Escolaridade	Graduado	22	32,3
	Pós-Graduado	46	67,7
Total		**68**	**100**

De acordo com a Tabela 2, percebe-se um valor de p estatisticamente significativo (p<0,001), ao se comparar a quantidade de acertos pré e pós intervenção (etapas 2 e 4). Para essa análise, foram desconsiderados os itens 2.1, 2.2 e 3.5 por serem perguntas que questionavam a experiência prévia de cada professor, porém não possibilitavam medir o impacto da intervenção na modificação das respostas. Dessa forma, foram consideradas onze perguntas do questionário na análise da Tabela 2.

Tabela 2: Comparação dos acertos pré e pós intervenção

Momento	Média	Mediana	%	p
Pré-Teste	5,66	6	51,45	< 0,001
Pós-Teste	8,26	9	75,09	

A Tabela 3 compreende a análise detalhada de cada item respondido na segunda e quarta etapas, notando-se um valor de p estatisticamente significativo (p<0,05) nos itens 2.3, 2.5, 2.6, 2.8, 3.3.1, 3.3.2 e 3.5. Esses resultados demonstram um parcial desconhecimento pré-intervenção pelos docentes sobre vários aspectos da DI, revelando também o impacto positivo da intervenção nesses quesitos. Destacam-se a melhor compreensão após a intervenção, considerando a definição da DI (de 26,5% para 61,8%), a faixa etária em que a doença pode surgir (de 0% para 52,9%), suas principais manifestações clínicas (de 0% para 72,1%), sua origem (de 47,1% para 76,5%) e, principalmente, o papel do docente na detecção desse distúrbio (de 36,8% para 86,8%). Tudo isso corrobora com o desconhecimento de instrumentos de avaliação da depressão infantil por 95,6% dos professores no questionário pré-intervenção (item 3.5).

Os itens 2.1, 2.2, 3.1 e 3.5 eram opções dicotômicas, tendo como possíveis alternativas as opções “Sim” ou “Não”. Já os itens 2.4, 2.7, 2.9, 3.2 e 3.4 continham perguntas com mais de duas opções e apenas uma verdadeira, assim, os resultados foram divididos entre “Correto” e “Incorreto”, enquanto que os itens 2.3, 2.5, 2.6, 2.8 e 3.3 possuíam várias alternativas e todas eram corretas, assim foram divididas as respostas para análise entre “Completo” e “Incompleto”.

O item 3.3, que envolvia quem deveria ser responsável por ajudar a criança com DI, foi duplicado para que duas variáveis fossem consideradas. A primeira (item 3.3.1) incluía essencialmente os professores como responsáveis (completo) e a segunda (Item 3.3.2) considerava, além dos professores, os pais e os auxiliares da educação como responsáveis (completo). Na primeira variável, 25 professores (36,8%) responderam no pré-teste que os educadores eram considerados responsáveis por identificar a DI (completo) e, no pós-teste, esse número passou para 59 professores (86,8%; p<0,0001). Na segunda variável, 16 professores (23,5%) marcaram que, além dos educadores, os pais e os auxiliares de saúde eram responsáveis por identificar a DI (completo), enquanto que, no pós-teste, esta resposta foi assinalada por 51 professores (75,0%; p<0,0001).

Tabela 3: Análise dos questionários aplicados pré e pós intervenção

Pergunta	Resposta	Pré-teste		Pós-teste		p
		N	%	N	%	
2.1 Você já ouviu falar em Depressão Infantil?	Sim	62	91,2	67	98,5	0,115*
	Não	6	8,8	1	1,5	
2.2 Já teve contato com crianças com Depressão Infantil?	Sim	32	47,1	36	52,9	0,493**
	Não	36	52,9	32	47,1	
2.3 Para você, a depressão infantil é: Marque a(s) que julgar verdadeiro	Completo	18	26,5	42	61,8	**< 0,001****
	Incompleto	50	73,5	26	38,2	
2.4 Depressão infantil surge	Correto	67	98,5	68	100	1,000*
	Incorreto	1	1,5	0	0,00	
2.5 Marque a(s) que julgar verdadeiro. Depressão Infantil afeta a criança com:	Completo	0	0	36	52,9	**< 0,001***
	Incompleto	68	100	32	47,1	
2.6 Assinale a(s) alternativa(s) que representa (m) os sintomas de Depressão Infantil	Completo	0	0	49	72,1	**< 0,001***
	Incompleto	68	100	19	27,9	
2.7 Depressão infantil leva a criança a pensar em	Correto	64	94,1	65	95,6	1,000*
	Incorreto	4	5,9	3	4,4	
2.8 A Depressão Infantil pode ter origem na(s) seguinte(s) situação(ões):	Completo	32	47,1	52	76,5	**< 0,001****
	Incompleto	36	52,9	16	23,5	
2.9 A depressão infantil pode ser considerada grave quando	Correto	61	89,7	65	95,6	0,325*
	Incorreto	7	10,3	3	4,4	

3.1 Em sua opinião, há relação entre a Depressão Infantil e a dificuldade de aprendizagem?	Sim	66	97,1	67	98,5	1,000*
	Não	2	2,9	1	1,5	
3.2 A Depressão infantil pode ser detectada em crianças:	Correto	61	89,7	67	98,5	0,062*
	Incorreto	7	10,3	1	1,5	
3.3.1 Em seu entender, quem deveria ajudar a criança com Depressão Infantil? Marque a(s) que julgar verdadeiro (participação dos professores)	Completo	25	36,8	59	86,8	**< 0,001****
	Incompleto	43	63,2	9	13,2	
3.3.2 Em seu entender, quem deveria ajudar a criança com Depressão Infantil? Marque a(s) que julgar verdadeiro (total)	Completo	16	23,5	51	75,0	**< 0,001****
	Incompleto	52	76,5	17	25,0	
3.4 Quando uma criança depressiva muda de comportamento na escola o professor deve:	Correto	36	52,9	38	55,9	0,731**
	Incorreto	32	47,1	30	44,1	
3.5 Você conhece algum instrumento de avaliação de Depressão Infantil?	Sim	3	4,4	23	33,8	**< 0,001***
	Não	65	95,6	45	66,2	

* Utilizado o teste exato de Fisher
** Utilizado o teste qui-quadrado

O item 2.6, detalhado na Tabela 4, trata-se de uma questão de múltipla escolha, podendo ter sido respondida com mais de uma alternativa, justificando o fato dos resultados somados serem maiores que 100%. Considerando corretas todas as alternativas como sintomas da depressão infantil, podemos concluir que houve melhora no número de acertos pelos professores ($p<0,0001$), uma vez que nenhum deles soube identificar todas as manifestações atribuídas à DI (completo) no pré-teste, enquanto que, no pós-teste, esse número passou para 49 professores (72,1%). Na primeira aplicação do questionário, dentre os sintomas conhecidos pelos docentes, destacam-se tristeza (91,2%), dificuldade de brincar (91,2%) e isolamento social (86,7%). Ademais, enfatiza-se uma melhora mais significativa no pós-teste para os sintomas de estado de euforia (de 4,4% para 73,5%) e dificuldade de controlar o riso (de 11,8% para 76,4%).

Tabela 4: Análise do conhecimento dos docentes sobre sintomas da DI pré e pós intervenção.

Sinais e sintomas	Pré-teste		Pós-teste	
	N	%	N	%
Agressividade e irritação	23	33,8	60	88,2
Perda do apetite	35	51,5	64	94,1
Distúrbios do sono	28	41,2	63	92,6
Queda no desempenho escolar	47	69,1	66	97,0
Tristeza	62	91,2	67	98,5
Estado de euforia	3	4,4	50	73,5
Isolamento social	59	86,7	67	98,5
Ansiedade de separação	27	39,7	62	91,2
Dificuldade de controlar o riso	8	11,8	52	76,4
Fraqueza	39	57,3	58	85,3
Dificuldade de brincar	62	91,2	67	98,5

4. DISCUSSÃO

No estudo em discussão, observamos que a intervenção produziu impacto significativo no conhecimento dos professores em relação à DI, aumentando de 51,45% para 75,09% a quantidade média de acertos entre os questionários aplicados pré e pós intervenção ($p<0,001$). A estratégia proposta na intervenção, embora simples, provocou efeito positivo no treinamento dos educadores sobre características da DI e seu reconhecimento, validando a importância do trabalho.

Percebeu-se ainda que as respostas do questionário que exigiam um conhecimento menos aprofundado sobre o tema, incluindo quando a DI surge, o que ela faz a criança pensar, a sua relação com a dificuldade de aprendizagem e o que o seu estado grave gera, foram as com maior número de acertos no momento pré-intervenção. Já aquelas que exigiam um conhecimento mais específico tiveram menor aproveitamento, incluindo os sintomas da DI, a idade em que se inicia e a participação docente no processo. Dessa forma, evidencia-se que a DI não é um tema completamente desconhecido pelos profissionais da educação, mas se faz necessária mais informação para que os mesmos consigam identificar e conduzir de forma apropriada um quadro suspeito de DI.

Identificamos que a questão 2.6, que falava sobre os principais sintomas da DI, obteve as maiores diferenças do número de acertos entre as aplicações. A visão anterior dos participantes era de uma criança depressiva somente quando se encontrava triste o tempo inteiro, não interagia com os colegas de classe, tinha desempenho escolar ruim e não se alimentava de maneira ideal. Embora essa visão possa ser comum no entendimento das pessoas sobre um quadro depressivo, é preciso que haja uma compreensão mais profunda sobre as manifestações clínicas da DI para favorecer a identificação de casos suspeitos.

A intervenção mostrou impacto positivo sobre os sintomas da DI, havendo melhora no seu reconhecimento, uma vez que nenhum professor soube identificar todas as manifestações atribuídas a esse distúrbio no pré-teste, enquanto que, no pós-teste, esse número passou para 49 professores (72,1%). Nota-se que a intervenção

proposta trouxe melhor resultado, observando-se um aperfeiçoamento na identificação de sintomas, como estado de euforia, dificuldade de brincar, agressividade e irritação, distúrbio do sono e perda do apetite. Espera-se, então, que, após a intervenção, os docentes tenham se tornado mais aptos a associar esses sintomas menos típicos, porém importantes, na sua caracterização, podendo reconhecer melhor potenciais casos de DI entre seus alunos.

Atualmente sabemos que o ambiente familiar em que a criança se encontra inserida tem um papel relevante[14] e que ainda existe a relação da DI com a tríade cognitiva.[15] Esse conceito afirma que crianças depressivas podem exibir uma visão negativa de si mesmas, de seu futuro e de suas experiências, funcionando como uma espécie de autossabotagem e de distorção da realidade. Então, a preocupação inicial era expor tamanha variedade sintomática para que os professores tomassem conhecimento disso e pudessem aplicar esse novo conhecimento em seus alunos[18,19,20].

Ao abordarmos sobre quem seriam os principais responsáveis pela detecção da DI, em um primeiro momento, a minoria dos docentes, 25 professores (36,8%), disse que os educadores tinham esse papel. Isso quer dizer que a maior parte não se considerava responsável e, até mesmo, não tinha conhecimento de que eles são extremamente essenciais para essas crianças neste quesito. Após a intervenção, o número de professores que conseguiu reconhecer seu papel no diagnóstico da DI passou para 59 (86,8%), demonstrando que havia falta de informações adequadas e de qualidade sobre a DI no momento pré-intervenção.

Entendemos que, se bem instruídos e preparados, eles terão mais chances de identificar problemas de saúde mental entre seus alunos. Esses dados também contribuem na validação da pesquisa e respondem em parte o nosso objetivo secundário, que seria determinar o impacto da intervenção. Ressalta-se que o momento atual reflete tempos de maior vulnerabilidade para os alunos, em que o distanciamento social da COVID-19 proporciona estresses de duração prolongada, devido ao medo iminente da infecção, tédio, falta de contato com colegas, escassez de espaço em casa, violência doméstica e mudanças abruptas de rotina. Dessa forma, capacitar os professores a reconhecer a DI adquire uma importância ainda maior neste cenário.

Ainda sobre quem seriam os responsáveis pelas crianças com DI (item 3.3.1), vale destacar que aqueles participantes que atribuíram a responsabilidade aos pais e familiares não estavam errados, pois a família é um importante coadjuvante para o reconhecimento da depressão nas crianças. Entretanto, os profissionais da educação precisavam reconhecer o seu próprio papel no conceito triangular da DI, que envolve casa, escola e profissional de saúde, o que foi em grande parte propiciado pela intervenção.

Ao questionar sobre as atitudes que os professores devem tomar após reconhecer os sinais de DI, no item 3.4, percebemos que a melhora pós teste foi baixa e que houve variações muito grandes de padrões de resposta. Isso pode ser parcialmente explicado pela intervenção realizada que, por ser curta, não abrangeu especificamente o tema dessa questão, deixando os professores sem uma orientação adequada sobre como agir nesses casos. Reforça-se que já é de conhecimento científico que a melhor forma de conduzir a DI pelos profissionais da educação seria conversar com a criança, entender os seus sentimentos e alertar os pais sobre um possível quadro depressivo a ser confirmado, posteriormente, por um profissional médico.[15]

Sabemos ainda que, após a otimização do reconhecimento da DI por esses profissionais, principalmente pela capacidade de identificar sintomas típicos da DI, é preciso saber como direcionar essas crianças para além da sala de aula[21,22]. A melhor forma para isso seria entrar em contato com a equipe pedagógica da instituição de ensino e participar aos pais ou responsáveis sobre as alterações percebidas. Diante disso, os pais seriam orientados a levar essas crianças com sintomas de DI a profissionais de saúde capacitados e integrados, em parceria à rede publica de ensino.

A respeito da adesão, de um número global de 157 docentes, somente 68 professores (46,4%) participaram, até o fim, da pesquisa. Tal fato pode estar relacionado tanto com variáveis socioeconômicas, como de cunho atual. A primeira se refere à desvalorização progressiva dos profissionais da educação da rede pública e, por consequência, os professores podem enfrentar desmotivação e exaustão que os tornam menos propensos a realizar atividades extras, como participar de uma pesquisa, mesmo que envolva apenas responder um questionário virtual. A segunda, que também é uma intensificadora da primeira variável, estaria relacionada às novas adaptações tecnológicas que a pandemia da COVID-19 trouxe à tona. A adaptação do ensino presencial ao modo remoto pode ter gerado sobrecarga

de trabalho dos professores e potencializado problemas de saúde física e mental, como quadros de estresse, ansiedade e depressão[23,24]. Essa seria, então, uma justificativa do porquê, mesmo com todos os esforços de entrar em contato com os participantes por parte dos pesquisadores, a pesquisa não tenha apresentado um número maior de participantes.

Podemos verificar um percentual elevado de mulheres compondo a nossa amostra (69,1 %). Culturalmente, em várias partes do mundo, esse grupo de pessoas acumula inúmeras funções no dia a dia, como o serviço doméstico, responsabilidade na criação dos filhos, trabalho externo profissional, além dos seus próprios cuidados pessoais e cotidianos. Aliado a isso, o isolamento imposto pela pandemia da COVID-19 configura que as pessoas de um mesmo núcleo familiar estão confinadas boa parte do tempo no mesmo espaço físico, aumentando conflitos e estresse. Todos estes fatores, portanto, podem estar relacionados a uma menor disponibilidade e interesse em participar de mais funções externas que venham a sobrecarregar, ainda mais, essas mulheres.

Outra explicação para um número total de participantes menor do que o esperado foi a dificuldade que o grupo encontrou para realizar o trabalho de campo no período do isolamento social. O primeiro planejamento do estudo contava com o contato pessoal dos pesquisadores com os docentes, principalmente no momento da execução da intervenção. No entanto, diante da realidade que se estendeu desde o início da pandemia em 2020, a melhor opção e também a mais segura foi optar por aplicar os questionários e a intervenção de maneira remota.

Mesmo com essas mudanças de planos, estratégias para maior alcance foram realizadas, incluindo o contato direto com os professores das escolas estaduais selecionadas através de grupos de *WhatsApp* criados pelos próprios diretores/responsáveis e o encaminhamento de *e-mails* feito em rodízio pelos pesquisadores, no intuito de evitar que o destino das mensagens fosse a caixa de *spam* dos participantes. Ressalta-se que, mesmo diante das dificuldades impostas pela pandemia da COVID-19, a intervenção à distância foi suficiente para gerar impacto positivo no conhecimento dos docentes sobre a DI, reforçando a ideia de seu uso como ferramenta de capacitação, mesmo durante tempos de isolamento social.

Este cenário é, de fato, um período na história para o qual ninguém estava preparado, especialmente as crianças, e espera-se um número crescente de casos de DI durante e mesmo após o isolamento social. As desigualdades sociais e educacionais, sempre presentes, agora aparecem de forma mais evidente e, junto disso, os problemas relacionados à saúde mental são ainda mais eminentes. Por isso, a estratégia de auxiliar e orientar os professores a reconhecer a DI em seus alunos deve receber atenção ainda maior e configurar como ferramenta essencial das políticas públicas de saúde e educação.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou como profissionais que trabalham com a educação de crianças, mesmo com formação superior, possuem deficiências no conhecimento sobre a DI, havendo impacto positivo após breve intervenção educativa sobre o tema. Diante dos resultados obtidos, enfatiza-se a necessidade de uma maior atenção dos professores com as crianças perante os sintomas da DI e sobre como conduzir esse quadro até que os pais ou responsáveis possam estar cientes. Isso se torna ainda mais importante diante da nova realidade da pandemia mundial da COVID-19, na qual esperamos uma maior prevalência dessa patologia.

O estudo mostrou como um material audiovisual simples conseguiu melhorar a interpretação dos professores perante a DI e, com isso, concluímos que não são necessárias medidas tão extremas e financeiramente inviáveis para capacitar os profissionais da educação. Caso informações confiáveis e de qualidade sejam disponibilizadas, os docentes estarão dispostos a acrescentar conceitos em seus conhecimentos. Portanto, esperamos que esse estudo possa demonstrar que os profissionais da educação estão abertos a novas informações e que compartilham da ideia de que reconhecer as crianças com sintomas de DI, muitas vezes subnotificada ou nem percebida, é extremamente importante, podendo evitar complicações futuras.

Por fim, esperamos que esse trabalho possa inspirar estratégias de capacitação dos profissionais da educação não somente da rede pública, como também em escolas particulares, no reconhecimento da DI.

6. REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed; 2014.

2. Fernandes AM, Milani RG. A Depressão Infantil, Rendimento Escolar e a Autoeficácia: Uma Revisão da Literatura. Revista Cesumar–Ciências Humanas e Sociais Aplicadas. 2010;15(2):381-403.
3. Silva EF. Acompanhamento de pacientes com depressão no território da estratégia saúde da família Atalaia no municipio de Governador Valadares: projeto de intervenção. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Governador Valadares: Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.
4. Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Souza LDM, Tomasi E, *et al*. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo). 2012;39(6):194-197.
5. Souza SC, Rodrigues TM. Depressão infantil: considerações para professores da educação básica. Brazilian Journal of Development. 2020; 6(6): 34326-34338.
6. Child mind institute. [homepage na Internet]. Children 's Mental Health Report. [Acesso em: 10 de abril de 2021]. Disponível em <https://childmind.org/downloads/2015%20Childrens%20Mental%20Health%20Rep ort. pdf>.
7. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. Lancet. 2020; 39510228):945-947.
8. Andriola WB, Cavalcante LR. Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. Psicol Reflex Crít. 1999;12(2):419-428.
9. Özabaci N. The effectiveness of teachers to recognize the symptoms of depression for their depressive students. Procedia-social and behavioral sciences. 2010;2(2):2371-2376.
10. Morris ML. Childhood depression in the primary grades: Early identification, a teacher consultation remedial model, and classroom correlates of change. Interchange. 1980; 11(1): 61-75.
11. Soares AGS, Estanislau G, Brietzke E, Lefèvre F, Bressan RA. Percepção de professores de escola pública sobre saúde mental. Rev Saúde Pública. 2014;48(6): 940-948.
12. Loureiro LMJ. Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental–QuALiSMental: estudo das propriedades psicométricas. Revista de Enfermagem Referência. 2015;4(4): 79-88.
13. Costa SMB. Atitudes dos pais e dos professores face à Depressão Infantil. [Mestrado]. Lisboa: Escola Superior de educação João de Deus; 2012.
14. Cruvinel M, Borucho E. Sintomas de depressão infantil e ambiente familiar. Psicol Pesq. 2009;3(1).
15. Woo CS. Depressão infantil na análise do comportamento. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Brasília: Universitário de Brasília; 2003.
16. Cruvinel M, Boruchovitch E. Compreendendo a depressão infantil. 1ª ed. Editora Vozes; 2014.
17. Jaycox LHl, Reivich KJ, Gillam J, Seligman ME. Prevention of depressive symptoms in school children. Behav Res Ther**.** 1994; 32(8): 801-816.
18. Yu DL, Seligman MEP. Preventing depressive symptoms in Chinese children. Prevention & Treatment. 2002; 5(1).
19. Horowitz JL, Garber J. The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. J Consult Clin Psychol. 2006 Jun;74(3):401-15.
20. Poznanski EO Grossman JA, Buchsbaum Y, Banegas M, Freeman L, Gibbons R. Preliminary studies of the reliability and validity of the children's depression rating scale. J Am Acad Child Psychiatry. 1984 Mar;23(2):191-7.
21. Jatobá JDVN, Bastos O. Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. J Bras Psiquiatr. 2007; 56(3).
22. Almeida WS, Silva DRP. Mudanças nas condições socioeconômicas e de saúde dos brasileiros durante a pandemia de covid-19. Rev Bras Epidemiol. 2020; 23:e200105.
23. Alvarenga R, Martins GC, Dipe EL, Campos MVA, Passos RP, Lima BN, *et al*. Percepção da qualidade de vida de professores das redes públicas e privadas frente à pandemia do covid-19. Revista CPAQV–Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida. 2020;12(3).
24. Honorato HG, Marcelino ACKB. A arte de ensinar e a pandemia COVID-19: a visão dos professores. REDE-Revista Diálogos em Educação. 2020;1(1): 208-220.