UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOPEDAGOGIA CLÍNICA E INSTITUCIONAL

VALDECI LIMA DA SILVA

**DEPRESSÃO INFANTIL: UM ESTUDO DE CASO ENVOLVENDO UMA REALIDADE PRESENTE NO AMBIENTE ESCOLAR**

GUAMARÉ - RN

2014

VALDECI LIMA DA SILVA

**DEPRESSÃO INFANTIL: um estudo de caso envolvendo uma realidade presente no ambiente escolar**

Monografia apresentada à Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional.

Orientadora: Profª. Ms. Maria Celeste Ferreira Campos de Andrade.

GUAMARÉ - RN

2014

VALDECI LIMA DA SILVA

**DEPRESSÃO INFANTIL: um estudo de caso envolvendo uma realidade presente no ambiente escolar**

Monografia apresentada à Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional.

Aprovada em Junho de 2014.

**BANCA EXAMINADORA**

Profª. Ms. Maria Celeste Ferreira Campos de Andrade – Orientadora

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) – Guamaré/RN

Vanessa Caroline Lopes de Oliveira Galdino - Convidada

Cooperativa de Professores do RN/COOPERN

Selma Silva - Convidada

Secretaria Municipal de Natal

GUAMARÉ - RN

2014

Dedico este trabalho a toda a minha maravilhosa família e amigos, que contribuíram direta ou indiretamente para esta conquista, dando-me forças e todo o apoio de que precisei durante esta caminhada.

**AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela plenitude da vida, por sua graça e infinita misericórdia que me permitiram estar aqui;

À professora orientadora Maria Celeste Ferreira Campos de Andrade, pela inquestionável colaboração para elaboração deste trabalho;

Ao meu marido Marcos, pelo seu amor e companheirismo, incentivo e compreensão nos momentos de ausência;

Em especial aos meus filhos David e Dayvison, presentes de Deus para mim e os orgulhos da minha vida;

À minha nora Avelusia e às minhas netas Yasmim e Yaslanni, tão especiais para mim;

Às minhas amigas de turma, que tanto contribuíram apoiando-me durante o processo de desenvolvimento do curso e da realização desta pesquisa, para que pudesse realizá-los.

“A ciência moderna ainda não produziu um medicamento tranquilizador tão eficaz como o são umas poucas palavras bondosas”.

 Freud

**RESUMO**

O presente trabalho tem como objetivo principal aprofundar estudos e levantar dados sobre a depressão infantil e apontar as contribuições da prática psicopedagógica nesse processo de orientação aos familiares e educadores de como proceder diante dessa realidade presente no ambiente escolar. Esta pesquisa procurou-se investigar identificar e nomear as causas e sua caracterização no ambiente familiar, e escolar que contribuem para dificuldade de aprendizagem e o baixo rendimento escolar e as mediações apropriadas que podem tornar o trabalho do educador mais significativo e eficiente, tendo como referencial teórico os estudos de Miller (2003); Boruchovitch (2003); Baptista (1999); Seligman (1992); Barbosa e Gaião (2001), entre outros que contribuíram para a reflexão dessa temática. A depressão em crianças pode comprometer seriamente o processo de desenvolvimento da maturidade psicológica e social, traz desmotivação para o aprendizado compromete o desenvolvimento da criança influenciando no desenvolvimento escolar. Enfim pretende-se disponibilizar um maior conhecimento acerca da depressão infantil para que pais e professores possam propiciar um olhar mais atento às crianças que apresentam possíveis sintomas, permitindo um encaminhamento oportuno é um diagnostico mais rápido, o que condiz com uma intervenção adequada em tempo hábil. E partindo desses pressupostos, sugerir estratégias de intervenção psicopedagógicas, sobretudo no ambiente escolar, que venham a contribuir com uma melhor qualidade de ensino e consequentemente, uma melhor qualidade de vida para as crianças que sofrem de depressão.

**Palavras-chave:** Depressão infantil. Aprendizagem. Rendimento escolar.

ABSTRACT

The present work aims to deepen studies and to assess childhood depression and point out the contributions of psychoeducational practice this process guidance to families and educators on how to proceed in this present reality in the school environment. This research sought to investigate to identify and name the causes and their characterization in the home environment, and school that contribute to learning difficulties and poor academic performance and appropriate mediations that can make the work more meaningful and effective educator, having as reference theoretical studies of Miller (2003); Boruchovitch (2003); Baptista (1999); Seligman (1992); Gaião and Barbosa (2001), among others who contributed to the reflections on this issue. Depression in children can seriously compromise the process of development of psychological and social maturity, motivation for learning brings compromises influencing the child's development in school development. Anyway we intend to provide more knowledge about childhood depression for parents and teachers to provide a closer look at children who have possible symptoms, allowing a timely referral is a faster diagnosis, which is consistent with an appropriate intervention in a timely manner. And leaving these assumptions, suggest strategies psychopedagogic intervention, especially in the school environment, which may contribute to a better quality of education and thus a better quality of life for children who suffer from depression.

Key-words: Childhood depression. Learning. School performance.

SUMÁRIO

**1 INTRODUÇÃO**9

**2 PSICOPEDAGOGIA: uma trajetória histórica**12

**3 DEPRESSÃO: reflexões iniciais**17

3.1 CONTEXTUALIZANDO A DEPRESSÃO INFANTIL18

3.2 A MANIFESTAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS NO COMPORTAMENTO DA CRIANÇA23

3.3 NO AMBIENTE FAMILIAR34

**4 A RELAÇÃO DA DEPRESSÃO INFANTIL E DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM**40

4.1 CRIANÇA DEPRESSIVA NA ESCOLA42

4.2 DEPRESSÃO INFANTIL E RENDIMENTO ESCOLAR46

**5 DEPRESSÃO INFANTIL E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÕES PSICOPEDAGÓGICAS**51

**6 MÉTODO**58

6.1 ENTREVISTA FAMILIAR58

**6.1.1 Entrevista de Anamnese**59

**6.1.2 Visita Escolar**59

**6.1.3 E.O.C.A. (Entrevista Operativa Centrada na Aprendizagem)**59

**6.1.4 Sessões Lúdicas Centradas na Aprendizagem**59

**6.1.5 Provas e Testes**60

**6.1.6 Síntese Diagnóstica**60

**6.1.7 Entrevista de Devolução**60

6.2 APRESENTAÇÃO DO CASO61

**6.2.1 Apresentação do Sujeito**61

**6.2.2 Queixa Principal**61

**7 RESULTADOS E DISCUSSÃO**61

**8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**65

**REFERÊNCIAS**67

**1 INTRODUÇÃO**

Nas últimas décadas o desenvolvimento informacional vem provocando mudanças significativas na sociedade, facilitando o surgimento de avanços e descobertas científicas ocorridas em torno da compreensão e tratamento das enfermidades mentais. Cada vez mais, o ritmo da nossa sociedade influencia o aparecimento de doenças mentais, a depressão é uma doença que não escolhe raça crença sexo ou idade ela simplesmente esta presente em qualquer lugar do mundo, acometendo qualquer pessoa sem exceção.

É necessário ressaltar que a depressão é uma das doenças atual que mais assola a humanidade neste final de século e considerada, em meio ao mundo contemporâneo, um dos maiores transtornos já vividos pela população, causas efeitos desastrosos e de total perda da vontade de viver. Durante a vida todos podem ter períodos que são julgados difíceis, e algumas pessoas passam por períodos considerados insuportáveis. A Depressão é uma doença que compromete o físico, o humor e, em consequência o psicológico. Ela altera a maneira como a pessoa vê o mundo e sente a realidade, como interpreta as coisas, manifesta emoções e insatisfações do próprio viver.

Inicialmente a depressão era atribuída apenas aos adultos, por muito tempo acreditou-se que a depressão em criança não existia, ou que seria muito rara. Dessa forma o reconhecimento da depressão infantil e bastante recente. Segundo Cruvinel e boruchovitch (2004), a depressão e considerada um transtorno de humor que ocorrendo na infância, vem acompanhado de problemas escolares, como dificuldade de aprendizagem, concentração e problemas de comportamento, como isolamento ou agitação. Era impensável uma criança padecer desta doença mental. A criança deprimida se isola socialmente, é pouco participativa, e este comportamento já poderia justificar a dificuldade de aprendizagem e o baixo rendimento escolar.

De acordo com pesquisas cientificas a depressão pode ser considerada uma doença que vem abrangendo grande parte da população, a qual precisa aprender a conviver com este mal e procurar desenvolver mecanismos para combater os problemas gerados pela mesma.

Destaca-se ainda, que a doença interfere na habilidade pessoal de trabalhar, dormir, se relacionar, comer, de não gostar de atividades antes consideradas prazerosas, circunstâncias estas que não ocorrem com as pessoas que não apresentam esta doença. Seus sintomas eram ignorados, o conhecimento e as pesquisas sobre o assunto eram escassos e, como consequência, muitas crianças sofreram e não tiveram a oportunidade de serem ajudadas. Recentemente, observa-se um interesse crescente pela depressão infantil como um transtorno real no mundo científico, e hoje muitos avanços já foram alcançados para a compreensão e o tratamento deste problema (MILLER, 2003).

Este estudo é relevante por caracterizar os sintomas de uma doença atual e frequente na infância abandonando, dessa forma o senso comum e promovendo um aprofundamento cientifico sobre ela.

O real motivo que levou a escolher o tema depressão infantil surgiu inicialmente após o estagio institucional e clinico, onde pude observar como a depressão infantil está presente no ambiente educacional daí fluiu a necessidade de conhecer um pouco melhor a realidade existente na nossa sociedade, de certo modo, saber se os pais e os professores são capazes de perceber quando um aluno está a passar por uma depressão e se estão preparados para ajuda-lo a ultrapassar esta difícil fase da sua vida.

Diante do exposto ate então me deparei com algumas indagações, a saber: como os profissionais da educação lidam pedagogicamente com os sintomas da depressão em sala? Qual a postura dos professores diante deste problema? Como pais e professores podem ajudar as crianças durante esse período de doença? Até que ponto a depressão infantil pode prejudicar no rendimento escolar e no processo de aprendizagem? Esses e tantos outros questionamentos me motivou a investigar sobre essa temática, afinal já não há mais duvidas de que a depressão infantil existe e que tem levado muitos ao sofrimento e desespero.

De modo que esse trabalho tem uma razão de ser, pretende-se dar resposta à problemática que nos propusemos a estudar: “Depressão infantil: um estudo de caso envolvendo uma realidade presente no ambiente escolar”, e que os resultados desta pesquisa sirvam de apoio e material para auxiliar pais e professores de como proceder diante dessa temática, reconhecendo sintomas depressivos nas crianças, e a partir disso buscar ajuda profissional e desenvolver meios adequados de aperfeiçoar a aprendizagem escolar e desenvolvimento psicossocial em geral. Esta pesquisa traz benefícios para a sociedade de modo geral, pode contribuir para facilitar o reconhecimento de sintomas depressivos em escolas por parte de seus professores, possibilitando que o aluno por excelência receba a intervenção adequada.

Contudo o objetivo principal dessa pesquisa foi aprofundar os estudos e levantar dados sobre a depressão infantil e apontar as contribuições da pratica psicopedagógica nesse processo de orientação aos familiares e educadores de como proceder diante dessa realidade presente no ambiente escolar. Observamos que, os pais, devido ao seu envolvimento ou falta de afeto, e atenção podem não perceber, não reconhecer ou não aceitar os problemas emocionais de seus filhos.

Quanto aos educadores, são eles os primeiros a observar a ocorrência de algum sintoma anormal na criança. Daí a importância de um maior conhecimento dos sintomas como forma de esclarecimento às famílias e educadores, e, sobretudo como prevenção, já que a conscientização pode produzir um olhar atento e é um meio muito eficaz para evitar transtornos equivocados ou tardios. O relato do referido estudo constitui-se a uma produção individual de natureza acadêmica e cientifica e, para tal exige organização sistemática, articulação de ideias e argumentação de maneira clara objetiva e precisa. Como forma de situar a leitura esse trabalho esta organizado da seguinte maneira. Inicialmente encontra a parte introdutória, no segundo capítulo tecemos algumas considerações sobre a trajetória histórica da psicopedagogia. No terceiro capítulo Reflexões Iniciais. No quarto capítulo será apresentada a relação da depressão infantil e dificuldade de aprendizagem. No quinto capítulo: apresentamos a depressão infantil e estratégias de intervenções psicopedagógicas na escola. Em seguida será apresentado o método de estudo com apresentação de Estudo de Caso, seguido dos resultados e discussões e finalizando com as considerações finais. Aqui trataremos do caminho percorrido desde o inicio do trabalho, suas contribuições para a prática clínica psicopedagógica, o que aprende-se e como vamos utilizar esse conhecimento posteriormente.

**2 PSICOPEDAGOGIA: uma trajetória histórica**

A Psicopedagogia teve seu início no século XX na França com os autores Jacob Feldman, Sara PainJulian Ajuriaguerra, alicia Fernandez Ana Maria Muniz e Jorge Visca, dentre outros, realizando estudos para resolver problemas de fracasso escolar e articulando tais intervenções com a Medicina, Psicologia, Psicanálise e Pedagogia. Na época, o problema do fracasso escolar estava associado a problemas de conduta e comportamento, ao desenvolvimento cognitivo, afetivo, emocional, orgânico e motor.

Expandiu-se pela Europa, Estados Unidos e, mais recentemente, na Argentina ainda com ênfase nos aspectos relacionados com o insucesso escolar. Nesse período, as dificuldades e/ou problemas de aprendizagem apresentavam caráter médico e eram tratados com procedimentos remediativos.

Os primeiros Centros Psicopedagógicos foram criados na França, na década de 40, com o intuito de desenvolver um trabalho voltado para crianças com problemas escolares ou comportamentais atendidas por uma equipe de profissionais da área psicológica, psicanalítica e pedagógica.

O movimento da Psicopedagogia no Brasil inicia com forte influência da Argentina, seja pela proximidade geográfica ou pelo fácil acesso à literatura. Há registros bibliográficos de trabalhos de autores argentinos, os quais constituem os primeiros esforços no sentido de sistematizar um corpo teórico próprio da Psicopedagogia. Nádia Bossa ressalta que a origem do pensamento argentino acerca da Psicopedagogia é marcada por traços dos estudos e pesquisas realizados na França e destaca que a literatura francesa influencia as ideias sobre Psicopedagogia na Argentina, a qual, por sua vez, influencia a práxis brasileiras. A psicpedagogia francesa apresenta algumas considerações sobre o termo Psicopedagogia e sobre a origem dessas ideias na Europa, e os trabalhos de George Mauco, fundador do primeiro centro médico psicopedagógico na França, em que se percebem as primeiras tentativas de articulação entre medicina, psicologia, psicanálise e pedagogia, na solução dos problemas de comportamento e de aprendizagem (BOSSA, 2007, p. 39)

Na Argentina, a Psicopedagogia já surge como um curso de graduação, na década de 60. No entanto, a atividade psicopedagógica já era exercida antes mesmo da criação do curso. Profissionais que possuíam outra formação, ao encontrarem demandas específicas de dificuldades de aprendizagem, vislumbraram a necessidade de ocupar um espaço que pedagogos e psicólogos não conseguiam preencher. Com isso, alternativas de intervenção foram criadas, com o objetivo de resolver os problemas de fracasso escolar, cada vez mais recorrentes. Segundo Maria Regina Peres a Psicopedagogia passa a despertar a atenção de vários países que, preocupados com os altos índices de fracassos escolares, passam a buscar novas alternativas de trabalho. Dentre estes países, na Argentina, a Psicopedagogia tem recebido um enfoque especial, sendo considerada uma carreira profissional (PERES, 1998, p. 42).

A psicopedagogia chegou ao Brasil em uma época, década de 70, cujas dificuldades de aprendizagem eram associadas a uma disfunção neurológica denominada de disfunção cerebral mínima (DCM) que virou moda neste período, servindo para camuflar problemas sociopedagógicos. Sampaio confirma que o Brasil recebeu influências tanto americanas, quanto europeias, através da Argentina. Notadamente no sul do país, a entrada dos estudos do Jacob Feldmann, Sara Paín, Alicia Fernández, Ana Maria Muñiz e Jorge Visca, enriqueceu o desenvolvimento desta área de conhecimento no Brasil. Temos o professor argentino Jorge Visca como um dos maiores contribuintes da difusão psicopedagógica no Brasil. Foi o criador da Epistemologia Convergente, uma linha teórica que propõe um trabalho com a aprendizagem utilizando-se da integração de três linhas da Psicologia: Psicogenética de Piaget; Escola Psicanalítica (Freud); e a Escola de Psicologia Social de Enrique Pichon Rivière. Visca propõe o trabalho com a aprendizagem em que o principal objeto de estudo são os níveis de inteligência, com as teorizações da psicanálise sobre as manifestações emocionais que representam seu interesse.

No Brasil a Psicopedagogia foi introduzida baseada nos modelos médicos de atuação e foi dentro desta concepção de problemas de aprendizagem que se iniciaram, cursos de formação de especialistas em Psicopedagogia na Clínica Médica-Pedagógica de Porto Alegre, com a duração de dois anos . De acordo com Visca, a Psicopedagogia foi inicialmente uma ação subsidiada da Medicina e da Psicologia, perfilando-se posteriormente como um conhecimento independente e complementar, possuída de um objeto de estudo, denominado de processo de aprendizagem, e de recursos diagnósticos, corretores e preventivos próprios (VISCA *apud* BOSSA, 2000, p. 21). Visca implantou CEPs no Rio de Janeiro, São Paulo, capital e Campinas, Salvador, e Curitiba. Deu aulas em Salvador, Porto Alegre, Rio de Janeiro, São Paulo, Campinas, Itajaí, Joinville, Maringá, Goiânia, Foz do Iguaçu e muitas outras (BARBOSA, 2007, p. 14).

Muitos outros cursos de Psicopedagogia foram surgindo ao longo deste período até os dias atuais e este crescimento não para de acontecer o que indica uma grande procura por esta profissão. Existe, em nosso país há 13 anos a Associação Brasileira de Psicopedagogia (ABPp) que dá um norte a esta profissão.

Ela é responsável pela organização de eventos, pela publicação de temas relacionados à Psicopedagogia, cadastro dos profissionais. Qualquer dúvida sobre o curso que deseja fazer procure a sessão da Abpp em seu estado. A importância do psicopedagogo na escola tem significativa, visto que diante do baixo desempenho acadêmico, as escolas estão cada vez mais preocupadas com os alunos que têm dificuldades de aprendizagem, não sabem mais o que fazer com as crianças que não aprendem de acordo com o processo considerado normal e não possuem uma política de intervenção capaz de contribuir para a superação dos problemas de aprendizagem.

A formação do psicopedagogo vem ocorrendo em caráter regular e oficial desde a década de 70 em instituições universitárias de renome. Esta formação foi regulamentada pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) em cursos de pós-graduação e especialização, com carga horária mínima de 360h. O curso deve atender às exigências mínimas do Conselho Federal de Educação quanto à carga horária, critérios de avaliação, corpo docente e outras. Não há normas e critérios para a estrutura curricular, o que leva a uma grande diversificação na formação. Hoje a Psicopedagogia já possui uma marca própria, que foi construída na prática no percurso histórico. Embora a profissão do Psicopedagogo ainda não esteja regulamentada existe no Congresso Nacional um Projeto de lei nº03. 124/97 já aprovado pela Comissão de Trabalho da Câmara dos Deputados e atualmente em fase de estudos na Comissão de Educação, Cultura e Desporto.

De acordo com Alves e Bossa  a Psicopedagogia é um campo no qual floresceu o conceito de sujeito autor, é uma área de estudo interdisciplinar que olha para o sujeito como um todo no contexto no qual está inserido, que estuda os caminhos do sujeito que aprende e apreende, adquire, elabora, saboreia e transforma em saber o conhecimento. A concepção de sujeito autor como aquele que constrói seu pensamento se faz presente através de um “corpo” que sente, existe, ama e proclama sua liberdade de ser, de estar e viver no eterno presente, no eterno agora.

Para Bossa a Psicopedagogia é concebida com uma configuração clínica, ainda que sua prática se dê em um enfoque preventivo e, esse caráter clínico significa levar em conta a singularidade do processo a ser investigado, recorrendo tanto aos diagnósticos e intervenções que lhe são comuns no trabalho institucional e clínico. Para a autora, o termo distingue-se em três conotações: como uma prática*,* como um campo de investigação do ato de aprender e como uma saber científico*.*

Segundo a autora, a Psicopedagogia deve se ocupar do estudo da aprendizagem humana e, portanto, preocupar-se inicialmente com o processo de aprendizagem (como se aprende, como essa aprendizagem varia evolutivamente e está condicionada por diversos fatores, como se produzem as alterações na aprendizagem, como reconhecê-las, tratá-las e preveni-las). Seu objeto de estudo é, portanto, um sujeito a ser estudado por outro sujeito. Esse estudo pode ser através de um trabalho clínico ou preventivo.

Ainda, segundo a autora (p. 30), na sua função preventiva, cabe ao profissional: detectar possíveis perturbações no processo de aprendizagem; participar da dinâmica das relações da comunidade educativa, a fim de favorecer processos de integração e troca; promover orientações metodológicas de acordo com as características dos indivíduos e grupos; realizar processos de orientação educacional, vocacional e ocupacional, tanto na forma individual quanto em grupo.

Segundo Scoz (1991), a Psicopedagogia é uma área que estuda e lida com o processo de aprendizagem e suas dificuldades e que, numa ação profissional deve englobar vários campos do conhecimento integrando-os e sintetizando-os. Para a autora, a grande questão das escolas é encontrar caminhos que possibilitem ao professor a revisão de sua própria prática descobrindo alternativas possíveis para melhorar sua ação. Isso só é possível se o profissional da educação tiver acesso às informações das várias ciências, Pedagogia, Psicologia, Sociologia, Psicolinguística, de forma a atingir um conhecimento profundo vinculado a realidade educacional que, possibilite uma visão global do aluno.

Segundo Macedo (2000, p.31), as atividades do psicopedagogo são: orientação de estudos (organizar a vida escolar da criança quando esta não sabe fazê-lo espontaneamente); apropriação dos conteúdos escolares (propiciar o domínio de disciplinas escolares em que a criança não vem tendo um bom aproveitamento); desenvolvimento do raciocínio (trabalhos realizados com o processo de pensamento necessário ao ato de aprender); atendimento de crianças (atender deficientes mentais, autistas ou com comprometimentos orgânicos mais graves). Objetivo do psicopedagogo é levar o sujeito a reintegrar-se à vida escolar normal, respeitando as suas possibilidades e interesses.

Portanto, como vimos a psicopedagogia nasceu da necessidade de uma melhor compreensão do processo de aprendizagem humana e se tornou uma área de estudo específica que busca conhecimento em outros campos e cria seu próprio objeto de estudo: o processo de aprendizagem humana, seus níveis de desenvolvimento e a influência do meio nesse processo.

É uma área de conhecimento que se dirige para o estudo da aprendizagem enquanto processo inerente ao ser humano, configurando-se no âmbito das ciências humanas. Nesse sentido, o objeto de estudo da Psicopedagogia é a aprendizagem humana e o ser que aprende é o sujeito para o qual a Psicopedagogia se dirige. Considerando que a Psicopedagogia é um campo de conhecimento contemporâneo, ela se difere de outros campos como área de atuação e de reflexão, pois leva em consideração a objetividade e subjetividade humanas e o conhecimento das diversas formas de aprender.

O psicopedagogo deve agregar conhecimentos multidisciplinares na sua atuação profissional, tendo em vista que, nas avaliações diagnósticas, é necessária a interpretação de diferentes dados. Esses conhecimentos auxiliarão o profissional da Psicopedagogia na compreensão do quadro diagnóstico e a escola na melhor metodologia de trabalho.

Atualmente a psicopedagogia vem atuando em diversas instituições organizadas (escolas, clínicas, empresas, ongs, hospitais, etc.), sendo seu papel acompanhar a aprendizagem sistêmica e assistêmica, analisando os fatores que favorecem ou prejudicam esta aprendizagem. Entendendo que a Psicopedagogia preocupa-se em entender o “fenômeno” da aprendizagem, o Psicopedagogo torna-se uma profissional indicada para atuar neste meio: assessorando e esclarecendo dúvidas sobre os diversos aspectos pertencentes a este processo.

**3 DEPRESSÃO: reflexões iniciais**

A depressão tem sido registrada desde a antiguidade, e descrições do que hoje se conhece como distúrbios do humor podem ser encontradas em muitos documentos antigos. A teoria mais antiga da depressão, formulada pelos gregos, cita a presença da bile negra nos fluídos do corpo como causa da depressão. A melancolia, como Hipócrates chamou a depressão, resultava de uma inundação do cérebro pela bile negra, cujo excesso, por sua vez, era consequência de um espessamento do sangue, a ser tratado pela sangria (NETO, 2002).

Hoje a depressão constitui-se em um grande problema de saúde pública. Existem dados que a situam entre as doenças mais comuns e prejudiciais, causando impacto em todos os níveis da sociedade. Entre todas as doenças é a quarta colocada no sentido do prejuízo que causa, com previsão, segundo a Organização Mundial de Saúde, de transformar-se na segunda no ano de 2020 (BAHLS, 2003).

A depressão e a alteração afetiva mais estudada e falada na atualidade, classificada como um transtorno de humor ela vem reger atitudes das pessoas modificando a percepção de si mesmos, passando a enxergar sua problemática como grande catástrofes e tratada como a doença da sociedade moderna, tem características que podem traduzir uma patologia grave ou ser apenas mais um sintoma do sujeito diante de uma situação real da vida, ou seja, podem determinar uma melancolia em si ou ser apenas um sintoma constituinte de uma outra doença.

De acordo com alguns autores (BALLONE, 2004; BAHLS, 2003, MILLER, 2003; MIYAZAKI, 2000):

A depressão distingue-se da tristeza, sensação de perda ou estado de luto, que são responsáveis legítimas e normais à perda de pessoas ou objetos amados. Se uma pessoa têm claras razões para sentir-se infeliz, só se pode falar em depressão se existir uma desproporção muito grande ou longa em relação ao fato que causou tal estado de animo.

Frequentemente ouve-se falar que a depressão é o mau do século por estar tão presente no contexto social atual. Os transtornos depressivos podem apresentar-se em qualquer idade, modificando-se os sintomas de acordo com a faixa etária atingida. Verifica-se atualmente que além dos adultos, um grande número de crianças e adolescentes apresenta um quadro depressivo. Porém, tal fato mostra-se bastante recente sendo que somente há poucas décadas iniciaram estudos mais específicos para tal “patologia infantil”.

Pesquisas mostram que a depressão tornou-se também uma realidade no cotidiano das crianças que não estão livres dessa doença, ocasionando uma dificuldade para executar várias tarefas diárias, principalmente no ambiente educacional, desvalorizando suas habilidades educacionais, usa muitas palavras que demonstram insegurança pessoal “não sei, não posso, não quero, não vou conseguir”, prejudicando-se no processo de aprendizagem favorecendo baixo rendimento escolar.

Segundo Miller (2003, p.52):

O sujeito acha difícil pensar, uma desordem que descreve em variadas frases. Não consegue reunir os seus pensamentos ou readquirir o seu domínio; seus pensamentos estão como que paralisados, imóveis. Sente a cabeça pesada, totalmente estúpida... Não consegue mais perceber as coisas, ou seguir a linha de pensamento de um livro ou de uma conversa, sente-se cansado, enervado, desatento, vazio por dentro; não tem memória, não domina mais o conhecimento que antes lhe era familiar, tem de pensar muito tempo nas coisas mais simples...

Os sintomas depressivos reduz a capacidade de pensar/concentrar-se o sujeito parece esta sempre viajando no além com o pensamento distante e tem dificuldade de assimilar e realizar atividades educacionais.

3.1 CONTEXTUALIZANDO A DEPRESSÃO INFANTIL

Durante muito tempo, pensou-se que a depressão em crianças não existia ou, então, seria muito rara nessa população. No entanto, a partir da década de 60, alguns estudos foram realizados e atualmente não há dúvida quanto à ocorrência de depressão na infância (BANDIM *et. al.)*, A maioria das pesquisas sobre depressão são realizadas com adultos e, muitas vezes, os mesmos critérios de diagnóstico e avaliação utilizados para o adulto são também usados para a identificação dos sintomas na criança e adolescente, não raro sem as necessárias adaptações. Apesar das controvérsias e dificuldades no diagnóstico, é sabido que a depressão envolve uma série de alterações no funcionamento de uma pessoa. Um indivíduo com sintomas depressivos pode vir a apresentar sérios comprometimentos nas relações sociais e familiares, bem como no desenvolvimento cognitivo, social, escolar e emocional (BAPTISTA, 1999).

Rehm e Sharp (1999), descrevem que existe uma discordância no estudo de critérios diagnósticos da depressão infantil. Afirmam que a depressão em pessoas bem mais jovens pode assumir formas diferentes do transtorno no adulto. No entanto, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM IV (1995) – descreve que os sintomas básicos de um quadro de depressão maior são os mesmos para crianças e adolescentes, de forma que a depressão na população infantil pode ser diagnosticada pelos mesmos critérios que a depressão maior, no adulto. Segundo esse manual, os sintomas de depressão são:

Humor deprimido na maior parte do dia, Falta de interesse nas atividades diárias, alteração de sono e apetite, falta de energia, alteração na atividade motora, sentimento de inutilidade, dificuldade para se concentrar, pensamentos ou tentativas de suicídio. Para o diagnóstico de um episódio depressivo maior é necessário que o indivíduo apresente pelo menos cinco dos sintomas citados, sendo que um dos sintomas deve ser o humor deprimido ou falta de interesse e deve ocorrer em um período de pelo menos duas semanas(DSM IV, 1995, p. 98).

Apesar de no DSM não existir uma diferenciação quanto à depressão infantil e a depressão no adulto, ainda assim alguns autores contradizem e afirmam que a sintomatologia da depressão na criança pode se manifestar de forma diferenciada e atípica, em função de algumas variáveis como idade e fases do desenvolvimento. Por exemplo, é frequente que uma criança apresente um humor irritável em vez de tristeza e melancolia. É comum o adolescente sentir tédio, sensação de vazio em vez de humor deprimido (WHITE, 1989). Essas manifestações atípicas da sintomatologia depressiva enfatizada por alguns autores contribuem para o conceito de “depressão mascarada” e equivalente depressivo. O conceito de depressão mascarada surgiu por volta da década de 70 para caracterizar a depressão na criança e no adolescente e é discutido até os dias atuais. Esse conceito sugere que a depressão infantil pode ocorrer, porém é mascarada por outros problemas de comportamento (SIMÕES, 1999; AJURIA GUERRA, 1976; LIPPI, 1985).

A depressão mascarada é bastante comum em crianças e adolescentes, onde a sintomatologia não é clássica e pode aparecer de forma reduzida. Segundo Steinberg (1989), a criança dificilmente apresenta tristeza e melancolia, normalmente somáticos, dificuldades escolares, ansiedade, obsessão, fobias, tentativas de suicídio e condutas delinquentes ou antissociais. Na verdade, o autor revela que a depressão mascarada trata-se de uma desordem depressiva sem a modificação depressiva do humor. Jacobsen, Lahey e Strauss (1983), acreditam que o conceito de depressão mascarada tenha surgido em resposta à observação clínica de que a depressão nas crianças raramente acontece, a não ser quando acompanhada por outros problemas de comportamento. Ainda segundo esses autores, a depressão seria então secundária a outros problemas que a criança está vivenciando, como ansiedade e desordem de conduta. Esse pensamento sem dúvida implica uma série de mudanças, inclusive de diagnóstico e tratamento. O tratamento mais adequado deveria, então, focalizar os outros problemas de comportamento e não a depressão infantil (JACOBSEN, LAHEY E STRAUSS, 1983). Mas, assim como apontam os autores, esse ainda é um ponto pouco pesquisado, que certamente precisa ser mais investigado a fim de clarificar essas hipóteses. White (1989) acrescenta outros sintomas da depressão infantil: tristeza; baixo autoconceito e baixa autoestima; isolamento social; sentimento de rejeição; pouca energia para fazer atividades físicas e de lazer; cansaço; dificuldade para iniciar tarefas; dificuldade de atenção e concentração; irritabilidade e agressividade; medo inexplicado; transtornos alimentares; transtornos de sono; distúrbios orgânicos (dor de cabeça, de barriga); ideação ou tentativas de suicídio. Kaslow, Rehm e Siegel (1984) e Colbert *et. al.*(1982) acrescentam a fobia escolar e a enurese secundária como prováveis sintomas de depressão. De forma geral, na depressão, tanto no adulto como na criança, ocorrem alterações na forma de pensar, mudanças de humor, de comportamento e alterações orgânicas (SELIGMAN, 1992; Beck *et al.*, 1997 e WHITE, 1989). Seligman (1992). Considera que a desesperança e o pessimismo, tão frequentes na depressão, podem contribuir para a criança ou adolescente apresentar pensamentos de morte ou até mesmo em iniciar tentativas e atos suicidas, avaliar e identificar a incidência de suicídio consiste numa tarefa extremamente complexa, uma vez que envolve uma série de fatores, dentre eles, aspectos sociais, somáticos, dificuldades escolares, ansiedade, obsessão, fobias, condutas delinquentes ou antissociais.

Para Seligman (1992), os pais ou pessoas significativas têm grande parcela de contribuição no aparecimento e na manutenção da depressão na criança. Muitas vezes, os pais também estão deprimidos e, pelo modelo e aprendizagem, essa criança passa a conhecer as formas disfuncionais e pessimistas do “pensar” de seus pais. As crianças estão sempre atentas às atitudes e à maneira como seus pais explicam os acontecimentos da vida cotidiana. Se os pais os interpretam de forma negativa, é essa a maneira como a criança vai aprender e ver o mundo.

No que se refere à incidência de sintomatologia depressiva quanto ao gênero, Steinberg (1989) coloca que, antes da fase da adolescência, a incidência parece ser maior entre os meninos e, após a adolescência, esse quadro se inverte, e as meninas passam a apresentar maior índice de depressão do que os meninos. Esses dados são confirmados por outros estudos, por exemplo, avaliando uma população de pré-escolares, encontraram uma incidência maior também entre os meninos. Esses resultados são semelhantes aos obtidos com a população brasileira.

Segundo Barbosa e Gaião (2001), no Brasil ainda são escassos os estudos sobre esse assunto e apenas recentemente se iniciaram pesquisas epidemiológicas acerca da depressão na infância. Assim como na literatura internacional, no contexto brasileiro as pesquisas também mostram que a incidência de depressão tem se revelado bastante variável. A prevalência pode mudar em função da diversidade de fatores regionais, econômicos e pessoais, a incidência de depressão na infância varia também devido às particularidades na população estudada, contexto e principalmente pelos diversos instrumentos de diagnósticos utilizados.

De acordo com Baptista e Dias (2001), acreditava-se que a criança não poderia ser depressiva por não ter noção dos problemas do dia-a-dia, que estão intimamente associados a esta doença. A depressão que sempre pareceu ser mal exclusivo dos adultos, também esta ganhando espaço entre populações infantis. Muitas vezes não passa pela cabeça de pais e educadores que uma criança possa esta depressiva, uma vez que se acredita que a infância seja lugar de alegria, das fantasias e não de preocupação ou tristeza. A depressão é considerada um transtorno do humor, uma vez que, do ponto de vista psicopatológico, a alteração e perturbação do humor ou do afeto consiste em um dos mais importantes sintomas depressivos.

Essa demora em considerar a presença de depressão em crianças deve-se ao fato de que existem sintomas dessa desordem que são constatados, também, em outros distúrbios emocionais, tal como no pânico, no déficit de atenção com hiperatividade, na ansiedade etc.

Grüspun (1999, p.33) destaca que nos dias atuais, já existe:

Dificuldades de relacionamento em casa, na escola ou em outros ambientes sociais encabeçam a lista de prejuízos que a depressão pode causar a crianças e adolescentes.

O reconhecimento de que crianças e adolescentes têm transtornos depressivos com características semelhantes às observadas nos adultos. Antes os pais informavam sobre a depressão dos filhos, achando que sabiam tudo sobre eles. Atualmente, as crianças e adolescentes são capazes de fornecer informações valiosas sobre sua psicopatologia e nos proporcionam conhecimento sobre suas emoções e afetos. Transtornos depressivos, afetivos e de humor são mais comuns do que o suposto antigamente. Os adultos achavam que as crianças e adolescentes não tinham o direito de passar por depressão porque não tinham problemas iguais aos deles - problemas econômicos, políticos ou amorosos - e consideravam que a depressão só aparecia depois dos 25 anos. Agora as crianças são diagnosticadas como depressivas (Grüspun, 1999, p.33).

De acordo com White (1989); Col (1990); Anderson & McGree (1994), o termo depressão tem sido utilizado de forma genérica e muitas vezes distorcido. Além de a depressão envolver fatores afetivos, apresenta também componentes cognitivos, comportamentais, motivacionais e fisiológicos. Na criança, a literatura sugere também a presença de tais alterações, e o que se percebe é que na infância a depressão normalmente vem associada a outras dificuldades, principalmente problemas de comportamento e problemas escolares, ocasionando um prejuízo no funcionamento psicossocial.

Segundo Miller (2003), a depressão infantil passou a despertar maior interesse e preocupação dos profissionais de saúde, uma vez que esta patologia traz comprometimentos importantes nas funções sociais, emocionais e cognitivas, interferindo no desenvolvimento infantil, de maneira a afetar não só a criança, mas também sua família e o grupo com o qual se relaciona. Pesquisas sobre a depressão apontam que se obtêm bons resultados a partir de tratamentos farmacológicos e psicológicos. Essas pesquisas científicas são necessárias para compreender como as crianças passam pela depressão, por que se deprimem e como ajudá-las.

De acordo com Miyazaki (2000), a depressão infantil, juntamente com outros distúrbios, é uma das queixas mais frequentes em diversas clínicas no Brasil. Durante muitos anos, a depressão na infância e na adolescência foi questionada e acreditava-se que o problema só apareceria no final da adolescência e início da vida adulta. No entanto, pesquisas têm demonstrado que a prevalência da depressão na infância gira em torno de 2% a 60%, em populações sob tratamento clínico e 2% a 4% na população geral, com uma diminuição na idade pré-escolar. A depressão parece ser mais frequente em alguns grupos de crianças, como as portadoras de problemas crônicos de saúde e dificuldades acadêmicas.

De acordo com Barbosa e Lucena (1995), a depressão na infância é um transtorno que se caracteriza basicamente por tristeza e anedonia, associados a transtornos de sono, de alimentação e somáticos como cefaléia, tontura, taquicardia e sudorese. Na criança, mais frequente que a tristeza é a irritabilidade, o mau humor e a anedonia, que é a falta de prazer com as atividades habituais, como brincar, sair com os amigos, jogar, assistir televisão, estudar, entre outros.

No que se refere à depressão infantil Polaino (1998, p. 31), diz que:

As crianças deprimidas não podem rir. E uma criança que não ri nem pode brincar nem brigar; é uma criança enferma (...). As crianças deprimidas são tímidas, fogem da companhia dos demais, não jogam, não têm confiança em si mesmas, o que pode levá-las, inclusive ao suicídio.

Barbosa e Gaião (1999), ressalta que os conceitos psicopatológicos infantis ainda não são muito precisos e uníssonos, como são os dos adultos e cita como exemplo a ampla terminologia usada: transtorno, desordem, alteração, comportamento anormal, conduta desajustada, hiperatividade e outros. Esse autor considera que tais termos são encontrados usualmente na literatura científica como sinônimo.

 De acordo com Skinner (1953, *apud* MILLER, 2003), a depressão ocorre quando a pessoa não consegue descobrir uma forma de ter aceitação e atenção daqueles com quem deseja interagir e, após algumas tentativas, desiste sendo uma grande candidata a tornar-se deprimida.

3.2 A MANIFESTAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS NO COMPORTAMENTO DA CRIANÇA

Na infância a depressão tem sido uma área de pesquisa negligenciada, que até recentemente não era reconhecida ou considerada. De acordo com Friedberg e McClure (2004), reconhecer os sinais e os sintomas de depressão em crianças e adolescentes é fundamental para o desenvolvimento de tratamento efetivo.

Para Barbosa e Gaião (1999), a depressão infantil é caracterizada pela presença dos seguintes sinais e sintomas, aos quais podem se apresentar de forma mascarada: baixo desempenho escolar, pouca capacidade para se divertir (anedonia), sonolência ou insônia, mudança no padrão alimentar, fadiga excessiva, queixas físicas, irritabilidade, sentimentos de desvalia, sentimentos depressivos, ideação e atos suicidas, choro, afeto deprimido, face depressiva, hiperatividade ou hipoatividade.

Ballone (2003) ressalta que nas crianças é comum a depressão ser acompanhada também de sintomas físicos, tais como fadiga, perda de apetite, diminuição da atividade, queixas inespecíficas, como cefaléias, lombalgia, dor nas pernas, náuseas, vômitos, cólicas intestinais, vista escura e tonturas. Na esfera do comportamento, a depressão na infância pode causar deterioração nas relações com os demais, familiares e colegas, perda de interesse por pessoas e isolamento. As alterações cognitivas da depressão infantil, principalmente relacionadas à atenção, raciocínio e memória, interferem sobremaneira no rendimento escolar. Conforme o autor, atualmente a ampliação da constelação sintomática atribuída à depressão infantil tem contribuído para a elaboração do diagnóstico e, por causa disso, cada vez mais os distúrbios do comportamento da criança estão sendo relacionados a uma maneira depressiva de viver.

Miyazaki (2000) mostra alguns sintomas descritos no DSM-IV para o diagnóstico da depressão em crianças, bem como traz exemplos de comportamentos equivalentes, apresentados por crianças e adolescentes deprimidos, quais sejam:

a) humor deprimido ou irritável: a criança relata sentimentos de tristeza ou tem aparência triste; é muito sensível e chora com facilidade; é negativista, difícil de contentar e briga frequentemente;

b) perda de interesse e prazer: a criança mostra desinteresse por atividades pelas quais se interessava anteriormente e tem dificuldades para identificar reforçadores ambientais;

c) perda ou ganho significativo de peso: a criança apresenta redução ou um aumento significativo da quantidade de alimentos ingeridos;

d) insônia ou hipersonia: a criança mostra dificuldade para adormecer, sono agitado e tem dificuldade para se levantar pela manhã;

e) agitação/retardo psicomotor: a criança é, frequentemente, inquieta, hostil, beligerante, desrespeitosa a autoridades e tem dificuldades para concluir tarefas escolares;

f) fadiga ou perda de energia: a criança recusa a ir à escola e esquece-se frequentemente de suas tarefas, reduz a qualidade do rendimento escolar e aparenta apatia;

g) sentimento de inutilidade/culpa excessiva: a criança demonstra ter sentimentos de desvalia;

h) redução na capacidade de pensar/concentrar-se: a criança parece estar sempre no mundo da lua, sonhando acordado e tem dificuldades para realizar atividades acadêmicas;

 i) pensamentos sobre morte ou preocupação com temas mórbidos: relata vontade de morrer, demonstra preocupação com temas mórbidos e relata planos para cometer suicídio;

j) queixas somáticas: a criança queixa-se de cefaleia, dor abdominal e outras queixas somáticas na ausência de causas orgânicas. A gama de sintomas que acompanham a depressão dificulta o diagnostico, pois este também deve levar em consideração as características individuas de cada pessoa, por exemplo, uma pessoa com personalidade lamuriosa ficara mais chorosa, uma pessoa vitimizada pode torna-se mais auto piedosa, isso acontece principalmente nas depressões leves em que essas características podem ocultar de fato os sintomas depressivos que permanecem ocultos.

Realizar um diagnóstico adequado do problema é de extrema importância, uma vez que os dados obtidos permitirão o delineamento de um programa de intervenção compatível com as necessidades do cliente, afirma Miyazaki (2000).

A depressão tem um fator individual em que ficam evidentes características da própria pessoa, ou mesmo o tipo de reação de cada indivíduo é muitas vezes variado, tendo em comum com outros depressivos às vezes apenas a questão de “possuir” a mesma desordem, visto que cada personalidade reage de um jeito.

Para Couto (1998), a depressão envolve um conjunto de sintomas que levam a criança à angústia e ao sofrimento. Estes sintomas podem ser confundidos com birra, falta de educação ou mimo. Ajuria guerra (1986); Couto (1998); Curatolo (2001) norteiam alguns sintomas como: dificuldade de se afastar da mãe; angústia; tristeza; crises de choro; medo; pessimismo; agressividade; mudança de apetite e do sono; isolamento social; falta de atenção; agitação excessiva ou hiperatividade; irritabilidade; baixa autoestima; sentimento de inferioridade; baixo rendimento escolar e dores no corpo. Esses sintomas são característicos, de forma generalizada, da depressão, ou seja, podem estar presentes tanto na depressão adulta quanto na infantil. Porém deve-se estar atento para o fato de que na criança os sintomas podem não se manifestar de forma clara. Ou seja, por não ter desenvolvida a habilidade de identificar e de expressar seus sentimentos verbalmente, é possível não se perceber os reais sentimentos das crianças. A depressão pode se manifestar em crianças, tanto ao apresentar distúrbios de fala, dificuldade para comer ou chorar sem motivo aparente, como também por meio da hiperatividade ou da anulação frente aos colegas.

O desleixo com a aparência física é outro sintoma presente em crianças e adultos depressivos.

Para Moreno (1994), a depressão causa, em crianças e adolescentes, lentidão dos processos psíquicos, com redução da energia, incapacidade de sentir prazer, autodepreciação, fatigabilidade, inquietação e dificuldade de concentração. Conforme os autores acima, em crianças pré-escolares depressivas percebe-se a comunicação não verbal: expressão facial triste, apatia, isolamento social, insônia, perda de peso e dores de estômago.

Para Nunes *et. al*. (2004), entre as causas externas da depressão infantil estão os problemas de relacionamento com pais, colegas, professores, enfim, com pessoas com as quais a criança convive. A maior incidência destes casos ocorre devido ao fato de uma criança não saber a melhor forma de expor os conflitos internos que as fazem sofrer.

O fato de não sentir-se importante para as pessoas com quem convive, mais especificamente para pais e professores, faz com que a criança desenvolva sentimento de inferioridade, não aceite sua individualidade e passe a se comparar com as outras crianças. A criança sente necessidade de atenção da pessoa adulta com quem convive. O diálogo, o carinho e a participação nas atividades da criança possibilitam que ela se sinta bem e segura, estruturando seu quadro emocional de forma sadia.

Crianças excessivamente protegidas não desenvolvem autonomia e criatividade de agir e pensar. Torna-se dependente do outro, porém, no momento em que entra em conflitos, com ela mesma e com os outros, se sente impotente uma vez que não desenvolve a habilidade de enfrentar e resolver problemas. Examinando-se a criança, nem sempre encontramos os sintomas claros e francos que descrevem seu estado emocional interno. Um esforço de bom senso e perspicácia deve ser dedicado ao exame clínico, buscando aumentar a possibilidade da criança menor, ser compreendida quanto aos seus sentimentos, apesar de tais sentimentos serem de difícil identificação. Em muitos casos, observamos apenas uma maior sensibilidade emocional, choro fácil, inquietação, rebeldia e irritabilidade.

As mudanças de comportamento na criança são de extrema importância, tão mais importantes quanto mais súbitas forem. Assim, crianças anteriormente bem adaptadas socialmente, passam a apresentar condutas irritáveis, destrutivas, agressivas, com a violação de regras sociais anteriormente aceitas, oposição à autoridade, preocupações e questionamentos de adultos. Esses comportamentos podem ser decorrentes de alterações depressivas. Quando essas alterações não são graves o suficiente para serem considerados Episódios Depressivos podemos chamá-las de disforias.

As disforias, que são alterações do humor, são encontradas comumente no cotidiano e não têm, obrigatoriamente, uma conotação de doença. Tratam-se de respostas afetivas aos eventos diários, caracterizando-se pela brevidade do quadro emocional sem comprometimento das condutas adaptativas, sociais, escolares e familiares. Na realidade as disforias seriam apenas momentos de tristeza, angústia e abatimento moral que surgem em decorrência da problemática existencial normal e cotidiana, tais como as correções dos pais, desinteligências com irmãos, aborrecimentos na escola, etc.

Os quadros que se apresentam como fobia escolar, caracterizada pela evitação da escola, por dores inespecíficas, febre sem causa aparente, e outros sintomas obscuros para fugir das aulas, podem refletir altos índices de ansiedade e depressão. Deve-se avaliar a presença de baixa autoestima, perda de prazer e, muitas vezes, até ideação suicida. Podem ser encontradas também, nesses casos, expectativas negativas e pessimistas da vida, mas como a criança tem grandes dificuldades para expressar esses aspectos vivenciais de sua vida ou de seu mundo, essa investigação tem sido muito difícil. Os sintomas físicos e somatizados também podem ocorrer na criança depressiva. Cerca de 30% dos pacientes deprimidos apresenta diminuição de apetite e 30% refere aumento, principalmente nas meninas. Insônia inicial (dificuldade para começar a dormir) também esta frequentemente presente (60%) e, um pouco menos frequente, a clássica insônia terminal, que é caracterizada pelo despertar muito cedo.

Na fase pré-verbal a criança deprimida pode manifestar o humor rebaixado através de expressões mímicas e do comportamento. A inquietação, o retraimento social, choro frequente, recusa alimentar, apatia e alterações do sono podem ser indícios de Depressão nesta fase. Na fase pré-escolar as crianças podem somatizar o transtorno afetivo, o qual se manifestará através de dor abdominal, falta do ganho de peso, retardo no desenvolvimento físico esperado para a idade, além da fisionomia triste, irritabilidade, alteração do apetite, hiperatividade e medo inespecíficos.

Dos 2-3 anos até a idade escolar a depressão infantil pode se manifestar ainda com quadro de Ansiedade de Separação, onde existe sólida aderência da criança à figura de maior contacto (normalmente a mãe), ou até sinais sugestivos de regressão psicoemocional, como trejeitos mais atrasados da linguagem.

Na fase escolar, o cansaço, a dificuldade de concentração, as alterações da memória, são as complicações da depressão infantil que comprometem muito o rendimento escolar e aprendizagem. Essa confrontação continuada com o fracasso acaba fazendo com que o nível de autoestima também se comprometa, podendo levar a criança a apresentar desde isolamento social até Transtornos de Conduta).

Para essas alterações afetivas possíveis na primeira infância a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou uma série de critérios de observação. Foi um grande passo na descrição das manifestações de transtornos psicológicos nesta faixa etária, dividindo-os em duas categorias:

Reação de Abandono (ou de dor e aflição prolongadas), que é específica das situações onde falta a figura materna ou de um cuidador afetivamente adequado e depressão da Infância Precoce. A socialização da criança em idade escolar com depressão infantil pode estar comprometida e se manifesta através do isolamento social, das dificuldades de relação interpessoal, com sintomas de alteração afetiva (irritabilidade). Na primeira infância, entretanto, se detectam estas alterações quando o lactente é pouco comunicativo, confundido normalmente com um bebê muito bonzinho ou, por outro lado, podem manifestar a depressão com irritabilidade (bebês irritáveis), ou ainda, com aversão a estranhos (bebês que estranham demasiado as mínimas mudanças em seu entorno)...

Cavalcanti (1996), chama a atenção para o fato de que muitos sintomas nem sempre são indicativos de uma “depressão mascarada”. É preciso ser cuidadoso ao fazer o diagnóstico, considerando os aspectos pertinentes ao processo de desenvolvimento infantil.

Nunes (2004) nos mostra também: Os sintomas psicológicos de depressão, sintomas físicos de depressão e sintomas adicionais que podem aparecer nas depressões simultaneamente psicológicas e biológicas.

**Os sintomas psicológicos de depressão**

* Tristeza e desespero;
* Autoestima baixa;
* Apatia. Falta de motivação;
* Problemas de relacionamento;
* Sentimentos de culpa pensamentos negativos (distorções cognitivas);
* Ideias de suicídio.

**Sintomas Físicos de Depressão**

* Distúrbio do sono;
* Distúrbio do apetite;
* Perda do interesse sexual;
* Cansaço e perda de energia;
* Incapacidade de experimentar prazer;
* Historia de antecedentes familiares de depressão, suicídio, distúrbios de alimentação ou alcoolismo;
* Crises de pânico.

**Sintomas Adicionais que Podem Aparecer nas Depressões Simultaneamente Psicológicas e Biológicas**

* Dificuldade de concentração e dificuldade com a memória recente;
* Hipocondria: excessiva preocupação com a saúde pessoal;
* Abuso de álcool/ drogas;
* Exagerada sensibilidade emocional (inclusive raiva e irritabilidade);
* Acentuadas oscilações do estado de animo;
* Qualquer um ou todos os sintomas listados entre os sintomas de depressão;
* Psicológica e/ou de depressão biológicas.

Na criança e adolescente a Depressão, em sua forma atípica, esconde verdadeiros sentimentos depressivos sob uma máscara de irritabilidade, de agressividade, hiperatividade e rebeldia. As crianças mais novas, devido à falta de habilidade para uma comunicação que demonstre seu verdadeiro estado emocional, também manifestam a Depressão atípica, notadamente com hiperatividade.

Batista e Golfeto (2000), acreditam que os sintomas depressivos variam de acordo com a faixa etária da criança e, como ela não é ainda capaz de descrever seus sentimentos verbalmente, é necessário observar as formas de comunicação pré-verbal, tais como e expressão facial, produções gráficas, súbitas mudanças de comportamento e postura corporal, entre outras. Lembram ainda que, além desses fatores, as diferenças regionais, econômicas e culturais na população brasileira podem contribuir para a diversidade dos resultados encontrados.

De acordo com Barbosa e Gaião (1999), a depressão é uma conduta que se manifesta de forma distinta dependendo da etapa evolutiva da personalidade e do ambiente onde a criança está inserida. Ainda segundo os autores, (1999) descrevemos as seguintes características, levando-se em consideração as fases de desenvolvimento.

Abaixo se encontram alguns sintomas que poderão ajudar na identificação da depressão infantil levando em consideração as fases de desenvolvimento do individuo.





Como mostra o quadro acima, as diversas possibilidades de manifestação do transtorno depressivo abrangem aspectos emocionais e intelectuais do indivíduo. Tratando-se de aspectos importantes para a aquisição do conhecimento como atenção, criatividade, interesse, dentre outros é praticamente inevitável que a criança ou o adolescente não apresente reflexos em seu rendimento escolar.

Feshbach &Feshebach (citado por CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2003) afirmam que crianças com história de depressão apresentam um desempenho acadêmico abaixo do esperado, descreve que na criança deprimida, as funções cognitivas como atenção, concentração, memória e raciocínio encontram-se alteradas, o que interfere no desempenho escolar, uma vez que na sala de aula a criança com sintomas de depressão normalmente mostra-se desinteressada pelas atividades, apresenta dificuldade em permanecer atenta nas tarefas e esse comportamento interfere de forma negativa na aprendizagem dessas crianças.

Percebe-se também, que ocorre com frequência a classificação errônea de tais comportamentos, ou melhor, de tais sintomas. Tanto as crianças como mesmo os adultos que a rodeiam, muitas vezes “julgam” essas manifestações comportamentais como preguiça, má vontade ou birra. Ou então, estas crianças são indicadas como “portadoras” de problemas de aprendizagem e, o que deve-se perceber é que o “problema” deles não está tão somente na aprendizagem, pois o reflexo no rendimento escolar é somente um sintoma que vem “avisar” que sua vida psíquica não vai nada bem.

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

Além disso, tendo em vista a característica da maioria das depressões na infância, alguns autores começam a pensar neste diagnóstico para outras patologias bem definidas, como é o caso do Déficit de Atenção por Hiperatividade, para certos casos de Distúrbios de Conduta (notadamente a rebeldia, oposição e a agressividade) e para os Transtornos Fóbico-Ansiosos. Supõe-se haver uma intima relação entre todos esses quadros citados e, principalmente na ansiedade da infância, quer seja com manifestações clínicas atípicas da Depressão Infantil. De acordo com Boruchovitch (2003, p.52):

A criança tem grande dificuldade para expressar que está deprimida. Primeiro porque não sabe nomear as próprias emoções. Depende do adulto para dar o significado daquilo que se chama tristeza, ansiedade, angustia. Por isso, tende a somatizar o sofrimento e queixar-se de problemas físicos, porque é mais fácil explicar males concretos, orgânicos, do que um caráter emocional. Alguns aspectos do comportamento infantil podem revelar que a depressão está instalada. Por natureza, a criança está sempre em atividade, explorando o ambiente, querendo descobrir coisas novas. Quando se sente insegura, retrai-se e o desejo de exploração do ambiente desaparece. Por isso, é preciso estar atento quando ela começa a ficar quieta, parada, com muito medo de separar-se das pessoas que lhe servem de referencia, como o pai, a mãe ou o cuidador. Outro ponto importante a ser observado é a qualidade de sono que muda nos quadros depressivos. O que se tem percebido nos últimos anos é que a depressão, na infância, caracteriza-se pela associação de vários sintomas que vão além da ansiedade de separação, manifesta quando a criança começa a frequentar a escola, por exemplo, e incluem até o medo de comer e a escolha dos alimentos passa a ser seletiva. Portanto se a ansiedade de separação perdurar e a criança reclamar o tempo todo de dores de cabeça ou de barriga e nunca demonstrar estar bem, é sinal de que pode estar com depressão.

Nesse sentido seja qual for a classificação dos sintomas, a depressão infantil e um assunto muito grave, sujeito a discussões, pois quando não diagnosticado pode desencadear varias doenças como bulimia, anorexia desenvolvida em sua maioria na criança. Para tanto os pais devem estar atentos a estes sintomas evitando prolongamento da doença.

3.3 NO AMBIENTE FAMILIAR

A família é o sistema base de todas as sociedades. É um fenômeno universal ligado à estrutura biológica do ser humano. É uma instituição que lhe permite sobreviver e desenvolver-se.

A família tem como funções fundamentais: assegurar e promover o desenvolvimento da criança, correspondendo às suas necessidades e nas diferentes fases da sua evolução; tem a função de organizar a dinâmica familiar de forma a constituir um quadro que dê à criança estabilidade afetiva e social, na qual se estruturará a sua personalidade, canalizando e direcionando o seu desenvolvimento até à sua maturação; como grupo social tem a função de iniciar a criança nos seus papéis sociais essenciais, e garantir ao mesmo tempo a transmissão de valores e saberes de geração em geração.

A criança nasce imatura completamente dependente sendo à família que compete à satisfação das suas necessidades fisiológicas, de afeto e segurança, adaptando as suas respostas às necessidades por ela sentidas.

A família deve organizar-se como matriz, como continuidade no desenvolvimento da criança para que esta possa prosseguir com êxito a caminhada da vida. É de extrema importância todo o ambiente que envolve a família, a forma como os pais se relacionam entre si e com a criança, como desempenham os seus papéis e os representam, porque é a partir da qualidade afetiva dessa relação que a criança vai organizando e estruturando a sua personalidade. Os pais são os primeiros objetos de afeição e amor por parte dos filhos, assim a sua relação deve constituir uma coligação coerente e bem sucedida, pois é com eles que a criança se identifica não só porque são adultos e estão próximos, mas pelos laços que estabelecem e pela forma como se dão.

Segundo Fichtner (1997), as funções básicas de uma família são: gerar o amor, promover a esperança, conter os sentimentos depressivos e organizar o pensamento.

Contudo, sabemos que hoje existem famílias em que essas funções não são asseguradas. Nem sempre os elementos de um sistema familiar se articulam, interagem e se organizam desempenhando-os ajustadamente as funções ou papéis que lhe estavam destinados, em face às novas organizações familiares, a educação da criança é cada vez mais delegada às instituições educacionais, da creche à escola. Entretanto, nem sempre as mesmas apresentam as condições adequadas para estimular um desenvolvimento infantil satisfatório.

Segundo Fichtner, é nesse contexto social altamente estressante, que é possível entender a incidência de depressão infantil que esta ocorrendo no ambiente escolar.

Quanto aos fatores familiares, Fichtner diz que, lares perturbados pelo abandono, pela ausência dos pais, separação do casal e conflitos permanentes se constituem em fatores de risco para as manifestações depressivas da infância. São lares que não constituem base segura na qual a criança possa receber apoio e ajuda por parte de seus pais. Geralmente, tais crianças não recebem uma atenção autêntica e não são satisfeitas em suas necessidades básicas de apego de afeto, de segurança e de limites. O autor diz que tais características são encontradas, comumente, em famílias caóticas ou desorganizadas, as quais podem desencadear manifestações depressivas face à mobilização de sentimentos de abandono, de rechaço, de perda e de negligência. De acordo com Fichtner, pais críticos e perfeccionistas, que sistematicamente apontam as eventuais falhas e fracassos de seus filhos e os punem por isso, estimulam também as manifestações depressivas. Por outro lado, pais extremamente permissivos e superprotetores podem gerar sentimentos depressivos em seus filhos face à falta de limites que os mesmos vivenciam como negligência e abandono. Ainda, sobre o ambiente familiar, Fichtner observou que crianças depressivas comumente apresentam ansiedade de separação, não dormem sozinhas, evidenciam terror noturno, manifestam conduta agressiva, rivalidade, ciúmes e inveja para com seus irmãos. São crianças que apresentam precária comunicação com seus pais, familiares e amigos, passando, muitas vezes, grande parte do tempo, assistindo televisão ou então, cuidando de animais de estimação. Ao isolarem-se e excluírem-se do grupo de sua faixa etária, por suas dificuldades de sociabilidade, deixam de compartilhar e apreender experiências significativas para o desenvolvimento de sua personalidade.

Segundo Barbosa e Lucena (1995), a depressão na organização familiar encontra-se principalmente em casos de maus-tratos infantis, correspondendo à ruptura familiar na maioria das vezes, em que há apenas um dos pais presentes.

Discussões sérias entre os pais também podem ser responsáveis pela perturbação dos filhos, estando sujeitos a uma descompensação em sua conduta, o que favorece o aparecimento de pensamentos e sentimentos depressivos na criança. A família tem dificuldade de identificar a depressão em seus filhos principalmente quando as características mais evidentes são o retraimento e isolamento social. Os pais na maioria das vezes só enxergam e percebem que há um problema quando o comportamento da criança atrapalha ou incomoda. São apenas reconhecidos quando apresentam problemas de conduta ou de aprendizagem, ainda assim os pais só consideram como preocupante nervoso, a acomodação, levando-os a procurar ajuda com essas queixas, não entendendo que esses sintomas podem indicar outro sofrimento, a depressão. Muitos familiares acreditam não ter este problema, interpretam o comportamento das crianças estão com birras, manhas, etc. No entanto, é preciso ter muito cuidado, essas birras, manhas são pedidos de socorro muitas vezes não ouvidos pelos pais. Ao contrário do que se possa imaginar, as crianças são muito inteligentes e sensitivas e conseguem perceber facilmente quando algo esta errado. Claro, elas não têm noção de algumas coisas, como por exemplo, a morte de uma pessoa querida que não vai mais voltar.

No contexto sociocultural, algumas famílias, por falta de informações, não acreditam na depressão e até vitimizam as crianças, agravando sua conjuntura de insatisfação com diversas situações sejam elas sócio econômicas, pessoais, profissionais, entre outras. Existem situações em que as crianças são extremamente agressivas, irritadas, sem paciência. Como a depressão, na maioria dos casos, caracteriza-se por desanimo, apatia e falta de prazer em desenvolver situações, as pessoas acreditam que essas situações, por ser oposta, não se caracteriza por depressão, o que pode ocorrer, os sintomas são diferentes em cada situação não existindo um padrão de sintomas.

Nesse sentido, a família precisa estar ciente de que toda e qualquer mudança mínima no universo da criança ocasionará influências sejam positivas ou negativas, tudo vai depender da ótica por ela contextualizada. Por isso, os pais precisam estar atentos que uma simples mudança de professora, escola, ou até mesmo a ocorrência de separação matrimonial, poderá ocasionar situações de stress, que junto com outros fatores poderão levar a uma depressão leve ou mesmo grave. A criança até certa idade ainda não tem condições de digerir e aceitar certas situações que fogem ao seu controle, para ela o mundo gira a sua volta então quando ocorre o inverso, a reação poderá ser variada sendo a assimilação nesses casos muito difícil, pois é a partir dessa falta de entendimento é que poderá ocorrer.

A criança desenvolve mecanismos de defesas para que possa suportar situações adversas, é comum ao ser humano, por exemplo, sentir-se aliviado de fortes dores ao prostra-se e buscar a posição fetal, já que o seu inconsciente sabe que essa posição sempre lhe trouxe segurança e estabilidade, sabendo disso a criança vai desenvolvendo durante sua infância formas de se proteger daquilo que lhe ameaça ou mesmo que não consegue compreender.

Ansiedade, isolamento, comportamento agressivo, falta de concentração, baixa autoestima, timidez em excesso, são sempre antecessores de uma situação que envolve a depressão infantil, já que esses fatores desencadeiam um processo interno de autodefesa, que facilmente culminará num total isolamento do mundo externo fazendo com que a criança crie o seu próprio universo, para assim fugir das situações que lhe causam extrema dor e incompreensão. Em suma são vários os pedidos de socorro que a mesma enviará aos que lhe cercam no seu convívio familiar ou escolar, cabe aos responsáveis envolvidos perceberem essas situações e buscar condições para ajudá-las.

Nakamura (2007, p. 6), relata:

Esses estados infantis poderiam passar despercebidos ou adquirir relevância, dependendo de quem os observasse, do que fosse observado e do grau de tolerância do observador, nessas situações. Muitas vezes, os familiares mostravam certa confusão sobre os diferentes estados infantis definidos pela utilização de termos como "manhoso", "birrento", "nervoso" ou "mal-educado".

Para tanto, o observador tem que estar atento à diferenciação entre os estados infantis definidos pela autora, passando a basear-se em estado de isolamento, desmotivação, falta de apetite, falta de interesse que são as mais comuns em crianças. É incomum vermos crianças brincando e outras observando. Elas, em sua maioria, interagem a fim de participarem da brincadeira, das amizades, do meio social, enfim, nunca se engane ao ver uma criança isolada, sozinha, exceto quando apresenta algum sintoma de doença como gripe, mal estar etc...

A criança pode apresentar uma inibição conduta que é caracterizada com uma propensão a evitar e aflição diante de novas situações, que não encontramos em crianças normais. Quando a criança passa por novas situações, principalmente que envolvem frustrações, deve existir condutas adaptativas, para que em momentos de estresse as reações afetivas estejam o mais próximo da vivência normal. Na patologia o que difere da vivência normal é a intensidade, a persistência e a presença de outros sintomas concomitantes como: tristeza, irritabilidade. A irritabilidade da criança ou adolescente se mostra patológica quando qualquer variação do cotidiano ou novos estímulos são interpretados e sentidos de forma perturbadora, gerando uma hiper-reatividade agressiva e muitas vezes hostil. Esses comportamentos agressivos muitas vezes resultam da falta de capacidade de compreender o que acontece internamente.

Nestes casos é preciso que a família tenha sempre o alerta ligado. Percebendo mudanças pequenas ou relevantes presentes no comportamento, no humor, nas atitudes da criança, estas mudanças, pode ser um pedido de ajudar e não simplesmente uma "birra" da criança que dependendo da faixa etária não terá dominado ainda um vocabulário vasto para expressar uma dor profunda e tamanho vazio que sente, causados pela depressão.

É preciso ter em mente que nem sempre uma criança arredia, agressiva ou que se comporte mal na presença de adultos ou mesmo de outras crianças, tenha recebido pouca ou nenhuma educação pura e simplesmente, ao se deparar com tal situação deve-se analisar todo o contexto, verificando se isso vem ocorrendo a pouco tempo, evitando assim rotular e agravar mais ainda o problema.

Nos tempos atuais, é comum a cobrança exacerbada  pela sociedade aos seus membros, em todas as fases, é claro que ao chegar na fase adulta o ser terá condições de lidar com os problemas, já que ao longo da vida acumulou experiências, que permitirão assimilar frustrações perdas etc. Porém a criança devido a sua intrínseca imaturidade não terá as ferramentas necessárias para suportar uma carga tão forte sobre seus ombros. Já que o desgaste seja ele físico ou mental extrapola o limiar do racional.

Várias são as pesquisas que demonstraram que a estrutura familiar é fundamental no desenvolvimento ou na manutenção de transtornos afetivos de crianças e adolescentes. A situação familiar dos alunos deve ser observada, uma vez que desempenha um papel de suma importância na instalação do quadro depressivo. É preciso, portanto, conhecer o momento atual e alguns aspectos da historia passada da família procurando identificar possíveis fatores agravantes, como alcoolismo, divórcio, falecimento brigas familiares maus tratos e historia de depressão na família.

A influência da família pode ser vista como decorrente de uma série de padrões comportamentais e crenças trazidas pelos genitores que servem de base para o desenvolvimento e formação de diretrizes que guiam a criança e o adolescente, além de sua interação com o meio externo, onde se modelam os padrões preestabelecidos.

Sendo assim, a família pode ser considerada um sistema ativo em constante transformação, com a finalidade de assegurar a continuidade e o crescimento psicossocial de seus membros. O curso da história futura de um indivíduo pode ser previsto à base do clima emocional predominante na família de origem.

Os relacionamentos problemáticos na infância e adolescência contribuem para a aquisição de certos padrões de comportamento que aumentam a probabilidade de as crianças e adolescentes virem a desenvolver transtornos de humor, devido a modelos insatisfatórios de relacionamentos (BIRTCHNELL, 1988). A infância e a adolescência são períodos de grandes transições em que vários aspectos da vida sofrem mudanças bruscas e há a necessidade de adaptação dos indivíduos para incorporar estas transformações.

Dentre as influências negativas mais marcantes das separações conjugais, segundo os próprios pais, percebidos nos filhos de faixa etária de 8 a 18 anos, estão à depressão, a solidão, isolamento, tristeza, insegurança, medo e ansiedade.

Estudos realizados por Steiberg (2001), demonstram que crianças em cuja família havia relações de proximidade e de afetuosidade estavam mais aptos a enfrentar experiências estressantes do que os que não tinham tal apoio, que e considerado o mais importante fator de proteção da infância.

Os pais (96,8%) dizem que a relação conjugal influencia o comportamento dos filhos, bem como a determinação de traços de personalidade e caráter, ou seja, as influências serão positivas para o adolescente se o relacionamento conjugal dos pais for harmonioso.

O seio familiar e a base sobre a qual a criança aprende e tem seus comportamentos modelados.

**4 A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO INFANTIL E DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM**

Aprendizagem é um termo familiar e, à primeira vista, não parece ser difícil sua conceituação. Entretanto, existem diversas definições para aprendizagem envolvendo aspectos diferentes e algumas vezes contraditórios. O conceito de aprendizagem varia principalmente de acordo com o referencial teórico. Enquanto alguns autores enfatizam o resultado e o desempenho em si (Skinner, 1953), outros dão uma importância maior ao processo de aprendizagem, mais precisamente, como se constrói o conhecimento Piaget (1964 *apud* Paín, 1981), aprendizagem é uma mudança relativamente estável, num estado interno do organismo, resultante de prática ou experiência anterior que constitui condição necessária, mas não suficiente para que o desempenho ocorra. Piaget (1964), considera aprendizagem como sendo um processo contínuo, gerador de conflitos cognitivos e de desequilíbrios, contribuindo para o desenvolvimento do indivíduo. Esse processo de aquisição do conhecimento se dá mediante a ação do sujeito e interação deste com os objetos

Atualmente existe uma grande preocupação e interesse por parte de pesquisadores em investigar as dificuldades de aprendizagem, o que é compreensível uma vez que o de crianças com baixo rendimento escolar tem se revelado bastante significativo. Diante desse quadro, vários estudiosos tentam compreender o que leva algumas crianças a apresentarem sucesso escolar, enquanto outras não conseguem atingir um desempenho acadêmico satisfatório. Fala-se em problema de aprendizagem quando há uma dificuldade nesse processo de aprender ou uma interferência na interação entre o mediador e o sujeito, ou ainda uma ineficiência quanto aos resultados. Assim como é difícil conceituar aprendizagem, é árdua também definir dificuldade de aprendizagem ou dificuldade escolar.

Mokros e cols (1989) consideram que as dificuldades de aprendizagem podem ser confundidas com sintomas de uma desordem afetiva como a depressão. Uma criança pode, na verdade, apresentar uma desordem afetiva e ser diagnosticada como tendo dificuldades de aprendizagem. Os autores recomendam ao profissional que tem diante de si uma criança com dificuldade de aprendizagem, avaliar também a possibilidade dessa criança apresentar sintomas depressivos (citando Hunt e Cohen).

Crianças com dificuldades de aprendizagem apresentam mais sintomas depressivos do que crianças sem dificuldades escolares. Sem a intenção de desconsiderar a gama de aspectos que interferem no processo de aprendizagem, atualmente, não há dúvida que os fatores internos podem promover ou inibir o desempenho escolar. Os problemas emocionais podem conduzir a futuras formas de inadaptação tanto em nível individual, como em nível escolar e social, uma vez que tais dificuldades não são tão passageiras e leves como antes se acreditava ser (FONSECA E COLS, 1998). Daí a necessidade de, no contexto educacional, se olhar o aluno em sua totalidade, considerando suas características de personalidade, seu estado emocional, suas crenças e cognições frente a aprendizagem .

Segundo Fierro (1996), as emoções são importantes para a saúde psíquica da criança que e um ser social e afetivo. Afetivo principalmente porque se relaciona uns com os outros, a primeira forma de aprendizagem vem pelas relações sócias, que estão sempre presentes. Todo e qualquer distúrbio que interfere nas relações sócias é profundamente danoso à aprendizagem.

A relação entre depressão infantil e dificuldade de aprendizagem tem recebido atenção especial na literatura internacional. Livingston (1985) afirma que conhecer esta associação pode ser muito importante para aqueles que trabalham com crianças que apresentam dificuldades de aprendizagem.

Considera-se que uma criança tenha dificuldade de aprendizagem quando:

1. Não apresenta um desempenho compatível com sua idade quando lhe são fornecidas experiências de aprendizagem apropriadas;
2. Apresenta discrepância entre seu desempenho e sua habilidade intelectual em uma ou mais das seguintes áreas:
3. Expressão oral e escrita;
4. Compreensão de ordens orais;
5. Habilidade de leitura e compreensão;
6. Cálculo e raciocínio matemático.

Além disso, costuma-se considerar quatro critérios adicionais no diagnóstico de dificuldade de aprendizagem. Para que a criança possa ser incluída neste grupo, ela deverá:

1. Apresentar problemas de aprendizagem em uma ou mais áreas acadêmicas;
2. Apresentar uma discrepância significativa entre seu potencial e seu desempenho real;
3. Apresentar um desempenho irregular, isto é, a criança tem um desempenho satisfatório e insatisfatório alternadamente, no mesmo tipo de tarefa, ou consegue realizar tarefas mais complexas sem conseguir solucionar outras mais fáceis e relacionadas com aquelas;
4. O problema de aprendizagem não é devido a deficiências visuais, auditivas, nem a carências ambientais ou culturais, nem a problemas emocionais.

É necessário, contudo, que os professores saibam, pelo menos, identificar a existência de determinado problema e que saibam, sobretudo, encaminhá-los para a recuperação e se conscientizem de que nenhum aluno apresenta dificuldade porque quer. Há sempre uma razão para isso acontecer.

4.1 CRIANÇA DEPRESSIVA NA ESCOLA

Uma das situações mais críticas na vida de uma criança é a entrada para a escola, daí a importância desse ingresso se dar de forma positiva e prazerosa de modo a evitar situações de forte tensão e estresse que podem abalar sua autoconfiança, seu rendimento escolar e sua socialização (Fonseca, 1995). Para esse autor a entrada na escola e a aquisição da leitura insere a criança no mundo da transmissão formal dos conhecimentos e pensamentos. A criança sai da proteção familiar para as realizações sociais fora desse meio e para cobranças objetivas de realização impostas pelo sistema educacional que propõe cumprir tarefas, horários, integrar um grupo social, desenvolver habilidades sociais, enfim, cobram-lhe realizações cada vez mais altas. Dessa forma, a escola pode passar a ser um local de grandes realizações ou de múltiplas cobranças. Se o desenvolvimento físico, psicomotor, intelectual e afetivo for normal, a criança estará apta para responder às exigências. Se atrasada ou perturbada, o mundo escolar poderá tornar-se impenetrável e fonte de frustrações. A criança estará frágil para os embates sociais e, frequentemente, só lhe restará o retorno a um infantilismo emocional, ou o desencadear de um processo depressivo agravado pelas cobranças que não poderá atender. De acordo com Ballone (2004), a depressão pode variar de criança para criança, conforme o meio em que estiver inserida. A sensação de inadequado, de inútil, de fraco, pode ser inevitável em momentos críticos, entretanto, pode ser minimizada por um envolvimento afetivo e sócio educacional coerente e realista. a dificuldade de pensar, de ficar atento ao trabalho e de se concentrar provoca, com frequência, uma fuga, uma evitação ou uma recusa do trabalho escolar facilmente chamada de preguiça tanto pelos pais como pela própria criança, o que leva ao fracasso escolar Em frente a estas crianças, estão os professores que, na maioria das vezes, não sabem colaborar com o processo de identificação e recuperação.

E necessário que o educador esteja atento às experiências negativas e positivas que a criança vai experimentar na adaptação escolar, bem como em todo seu curso na escola, sabendo que experiências de fracasso podem acarretar em sentimentos de desvalorização e insegurança quanto a capacidade do sujeito interferindo também na vida acadêmica. Durante o período em que a criança esta na escola, ela pode viver situações que a levem a estados depressivos, podendo inclusive agravar seu quadro, caso já o apresente, o contexto escolar torna-se, portanto, de suma importância tanto para identificação de comportamentos alterados como a própria manutenção dos mesmos. Ocasiões em que a criança sinta-se impedida de brincar sem que entenda que no momento não é possível, ou sinta-se angustiada por reconhecer-se incapaz de realizar atividades que envolvam competições, são experiências que agem de forma negativa sobre a auto valorização da criança, tornando-se triste e podendo ter consequências depressivas.

A criança depressiva dificilmente expressa suas tristezas e anseios oralmente, sendo principais reveladores da depressão os comportamentos de irritação, raiva, impaciência, desânimo e baixa autoestima constante. Esta criança, muitas vezes, é mal interpretada por alguns professores, sendo vista como mimada (se impaciente), mal-educada (se irritada), queridinha (quando não incomoda), ou fofura (quando faz tudo o que o professor pede). A depressão na infância é difícil de ser diagnosticada, devido a comportamentos que podem mascará-la.

Geralmente, quando se encontra em estado depressivo, a criança, assim como o adulto, altera seu comportamento em função das mudanças que acontecem na sua psique, em sala de aula, por exemplo, estas crianças podem apresentar comportamentos como chamar a atenção do professor por meio da inquietação e da agressividade ou anular-se socialmente, fazendo sempre o que o professor solicita e passando a não estabelecer relações significantes com os colegas e com o próprio professor.

Dentro da escola é o professor que, pelo contato direto com os alunos, tem as grandes oportunidades de observar as condições dos mesmos, e se necessário tomar providências junto aos pais e aos órgãos de atendimento para a solução dos problemas. Ou seja: em função do professor estabelecer relações diretas e diárias com seus alunos, ele tem condições de observar como está acontecendo o desenvolvimento deles, devendo estar atento a qualquer mudança de comportamento para poder, assim, entender não só o que acontece com seus alunos, e adequar à prática pedagógica à realidade que se apresenta para um melhor desenvolvimento dos mesmos.

Grande parte dos pais dos alunos trabalha durante o dia, não podendo dar a atenção necessária para que seus filhos. Cientes das consequências desta lacuna que influencia o desenvolvimento das crianças, os pais atribuem aos professores, que se dedicam cerca de poucas horas por dia aos seus alunos, a responsabilidade em captar os diferentes conflitos apresentados pelas crianças por meio de diversos comportamentos.

Um dos aspectos que apontam para a importância do papel do docente é o fato de, ao contrário de muitos pais, o professor ter conhecimentos teóricos sobre o desenvolvimento infantil e educação de crianças, facilitando as soluções para problemas de desenvolvimento e de aprendizagem.

Para melhor desempenhar o seu papel, é importante que o professor se mantenha atualizado, principalmente sobre os principais problemas e conflitos enfrentados pelas crianças com quem trabalha e convive , é importante que tenha conhecimento sobre a sua clientela.

Miller (2003), diz que o desempenho escolar e o funcionamento social de crianças com depressão, podem ficar comprometidos a ponto de resultar em padrões de comportamento agressivo em alguns casos, ou apático em outros, e que a escola pode representar um auxílio para essas crianças e suas famílias. Segundo o autor, há pessoas na escola que, estando bem preparadas, podem fornecer apoio e orientação, como professores, orientadores, pedagogos e em alguns casos psicopedagogos, essas pessoas, ao demonstrarem afeto e preocupação com a criança enquanto a encoraja a ser independente, podem estar fazendo muito para ajuda-la a sair da depressão.

Fonseca (1995), sugere que à escola e aos educadores cabe fazer uma análise do conteúdo programático e da metodologia de ensino utilizada, no sentido de verificar em que medida estão adaptados ou são adequados às possibilidades das crianças. E diz que a motivação para o desenvolvimento das capacidades intelectuais das crianças é tão grande, que se houver desinteresse ou falhas no desempenho escolar, algo poderá estar errado com a escola.

Skinner (1991), em suas considerações sobre a escola e o sistema educacional diz que: “Há algo de errado com a situação em que o ensino ocorre” (p.118). Diz que com o aumento de alunos em sala de aula, não é possível ao professor desenvolver um bom trabalho e nem aos alunos aprender de forma satisfatória. O que é necessário, segundo Skinner, é a criação de escolas em que os professores disponíveis possam ensinar os alunos a desenvolver, com sucesso, uma ampla variedade de habilidades. Ao tratar da questão escolar, Miller (2003) diz que esta pode afetar e comprometer o desempenho acadêmico e social da criança e, em casos graves, esse comprometimento pode resultar em padrões preocupantes de comportamentos. Outro ponto levantado por Miller é o de que crianças depressivas, em geral, são calmas e obedientes e, embora não demonstrem um alto rendimento escolar, raramente são encaminhadas para auxílio, pois não atrapalham o ambiente de aula.

Para Ajuriaguerra (1986), a obediência excessiva que chega ao ponto de uma relativa indiferença, pode atestar um estado depressivo e pode estar ligada a um desinteresse escolar decorrente de um sentimento de fracasso e desvalorização de si, que exprime-se sob a forma de repetidas constatações, como não sei, eu não alcanço, eu não consigo.

Como os episódios depressivos podem durar vários meses, a criança em fase escolar pode não se beneficiar tanto da educação acadêmica quanto deveria, isso porque diversos sintomas da depressão não permitem uma boa concentração ou atenção na sala de aula. Há também, segundo Miller (2003), a questão do desenvolvimento social, em parte aprendido na escola e que, em crianças depressivas, fica extremamente prejudicado uma vez que, deprimidas e solitárias, essas crianças exacerbam seu isolamento e sentem-se fracassadas, aumentando a reclusão e a depressão. A falta de amizades e a manutenção destas é outro aspecto do desenvolvimento social, que durante a idade escolar, está repleto de desafios, Miller diz que é muito frustrante para uma criança ser ignorada, ser rejeitada ou ser alvo de gozação, tanto por colegas, quanto por professores (MILLER, 2003).

Segundo ele, as crianças e os adolescentes, reagem diferentemente diante das adversidades e necessidades adaptativas. E é exatamente nessas fases de provação afetiva e emocional que veem à tona as características da personalidade de cada um, as fragilidades e dificuldades adaptativas. Conforme o autor, os professores erram ao considerar que todas as crianças devessem sentir e reagir da mesma maneira aos estímulos e às situações ou, erram ao acreditar que, submetendo indistintamente todos os alunos às mais diversas situações, quaisquer dificuldades adaptativas, sensibilidades afetivas, traços de retraimento e introversão, os alunos se corrigiriam diante dos desafios ou diante da possibilidade do ridículo (MILLER, 2003).

Para Ballone (2004), situações de ridículo podem piorar muito o sentimento de inferioridade, a ponto da criança não mais querer frequentar aquela classe ou, em casos mais graves, não querer mais ir à escola. Ballone exemplifica dizendo que, para as crianças menores, as ameaças ou a ridicularização pelas mais velhas, é tão mais contundente quanto mais retraída e introvertida for a criança e ressalta que, sendo a escola um universo de circunstâncias pessoais e existenciais, requer do educador (professor e equipe escolar), ao menos uma boa dose de bom senso e uma abordagem direta com alunos que acabam demandando uma atuação muito além do posicionamento pedagógico e metodológico da prática escolar. Alerta, que o rótulo de "aluno-problema", pode ser reflexo de algum transtorno emocional, muitas vezes advindo de relações familiares conturbadas, de situações trágicas ou transtornos do desenvolvimento, e esse tipo de estigmatização docente passa a ser um fardo para o aluno, um dilema e aflição emocional agravante do quadro depressivo (BALLONE, 2004).

4.2 DEPRESSÃO INFANTIL E RENDIMENTO ESCOLAR

Diversos estudos revelam a estreita relação entre sintomas depressivos e rendimento escolar e que as cognições e crenças de uma criança deprimida são negativas e disfuncionais, caracterizadas por pensamentos de autodesvalorização, podendo interferir na sua motivação para aprender. Diversos estudos revelam que um grande número de crianças é encaminhado para diagnóstico ou intervenção psicopedagógica tendo como queixa principal a dificuldade de aprendizagem, normalmente constatada pelo baixo rendimento escolar. Um grande número de estudos epidemiológicos de depressão foi realizado no ambiente escolar. Segundo Barbosa e Gaião (2001), a escola tem sido um contexto bastante favorável para a realização de trabalhos de prevalência, principalmente pelo fato de que é na escola que esses comportamentos se tornarão mais evidentes, uma vez que o baixo rendimento escolar consiste em um dos primeiros sinais do surgimento de um possível quadro depressivo.

Brumback, Jackoway e Weinberg (1980), citando Malmquist (1977), afirmam que a depressão em crianças está normalmente associada com baixo rendimento escolar e fracasso acadêmico, de forma que a partir dessa constatação, alguns autores têm sugerido a relação entre depressão e baixo nível de inteligência. A incidência de sintomas depressivos em crianças com dificuldades escolares é considerada alta principalmente quando comparada com a taxa de prevalência de sintomatologia de depressão na população infantil sem dificuldades de aprendizagem.

Brumback *et. al.* (1980) avaliaram 100 crianças com problemas escolares, com idades entre 5 e 12 anos, sem problemas neurológicos . Os resultados revelaram que 62 crianças preenchiam os critérios para diagnóstico de depressão. Comparando o grupo de deprimidos e o de não deprimidos, não foram encontradas diferenças significativas quanto ao desempenho nos subtestes de inteligência. Nas provas de leitura, aritmética e ortografia, o desempenho também não foi diferente entre os dois grupos. Os autores concluem que a falta de diferença no desempenho no teste de inteligência entre grupo de deprimidos e grupo de não deprimidos sugere que o baixo rendimento escolar pode ser resultado da depressão em si e não de um déficit intelectual. Nesse caso, os problemas escolares estariam atuando como uma possível expressão da depressão, diretamente relacionada à falta de interesse da criança em participar das tarefas escolares e em função dos sentimentos de autodesvalorização.

Um outro achado importante desse estudo foi que o baixo desempenho escolar de crianças deprimidas não produz necessariamente uma redução nas habilidades escolares, já que não houve diferenças significativas nas tarefas de aritmética, leitura e ortografia entre os dois grupos.

Resultados similares foram encontrados por Mokros, Poznanski e Merrick (1989), que também não verificaram evidências na relação depressão e inteligência. Os autores avaliaram 42 crianças com dificuldades de aprendizagem, sendo que, dessas, 27 foram identificadas como manifestando sintomas depressivos. Comparando os grupos de crianças deprimidas e não deprimidas quanto ao desempenho no teste de inteligência, constatou-se que não houve diferença entre os grupos. Sua hipótese era de que crianças deprimidas teriam mais dificuldade no processo de aprendizagem.

Mokros *et. al.* (1989) consideram que dificuldades de aprendizagem podem ser confundidas com sintomas de uma desordem afetiva como, por exemplo, a depressão. Uma criança pode, na verdade, apresentar uma desordem afetiva e ser diagnosticada como tendo dificuldades de aprendizagem. Os autores recomendam, ao profissional que tem diante de si uma criança com dificuldade de aprendizagem, que avalie também a possibilidade dessa criança apresentar sintomas depressivos.

Stevenson e Romney (1984) compararam crianças de 8 a 13 anos, com sintomas depressivos e sem sintomas depressivos, sendo que ambos os grupos eram formados por alunos com problemas escolares. Concluíram que não existia diferença significativa entre os dois grupos quanto a sexo, idade, tipo de dificuldade escolar e inteligência, mas existia diferença no que se refere aos comportamentos e ao funcionamento afetivo. As crianças do grupo de deprimidos tinham baixa autoestima, eram mais isoladas e retraídas, mais indisciplinadas, mais sensíveis e superprotegidas. Apresentavam também maior labilidade emocional e eram mais propensas a sentimentos de culpa e preocupação. Os efeitos dos transtornos depressivos nas atividades educacionais são evidentes, o fraco rendimento escolar, aumento excessivo de faltas, isolamento, atrasos, dificuldade em realizar leitura, produzir texto, resolver problemas, matemáticos, falta de interesse e motivação, diminuição do relacionamento, interpessoal, indisciplina, perda de atenção e concentração e ansiedade são sinais significativos de crianças deprimidas no meio escolar.

Os resultados indicaram que as crianças com sintomas depressivos manifestavam um estilo próprio de pensamento, caracterizado por uma visão negativa de si e do futuro.

Normalmente, essas crianças faziam atribuições disfuncionais aos acontecimentos de sua vida. Mais precisamente, apresentavam uma tendência para atribuir causas de eventos positivos como externos, instáveis e específicos. Além disso, esse estilo de pensamento depressivo revelou-se como uma característica das crianças com sintomas de depressão, visto que não foi encontrado em crianças com outras desordens psiquiátricas ou mesmo naquelas que já tinham vivenciado em algum momento de sua vida um episódio depressivo. Dados similares foram encontrados nos estudos de Seligman, Peterson, Kaslow, Tanenbaum, Alloy e Abramson (1984).

Esses dados são bastante úteis, pois revelam a importância da cognição de uma criança diante dos eventos de sua vida, independente de serem negativos ou positivos.

Além disso, os pensamentos da criança e os erros cognitivos frente às situações acadêmicas certamente afetarão suas expectativas, a motivação para aprender e seu comportamento em sala de aula ou na realização de tarefas e influenciarão sobremaneira o desempenho escolar dessas crianças. Os estudos sugerem também que crianças com dificuldades de aprendizagem e baixo rendimento escolar apresentam mais sintomas depressivos do que crianças sem dificuldades escolares. Os dados revelam a complexidade do diagnóstico, a dificuldade de profissionais na identificação de ambos os problemas (depressão e dificuldade escolar) e a necessidade de um olhar cauteloso e crítico diante da criança, já que um diagnóstico incorreto implica orientação, encaminhamento e intervenção inadequados

Colbert *et. al.* (1982), classifica assim os sintomas da depressão apresentado pelo aluno que tem o baixo rendimento escolar:

1. Humor deprimido – É o sintoma mais comum, observado quando o aluno está sempre triste, desinteressado, com um olhar de angustia. Nos adolescentes, o humor deprimido pode ser substituído ou acompanhado, algumas vezes, de humor irritável, que leva os alunos a preferirem isolar-se. Nesse tipo de humor, incluem-se os estados mais severos, como as perdas acentuadas de prazer, em quase todas as atividades, e os mais leves, como sentimentos vagos de desesperança;
2. Diminuição da capacidade de concentração e fadiga – Nesse caso, o aluno torna-se desatento na sala de aula, comete erros banais nas provas e parece estar cansado. Contudo, algumas vezes, esse cansaço poderá ser substituído por uma agitação, que iria chamar a atenção dos pais e professores do que nos deprimidos silenciosos, pois os agitados perturbam o ambiente como um todo.

No contexto escolar, a observação deve ser considerada um verdadeiro processo dinâmico de aprendizagem e de interação, razão por que a escola deve ficar atenta, sobretudo a presença dos sintomas de depressão, que perturbam o processo de aprendizagem, pois diminuem a concentração, a atenção e o prazer de aprender.

**5 DEPRESSÃO INFANTIL E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÕES PSICOPEDAGÓGICAS**

O campo de atuação da Psicopedagogia é focado na intervenção do processo de aprendizagem, na avaliação das potencialidades, no diagnóstico e tratamento dos seus obstáculos, sendo o psicopedagogo o profissional responsável por detectar e tratar possíveis obstáculos relacionados à aprendizagem escolar.

Pode atuar em diversas áreas, de forma preventiva e terapêutica, para compreender e intervir nos processos de desenvolvimento da aprendizagem humana, recorrendo a várias estratégias na tentativa de solucionar os problemas que podem surgir, assessorar e esclarecer a escola a respeito de diversos aspectos do processo de ensino-aprendizagem. No espaço escolar o psicopedagogo pode contribuir para o esclarecimento das dificuldades de aprendizagem que não têm como causa apenas deficiências do aluno, mas que são consequências de problemas escolares, sejam eles ligados a fatores organizacionais ou metodológicos. Ele poderá atuar ainda preventivamente junto aos docentes explicando sobre habilidades, conceitos e princípios para que ocorra a aprendizagem; pode também trabalhar na formação continuada, na reflexão sobre currículos e projetos e atuar junto às famílias dos alunos que apresentam dificuldades de aprendizagem. Como intervenção para problemas emocionais em ambiente escolar, Hübner e Marinotti (2000), sugerem o atendimento recorrendo a várias estratégias na tentativa de solucionar os problemas que podem surgir. Assessorar e esclarecer a escola a respeito de diversos aspectos do processo de ensino, os esclarecimento das dificuldades de aprendizagem que não têm como causa apenas deficiências do aluno, mas que são consequências de problemas escolares, sejam eles ligados a fatores organizacionais ou metodológicos.

Em casos como o da depressão infantil se manifestar em contexto escolar o psicopedagogo, em conjunto com o professor, deverá formular o objetivo visando satisfazer as necessidades da criança depressiva de uma forma planificada, o professor deverá considerar o perfil interindividual da criança, de forma a proporcionar um esforço do seu eu. Lembrando que a criança depressiva precisa de uma ajuda especial para encontrar prazer na sala de aula, é fundamental a atenção às emoções envolvidas no processo de ensino-aprendizagem. Assim, considera-se relevante uma atuação psicopedagógica eficiente, articulada com outras áreas do saber, tendo em vista a reciprocidade de seus efeitos de forma a possibilitar uma recuperação da criança depressiva.

É necessário conhecer e estar sempre atento às pessoas ou atividades a que a criança se prende mais. Estas crianças têm necessidades de se sentirem ligadas e envolvidas a qualquer coisa. Quanto mais tempo se mantiverem envolvidas com alguém ou algumas coisa, mais motivadas estarão e, não será tão fácil sintonizarem pensamentos característicos ao quadro depressivo. Uma das características mais determinantes da criança depressiva, conforme Fonseca (1995) é a baixa autoestima, quando a criança tem êxito no que faz começa a confiar em suas capacidades. E quanto mais acredita que pode fazer, mais consegue. Em sala de aula o professor deve estimular, acariciar, aprovar, encorajar, instigar, fazer com que a criança se sinta necessária, presente e ativa.

Sem autoestima, dificilmente a criança enfrentará seus aspectos mais desfavoráveis e as eventuais manifestações externas. Já a criança com autoestima mantém uma estreita relação com a motivação. A opinião que a criança tem de si mesma, diz Coll (1995), está intimamente relacionado com sua capacidade de aprendizagem seu rendimento e seu comportamento. O autoconceito se desenvolve desde muito cedo na relação da criança com os outros. Para ajudá-la a criar bons sentimentos é importante elogiá-la a incentivá-la quando procura fazer alguma coisa, fazendo-a perceber que ela é importante, e que todos lhe querem bem e a respeitam.

A situação de observação deve ser considerada um verdadeiro processo dinâmico de aprendizagem e de interação, fornecendo ao observado o máximo de motivação e suporte adequando a situação às suas necessidades específicas, evitando situações de insucesso ou de frustrações, o que poderia prejudicar ainda mais o seu estado depressivo. A orientação individual com crianças deve ser um processo contínuo de interações planejadas entre o psicopedagogo, o professor e a criança que precisa de ajuda para resolver um problema em particular ou um conjunto de problemas. Assim, dessa forma, o professor começa desenvolvendo uma relação forte com a criança e os pais.

A orientação do psicopedagogo pode dar meios variados de uma intervenção para um apoio a gestão escolar, visando o auxilio a uma criança depressiva, existe alguns passos que serão citados a seguir como sugestão para estes profissionais e escolares de forma geral. Silvares (2000) aponta para a importância de treinar a criança para se ter uma auto avaliação menos severa e mais realista. O treino serve para identificar possíveis áreas que esteja em déficit no desempenho da criança e ajudá-la a suprir suas deficiências. Lima (2004) aponta o estabelecimento de uma rotina para a realização das tarefas, importante para obter responsabilidades, pode se fazer um acordo entre pais e a escola com um horário para acordar, de sair de casa, comer e chegar à escola, assim poderá diminuir o atraso. Incentivar o aluno a participação de grupos em sala de aula e motivar outros colegas para que o convide a participar do seu grupo, motivando assim ao convívio social. O incentivo do professor quando a aparência é um fator que poderá influenciar de tal maneira, já que, muitas crianças depressivas tende a se desleixar da aparência e a se preocupar menos na higiene pessoal, devido a sentimentos letárgicos, pode lembrá-lo de maneira respeitosa que deve manter uma higiene adequada e uma aparência pessoal, caso ele não esteja cuidando dela.

De acordo com Lima (2004), a criança com depressão infantil tende a não apresentar sentimentos alegres, daí a necessidades de o educador recebê-lo com felicidade e simpatia, demonstrando alegria ao velo, criar um ambiente descontraído na sala de aula e uma atmosfera tranquila, tudo com o intuito de muda o humor do aluno.

O papel da família é fundamental na intervenção psicopedagógica, sendo estes, os mais próximos da criança com depressão. Um atendimento psicopedagógico precisa ser de iniciativa do professor e com o apoio de familiares, pois, serão estes que deverão incentivar a criança junto ao tratamento. Os pais deverão passar por uma avaliação onde ajudará a perceber os sintomas e assim ajudarão com a intervenção em casa lugar onde o psicopedagogo não está.

Se o diagnóstico de depressão for uma depressão leve, deve se realizar encontros regulares para discussões compreensivas com a criança e com seus pais, para se ter um alivio do estresse e um humor melhor.

Silvares (2000) aborda a questão da participação dos pais para um funcionamento familiar saudável, para que a criança adquira habilidades úteis para lidar com a depressão. Neste sentido, é importante destacar que o educador ao perceber os sintomas depressivos em seus alunos, comunique a coordenação e direção, para que estes informem aos pais e tomem assim as medidas cabíveis. A tarefa do educador é fundamental. Além disso, ele deve procurar empregar as estratégias de aprendizagem recomendadas pelos profissionais especialistas da melhor maneira possível visando sempre o restabelecimento do aluno.

As pesquisadoras ressaltam que já existem métodos eficazes para o tratamento da depressão infantil. Um dos tratamentos é realizado por um psicoterapeuta, o qual não trabalha apenas com a criança, mas com toda a família. O uso de estratégias cognitivas e metacognitivas, bem como estratégias afetivas podem favorecer o sucesso escolar.

A primeira orientação aos docentes é que, ao perceberem mudanças no comportamento de seus alunos, conversem com os pais para que estes procurem um especialista sobre o assunto. Ou seja, ao perceber sintomas depressivos, o ideal é conversar com os pais sem apresentar diagnóstico (uma vez que o professor não é capacitado para tal) e sugerir que levem a criança para um atendimento com psicopedagogo. A partir do momento em que for diagnosticado algum problema pelo especialista da área, é importante que as pessoas envolvidas com a criança trabalhem em equipe: psicopedagogo, pais, professores, direção e coordenação escolar.

De acordo com Ustra (2003), embora não exista uma receita para evitar quadros depressivos e os aspectos genéticos ainda não possam ser modificados no sentido de prevenir a depressão, são necessários alguns cuidados na educação das crianças que são bastante úteis, tanto para pais quanto para os professores: Apresentam-se, neste momento, sugestões psicopedagógicas de como o professor pode colaborar para o desenvolvimento sadio de uma criança em faces das causas e sintomas da depressão, consequentemente, auxiliar na criança depressiva a superar este quadro.

* Valorizar a organização da sala de aula, de modo que as crianças sintam que o ambiente é organizado para tal função, porque a organização do ambiente se reflete na organização do material e do pensamento das crianças;
* Propiciar momentos e atividades que estejam diretamente relacionadas ao interesse das crianças; assim sendo, desenvolverão a curiosidade e, consequentemente, estarão motivadas a fazer descobertas e participar das atividades;
* Oferecer momentos nos quais possam expressar-se e viver o ser criança, por exemplo, brincar, com espontaneidade na areia, com água, com argila;
* Organizar a chamada dos sentimentos, ou seja, um cartaz onde as crianças escolham uma cor predeterminada para representar sua presença e respectivos sentimentos (alegria, tristeza) e, diariamente, coloquem ao lado dos seus nomes. Esta é uma forma delas se expressarem como se sentem naquele momento;
* O professor deve ficar atento àquelas crianças que colocam sempre os símbolos de tristeza. Contar histórias que trabalhem com a auto-estima, como O Patinho Feio, por exemplo;
* Elogiar sempre ações positivas que as crianças apresentam, como também as atividades que realizam. Quando for necessário mostrar aspectos negativos de suas condutas ou trabalhos, que isto seja feito com cautela, por meio do diálogo em particular com a criança e explicando o real motivo da conversa;
* Mostrar às crianças, sempre que elas falarem não sei, não consigo, que são capazes de conseguir, que devem tentar e, então, auxilia-las na execução da atividade, para que consigam realiza-la e se motivem, rompendo com o significado destes comentários negativos;
* Falar sempre a verdade aos alunos, ajudando-os a desenvolver a confiança na figura do professor. Sempre que prometer algo, cumprir. Realizar dinâmicas de grupo que tenham como objetivo a integração e a motivação da turma;
* Dar atenção especial àquela criança que apresentar resistência em participar de alguma atividade que for desenvolvida. Essa atitude é necessária porque algo está acontecendo com ela. Conversar e mostrar-lhe os aspectos positivos da atividade poderá convencê-la. É importante ouvir o que a criança tem a dizer sobre o motivo da sua recusa em participar;
* Ouvir sempre o que as crianças tenham a dizer. Pode ser um pedido de ajuda em outras palavras, ou seja, aquelas crianças que querem muito a sua atenção podem estar precisando de ajuda;
* Fazer uso de recursos como a música e a arte, pois estas formas de expressão motivam as crianças e colaboram com o aprimoramento da autoconfiança;
* Buscar a colaboração do professor de Educação Física. Ele pode ser um grande auxiliar na saúde total de uma criança, pois ele trabalha direto com movimento, forma de expressão mais eloquente da infância;
* Trabalhar aptidões emocionais básicas, incluindo como agir em face de discordâncias, modos de pensar antes de agir e contestar formas de pensamentos pessimistas;
* Propiciar momentos em que as crianças aprendam que sentimentos como ansiedade, tristeza e raiva devem ser mantidos sob controle, e que podemos mudar o que sentimos por meio do raciocínio;
* Criar situações em que as crianças pudessem aprender a identificar e expressar seus sentimentos, bem como, treinar soluções para problemas cotidianos, através de brincadeiras de dramatização, confecção do livro dos sentimentos, jogos de tabuleiro como *Cara a Cara* ou outros jogos de interesse da criança;
* Possibilitar situações em que fosse possível à criança desenvolver habilidades, autoconfiança e concentração, através de atividades cotidianas que fossem reforçadoras, e jogos pedagógicos que permitissem a dessensibilização da criança com relação a estímulos qualificados como aversivos;
* Favorecer formação de vínculo, entre a criança, seus colegas e professores, é de grande importância para um melhor ajustamento da criança ao ambiente escolar;
* Desenvolver estratégias lúdicas, desde que sejam reforçadoras para a criança;
* Educar as crianças para a resiliência. A criança resiliente é capaz de sofrer impactos de eventos ocorridos na vida e não se deformar. É como se ela fosse proativa, otimista, que tolera bem as frustrações e sabe adiar recompensas;
* Educar as para a autonomia com um forte senso de identidade e auto-estima positiva;
* Procure desenvolver nelas a independência, liberdade e capacidade de autocontrole;
* Educar sempre para que tenham competência para resolver problemas. Para isso precisam saber pensar de forma crítica, elaborar alternativas buscando soluções para suas necessidades, bem como buscar ajuda quando não conseguem encontrar uma solução;
* Procure estar sempre bastante envolvido com os seus filhos e/ou alunos, só assim poderá ter empatia com eles, ou seja, se colocar no lugar deles e poder entender seus desafios, incertezas, pensamentos e comportamentos;

Procure intensamente a harmonia e o otimismo no ambiente familiar e escolar, isso irá colaborar muito com os aspectos relacionados acima.

Diante de tudo o que fora apresentado, entende-se que o olhar atento dos pais e professores, o reconhecimento precoce da doença através do conhecimento dos sintomas depressivos aliado ao tratamento especializado pode promover mudanças significativas na vida das crianças depressivas. Além disso, as estratégias de aprendizagem aplicadas de maneira adequada podem refletir na alteração do rendimento escolar desfavorável, tornando-o satisfatório e propício para o pleno desenvolvimento de ensino do aluno.

Faz-se necessário que os professores possuam um maior conhecimento e conscientização a respeito do desenvolvimento psicológico infantil, bem como de problemas emocionais comuns nessa faixa etária. Os educadores precisam aprender a reconhecer e identificar os sintomas de depressão em seus alunos e ajudá-los no sentido de diminuir as consequências negativas da depressão na aprendizagem. É importante que o professor conheça os efeitos do fracasso escolar na vida psíquica do aluno e adote posturas que previnam tais dificuldades. Na escola é necessário também criar um ambiente que favoreça a aprendizagem, desenvolvendo e aperfeiçoando as estratégias cognitivas e metacognitivas, bem como criar situações que conduzam o aluno a um comportamento de autoregulação, de forma que Le passe a ter uma postura reflexiva, de autocrítica e de autocontrole perante seus próprios processos cognitivos e afetivos (CRUVINEL E BORUCHOVITCH, 2003, p. 376).

Portanto, a parceria entre a família, escola e profissionais especializados empenhados para gerar a reversão do quadro de depressão na escola são essenciais, bem como o uso de práticas adequadas. Pesquisas revelam que, atualmente, cresce a crença de que conhecer melhor o transtorno depressivo na infância e suas características possibilitará tanto o encaminhamento precoce quanto uma atuação preventiva por parte de professores, educadores e familiares.

**6 METÓDO**

O método utilizado foi o Estudo de Caso, baseados em sessões psicopedagógicas. Estas sessões foram realizadas durante o Estágio Clínico do Curso de Pedagogia da UVA, sob a orientação do professor Nery Adams. O estágio foi realizado na sala de brinquedos da E. M. B. N T., sendo realizadas sessões semanais com a criança com a durabilidade de aproximadamente 45 minutos. As sessões e intervenções realizadas foram redigidas para posterior supervisão.

Para melhor compreensão do mesmo, é importante para atender o fato de que a intervenção escolar psicopedagógica analisa os problemas de aprendizagem, mais precisamente o não aprender pode ter causas diversas. O processo de avaliação psicopedagógica é composto de várias etapas que se distinguem pelo objetivo da investigação em um dos eixos e dimensões apresentadas.

Para este estudo, foi realizado o modelo proposto pela Epistemologia Convergente de Jorge Visca (1986), e que a sequência diagnostica é composta de uma Entrevista Operativa Centrada na Aprendizagem (E.O.C.A), testes para averiguar a estrutura cognitiva e emocional, entrevista de anamnese e elaboração do informe psicopedagógico para o sujeito e para a família.

6.1 ENTREVISTA FAMILIAR

Nesta entrevista podem-se reunir os pais e a criança ou até a família, dependendo da disponibilidade. Fernandez (1991), acredita que devemos ler “psicopedagógicamente” a produção ou dramatização de um grupo, posicionando-se em um lugar analítico, assumindo uma atitude clínica, a qual será necessária incorporar conhecimentos, teoria e saber acerca do aprender. Ressalta ainda que o terapeuta, posicionando-se, permite em um lugar analítico, permite ao paciente organizar-se e dar sentido ao discurso a partir de outro que escuta, não desqualifica, nem qualifica.

A atitude clínica pode ser resumida em escutar e traduzir, incorporando-se conhecimentos sobre como se aprende e sobre o organismo, corpo, inteligência e desejo. Uma teoria psicopedagógica é saber sobre o aprender e a não aprender.

**6.1.1 Entrevista de Anamnese**

A anamnese também é uma entrevista com focos mais específicos, visando colher dados significativos sobre a história do sujeito na família, integrando passado, presente e projeções para o futuro. Permitindo ainda perceber a inserção deste na sua família e as influências das gerações passadas neste núcleo e no próprio. Na anamnese, são levantados dados das primeiras aprendizagens, evoluções gerais do sujeito, história clínica, história da família nuclear, história das famílias materna e paterna e história escolar.

**6.1.2 Visita Escolar**

Visa buscar mais informações sobre as dificuldades de aprendizagem vivenciadas pela criança no ambiente escolar. Além da entrevista com a professora, o psicopedagogo deverá conhecer o ambiente escolar e tentar obter a maior quantidade possível de informações sobre a conduta educacional do aluno e do professor.

**6.1.3 Entrevista Operativa Centrada na Aprendizagem (E.O.C.A.)**

O objetivo da E.O.C.A é, fundamentalmente, a elaboração de um primeiro sistema de hipóteses que irá definir a linha de pesquisa inicial do psicopedagogo.

Trata-se de uma sessão onde são oferecidos à criança alguns materiais, selecionados de acordo com sua idade e escolaridade, para que a partir deles, ela possa mostrar ao psicopedagogo coisas que sabe fazer, que aprendeu ou que lhe ensinaram.

**6.1.4 Sessões Lúdicas Centradas na Aprendizagem (para crianças)**

As sessões lúdicas centradas na aprendizagem são fundamentais para a compreensão dos processos cognitivos, afetivos e sociais, assim como sua relação com o modelo de aprendizagem do sujeito. Segundo Fernandez (1991), no diagnóstico o objetivo é tornar claro o significado da adoção de um modelo de aprendizagem, diferindo-o do modelo de inteligência. A estrutura intelectual busca um equilíbrio para estruturar a realidade e sistematizá-la através de dois movimentos que Piaget definiu como assimilação e acomodação.

**6.1.5 Provas e Testes**

As provas e testes podem ser usados, se necessário, para especificar o nível pedagógico, estrutura cognitiva e/ou emocional do sujeito. Podemos lançar mãos de provas e testagens específicas que irão fornecer um parâmetro bem evidente a partir das respostas.

O uso de provas e testes não é indispensável em um diagnóstico psicopedagógico, representa um recurso a mais a ser utilizado quando necessário, devendo ser escolhido de acordo com cada caso. Provas operatórias, testes psicométricos e técnicas projetivas poderão ser selecionados de acordo com a necessidade de confirmação de aspectos levantados nas hipóteses construídas ao longo das sessões anteriores.

**6.1.6 Síntese Diagnóstica**

A síntese diagnóstica é momento em que é preciso formular uma única hipótese a partir da análise de todos os dados colhidos no diagnóstico e suas relações de implicância que, por sua vez, aponta um prognóstico e uma indicação. Esta etapa é muito importante para que a entrevista de devolução seja consistente e eficaz.

**6.1.7 Entrevista de Devolução**

A Entrevista de devolução e encaminhamento é o momento que marca o encerramento do processo diagnóstico. É um encontro entre sujeito, terapeuta e família, visando relatar os resultados do diagnóstico, analisando todos os aspectos da situação apresentados, seguido de uma síntese integradora e um encaminhamento. Esta é uma etapa do diagnóstico muito esperado pela família e pelo sujeito, e que deve ser bem conduzida para que haja a participação de todos, procurando eliminar as dúvidas ou, pelo menos, discuti-las exaustivamente, afastando rótulos e fantasmas geralmente presentes em processos diagnósticos.

6.2 APRESENTAÇÃO DO CASO

**6.2.1 Apresentação do Sujeito**

O aprendente é do sexo masculino, encontra-se com dez anos, sendo aqui chamado de J.k está cursando o 4º ano do ensino fundamental em uma escola da rede privada no horário matutino. É o filho mais novo da família, tem um irmão de quatorze anos. Segundo relatos da mãe J.K. é uma criança carinhosa e solidária, só fica irritado quando é punido, tem vários amigos da mesma faixa etária dele. Ele é brincalhão e gosta de conversar, falou que gosta de matemática, gosta de praticar esportes, brincar com carrinho de controle remoto e jogar futebol com os amigos.

O aprendente demonstrou interesse e atenção durante todo o processo avaliativo, realizando todas as atividades a ele expostas, seguindo informações adquiridas no atendimento com o aluno, ele é ciente de que não esta bem na escola, está com notas baixas e acha que não vai passar de ano, mas que gostava de estudar.

**6.2.2 Queixa principal**

Principal queixa o aprendente foi indicado para submeter-se à avaliação psicopedagógica clínica, por apresentar de acordo com os pais e a escola a seguinte queixa, o aluno “não aprende”, não assimila os conteúdos, tem falta de interresse pelas aulas.

Segundo relato da mãe, o referente provavelmente será reprovado novamente, pois não tem como recuperar as notas do ano em curso.

**7. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

J.K e do sexo masculino, estuda no quarto ano do Ensino Fundamental numa escola da rede privada foi encaminhada para o atendimento psicopedágogico por estar apresentando uma resposta insatisfatória com relação à demanda exigida pela escola.

Com base nas queixas, traçamos um plano para nos levar às hipóteses diagnóstica que incluiu inexistas (queixa, anamnese e devolução) da mãe com a criança e com a professora do mesmo; atividades avaliativas nas áreas efetiva, motora, pedagógica e lúdica. Os dados obtidos nos leva a acreditar na pertinência da queixa, tanto com relação ao não “aprende”, não assimilar os conteúdos. A partir dos resultados a que se chegou durante as análises das sessões realizadas com o aprendente nos possibilitou que de fato existe um problema e comparando com a queixa principal citada pela mãe foi possível percebermos que a queixa foi confirmada e é realmente visível. Ele não aprende, não assimila os conteúdos, tendo falta de interesse pelas aulas.

Na produção textual o aluno não sente dificuldade de organizar seus pensamentos na hora de transcrever para o papel um texto livre com ideias que lhe ocorre de forma espontânea, consegue produzir uma história com começo, meio e fim, apresentou poucos erros de ortografia, tem bom vocabulário, boa estrutura de frases. O aluno estudando se encontra no nível de escrita caracterizado como silábico. No que diz respeito a modalidade de aprendizagem é normal .Na habilidades sensório-perceptivas referente a acuidade visual e atenção o aprendente possui capacidade normal de diferenciar objetos e classifica-los sem nenhum problema realizando todas as atividades propostas, demonstrando interesses e atenção em executa-las em relação a habilidades mnemônicas o mesmo demonstrou memória visual, textual e auditiva. Nas habilidades motoras o aprendente demonstrou que tem uma boa coordenação motora fina, grossa e ampla, a sua idade cronológica está compatível com a idade motora, apresentou traços bem firmes e retos. No raciocínio logico o cliente não apresentou dificuldades nessa atividade. Na hora do jogo em que montava um jogo de quebra-cabeça com 100 peças, traçou estratégias adequadas em determinadas ocasiões tornando o jogo fácil de realizar.

O aprendente realizou os testes projetivos com atenção, boa parte dos seus desenhos foi feito com poucos detalhes, as figuras humanas eram representadas por palitos, que evidenciam imaturidade. Ele respondeu com firmeza as respostas e os relatos dos questionamentos feitos. J.K. demonstrou que se centra sobre a aprendizagem sistemática negativa. Caracteriza bom vinculo com o docente e a aprendizagem, o cliente demonstra possuir um mundo interno resultante de identificações múltiplas que em geral indica uma adequada capacidade de aprendizagem em termos quantitativos e qualitativos. Na avaliação matemática ele tem o conceito de números construído e a estrutura de pensamento está no nível operatório-concreto, compatível com a idade e a escolaridade. Em relação às provas operatórias a estrutura cognitiva de J.K., segundo os estudos de Piaget, encontra-se no nível operatório concreto, tendo ele condutas conservativas com relação à conservação de líquidos, de massas e de comprimentos, portanto encontra-se no nível 3 conservador- conserva em todas as modificações.

Diante das hipóteses diagnostica, verifiquei que a falta de interesse do apredente pelas aulas está ligada a carga excessiva de atividades e tarefas diárias já citadas anteriormente que ele tem que executar e o único horário que ele sente e acha que pode descansar é o da aula, achando assim ela pouco atrativa. Dado ao fato de acorda cedo o sujeito demonstra cansaço e ate sonolência deixando-o sem coragem e ânimo de se envolver e interagir nas atividades, e isso interfere no seu desenvolvimento de aprendizagem, tendo dificuldade de concentração não assimilando os conteúdos, tornando-o uma criança desmotivada e com alto-estima baixa.

Portanto, diante dos resultados apresentados se faz necessárias mudanças na rotina diária, no ambiente familiar, social e escolar. Possível mudança para uma escola que foque as atividades lúdicas através de projetos no caso da escola atual não se adequar as necessidades do aluno. Já que J.K. interage de maneira mais proveitosa a esse método de ensino. Trata-se de uma criança que tem grande potencial, e que por meio de ações realizadas pela família e pela escola pode com tranquilidade superar sua dificuldade de aprendizagem. O aluno aqui apresentado se encaixa no padrão de desenvolvimento considerado “normal” e após análise, pode-se perceber o quanto a família com suas atitudes de boas intenções, porém prejudiciais, podem interferir no seu desenvolvimento comprometendo assim seu aprendizado.

No processo ensino-aprendizagem da criança a família tem fundamental importância, é no seio familiar que acontecem os primeiros ensinamentos na vida da criança. Cabe aos pais o compromisso de organizar uma rotina de estudo, diminuindo o excesso de tarefas diárias e um maior envolvimento na vida escolar do mesmo.

A escola deve ser um local que a criança sinta prazer em estar. Um ambiente onde se adquire conhecimentos diversos e a mesma tem importante papel diante do processo de ensino-aprendizagem. Assim como a aprendizagem o corpo também está em desenvolvimento e precisa de atividades até como meio de canalizar a energia típica da idade. Sugiro para as atividades escolares um espaço onde um lúdico predomine, e que de forma diferenciada possa despertar o interesse e arrebatar a atenção do mesmo, tornando esse processo recheado de significados, realizando assim uma aula atrativa. Realizar atividades em grupos para que a socialização com a turma aconteça de forma natural, aumentando sua interação com os colegas.

Não é percebida a necessidade de profissionais para auxiliá-lo. Acredito que somente com a mudança de postura e estímulos da família e escola, os problemas da criança serão minimizados.

Diante do que foi exposto, acreditamos ter conseguido mostrar uma das formas de como se dá o fracasso escolar em suas causas (tanto familiar quanto escolar) e os meios que possibilitaram uma aprendizagem promovida pelo sucesso.

**8 CONSIDERAÇOES FINAIS**

O presente trabalho objetivou apresentar algumas questões relevantes a serem consideradas no estudo da depressão infantil e suas manifestações em diversos contextos e, especialmente, no contexto escolar.

Verificou-se, através do estudo desenvolvido, que os transtornos depressivos geram sintomas que comprometem os indivíduos, em suas relações sociais e familiares, bem como no desenvolvimento cognitivo, escolar e emocional, havendo alterações na forma de pensar, mudanças de humor e de comportamento.

Tendo em vista a complexidade desse fenômeno, sabe-se que reconhecer os sintomas depressivos nas crianças pode ser uma tarefa difícil tanto para os pais, quanto para os professores, considerando a sua similaridade com outras dificuldades como hiperatividade, distúrbio de conduta, agressividade, entre outros. Os sintomas da depressão contribuem para prejudicar a aprendizagem, Por isso, vê-se a necessidade de informar, esclarecer e levar a conhecimento das pessoas quais são os sintomas desta desordem afetiva objetivando conduzir os professores e/ou familiares a um cauteloso olhar às crianças, para que manifestações comportamentais modificadas, ou mesmo o baixo rendimento escolar recebam atenção adequada. Seja qual for o fator primário, precisa ser encarado com seriedade logo no início.

Diante do exposto salienta-se a importância de aprofundar os estudos cada vez mais a respeito dos aspectos emocionais das crianças e sua interferência no rendimento escolar. A depressão infantil é um transtorno que merece olhar atento, pois acredita-se que o fato de se conhecer melhor a depressão infantil e suas características, possibilita o encaminhamento precoce, bem como uma atuação preventiva por parte daqueles envolvidos com a criança.

Faz-se necessário que os professores possuam um maior conhecimento e conscientização a respeito do desenvolvimento psicológico infantil, bem como de problemas emocionais comuns nessa faixa etária. Os educadores precisam aprender a reconhecer e identificar os sintomas de depressão em seus alunos e ajudá-los no sentido de diminuir as consequências negativas da depressão na aprendizagem. Na escola é necessário também criar um ambiente que favoreça a aprendizagem, desenvolvendo e aperfeiçoando as estratégias cognitivas, bem como criar situações que conduzam o aluno a um comportamento de autoregulação, de forma que ele passe a ter uma postura reflexiva, de autocrítica e de autocontrole perante seus próprios processos cognitivos e afetivos. A principal tarefa do sistema de educação e trabalhar como um fator de prevenção, visando um desenvolvimento integral do aluno nesta etapa do seu desenvolvimento e quando necessário, aproxima-se não só do aluno, mas também da sua família.

Futuras pesquisas podem contribuir também para a elaboração de programas de intervenção que visem à prevenção de problemas emocionais na infância, pois, os efeitos de dificuldades psicológicas podem ser duradouros e prejudicar o desenvolvimento infantil. Intervenções conjuntas entre estratégias afetivas e estratégias cognitivas no próprio ambiente escolar são extremamente relevantes.

**REFERÊNCIAS**

.

ABPP - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOPEDAGOGIA. [www.abpp.com.br](http://www.abpp.com.br)

Adolescência. In: Psiquiatria da Infância e da Adolescência. ASSUNÇÃO, F.B.J. São Paulo: Maltese, 1994.

AJURIAGUERRA, J. **Manual de Psiquiatria Infantil.** Rio de Janeiro: Masson do Brasil, 1976.

ALVES, Maria Dolores Fortes.; BOSSA, Nádia. **Psicopedagogia:** em busca do sujeito autor. Disponível em: <http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=809> Acessado em MAI. 2014.

ANDERSON, J. C.; MCGEE, R. Comorbidity of Depression in Children and Adolescents. In: Reynolds, W. M., **Handbook of Depression in Children and Adolescents.** Plenum Press, New York, 1994.

ANDRIOLA, W. B.; CAVALCANTE, L. R. **Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. Psicologia:** reflexão e Crítica, v. 12 (2), p. 419-428, 1999.

ANGELONI, M. T. **Organizações do conhecimento:** infra-estrutura, pessoas e tecnologias. São Paulo: Saraiva, 2003.

BALHS, S. C. **Depressão na infância e adolescência.** Em Brandão, Conte, Brandão, Ingberman, Moura, Silva & Oliane (Orgs.) Sobre Comportamento e Cognição. Clínica, Pesquisa e Aplicação. São Paulo: ESETEC, 2003.

BALLONE, G. R. **Depressão Infantil.** Recuperado em 2003. [www.psiqweb.med.br/infantil/depinfantil.html](http://www.psiqweb.med.br/infantil/depinfantil.html)

\_\_\_\_\_\_. Problemas emocionais na escola. Recuperado em 2004. [www.psiqweb.med.br/infantil/aprendiza2.html](http://www.psiqweb.med.br/infantil/aprendiza2.html).

BANDIM, J. M.; SOUGEY, E. B.; CARVALHO, T. F. R. **Depressão em crianças: características demográficas e sintomatologia.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 44(1), p.27-32-1995.

BAPTISTA, C. A.; GOLFETO, J. H. Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. **Revista de Psiquiatria Clínica**. vol. 27 (5), p. 253-255, 2000.

BARBOSA, G. A.; GAIÃO, A. A. **Apontamentos em Psicopatologia infantil.** João Pessoa: Ideia, 2001.

\_\_\_\_\_\_.; LUCENA, A. (1995). Depressão Infantil. Revista Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência, 03 (02), 23-30. Cavalcante, S. N. (1997). Notas sobre o fenômeno depressão BAPTISTA, C.A.; GOLFETO, J.H. Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. **Revista de Psiquiatria Clínica.** vol. 17 (5), p. 253-255, 2000.

\_\_\_\_\_\_. **Ansiedade e depressão infanto-juvenil:** um só transtorno? Pediatria Moderna, 35 (12), 46-56-58,1999.

BECKER, M. C.; **Aconselhamento Pastoral na Depressão:** uma Análise Psicoteológica do Aconselhamento Pastoral na Depressão, Tese de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, 2003. aprendizagem e rendimento escolar de alunos do ensino fundamental. Psicologia em Estudo. Maringá. 2004.

BOSSA, Nádia A. A. **Psicopedagogia no Brasil:** contribuições a partir da prática. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2007.

BRUMBACK, R. A.; JACKOWAY, M. K.; WEINBERG, W. A. Relation of Intelligence to childhood depression in: **children referred to an Educational Diagnostic Center.** Perceptual and Motor Skills. 50, pp. 11-17, 1980.

CAVALCANTE, S. N. **Notas sobre o fenômeno depressão a partir de uma perspectiva analítico-comportamental.** Psicologia Ciência e Profissão. 17 (2), p.2-10, 1997.

COLBERT, P.; et. al. Learning Disabilities as a Symptom of Depression in Children. Journalof Learning Disabilities. Vol. 15 (6), p. 333-336, 1982.

COUTO, Cristiana. Sem Saber Por Quê. **Revista Educação.** São Paulo, n. 209, p. 28-36, set. 1998.

CRUVINEL, Miriam.; BORUCHOVITCH, Evely. **Sintomas depressivos, estratégias de pais e professores ignoram sintomas da depressão infantil**. Universidade Estadual de Campinas, 2003.

CRY, C.; MOSS, E. Le role des interactions mere-enfant et la depression maternelle a l´ageprescolairedans la prediction de l´attachement de l´enfant a l´agescolaire. Canadian Journal of Beharvioural Science. 33(2):77-87. 2001.

CURATOLO, E. **Estudo da Sintomatologia depressiva em escolares de sete a doze anos de idade.** Arquivos de neuropsiquiatria, Vol. 59 (suplemento 1), pp. 215, 2001.

DSM – IV. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** Porto Alegre: ArtMed, 1995.

FELDMANN, Juliane. **A Importância do Psicopedagogo.** Publicado dia 14 de junho de 2006 em <http://www.webartigos.com>. Acessado em: 05 de agos. 2010.

FERNÁNDEZ, Alícia. **A inteligência aprisionada:** abordagem psicopedagógica clínica da criança e sua família. 2ª reed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1991.

FICHTNER, N. **Prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais da infância e da adolescência:** um enfoque desenvolvimental. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

FIERRO, A. Personalidade e aprendizagem no contexto escolar. In: Palácios, J. e Marchesi, A (orgs.) . **Desenvolvimento Psicológico e Educação:** psicologia da Educação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

FONSECA, A C. et. al. Problemas emocionais nos alunos do ensino básico: 120 frequência, características e evolução. **Revista Portuguesa de Pedagogia.**

\_\_\_\_\_\_, V. **Introdução às dificuldades de aprendizagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FREUD, S. **Luto e Melancolia.** Obras Completas de Sigmund Freud. 1917XXXII, n.2, 1998.

FRIEDBERG, R. D.; MCCLURE J. M. A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes. (C. Monteiro, Trad.). Porto Alegre: Artmed, 2004.

HÜBNER, M. M.; MARINOTTI, M. **Crianças com problemas de desenvolvimento.** Em Silvares (Org.). Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil. vol. 2. Campinas: Papirus, 2000.

JACOBSEN, R. H.; LAHEY, B. B.; STRAUSS, C. C. Correlates of depressed mood .in: JEFFREY, A. M. **Depressão infantil.** São Paulo: M. Book do Brasil, 2003.

KASHANI, J. H.; CARLSON, G. A. **Seriously Depressed Preschoolers.** American Journal Psychiatry. 144 (3), 1987.

KASLOW, N. J.; REHM, L. P.; SIEGEL, A W. **Social-Cognitive and Cognitive Correlates of Depression in children.** Journal Abnormal Child Psychology.Vol.124), p. 605-620, 1984. normal children. Journal of Abnormal Child Psychology. Vol. 11 (1), p. 29-40, 1983.

LIMA, DÊNIO. **Depressão e doença bipolar na infância e adolescência.** Jornal de Pediatria, Porto Alegre, v. 80, n. 2, p. S21-S27, 2004.

LIPPI, J. R. S. **Depressão na Infância.** Belo Horizonte: MG, 1985.

MACEDO, L.; PETTY, A. L. S.; PASSOS, C. P. **Aprender com Jogos e situações problema.** Porto Alegre: Artmed, 2000.

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

MIYAZAKI, M. C. O. S. **A depressão infantil.** Em Silvares (Org.). Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil. vol. 2. Campinas: Papirus, 2000.

MOKROS, H. B.; POZNANSKI, E. O.; MERRICK, W. A. **Depression and Learning Disabilities in Children:** a test of na Hypothesis. Journal of Learning. Disabilities. Vol. 22 (4), pp. 230 – 233 e 244, 1989.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H. **Transtornos de Humor na Infância e na aprendizagem.** Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

NAKAMURA, Eunice; SANTOS, José Quirino dos. **Depressão Infantil:** abordagem antropológica. Revista Saúde Pública, 2007.

NETO, A. R. N. Terapia cognitiva comportamental e disfunções psicofisiológicas. Em Brandão, Conte, Brandão, Ingberman, Moura, Silva & Oliane (Orgs.). Sobre Comportamento e Cognição. Clínica, Pesquisa e Aplicação. São Paulo: ESETEC, 2003.

NUNES, Alexandra Santos; AZAMBUJA, Guacira. Depressão infantil: informações sobre o distúrbio ajudam o docente no fazer pedagógico. **Revista do Professor.** vol. 20 (80), 2004.

PAÍN, Sara. **Diagnóstico e Tratamento dos problemas de aprendizagem.** Trad. Ana M. Machado, 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

\_\_\_\_\_\_. **Diagnostico e tratamento dos problemas de aprendizagem**. Porto Alegre: Artmed 1985.

PERES, Maria Regina. **Psicopedagogia:** aspectos históricos e desafios atuais. In: Revista de http://www.webartigos.com/articles/48/1/A-Importancia-Do-Psicopedagogo/pagina1.html#ixzz0zRUCeeRy. Ele pode interagir junto à Educação. PUC-Campinas, v. 3, nº 5, p. 41-45, novembro 1998. egre: Artmed, 2007.

PIAGET, J. **Seis Estudos de Psicologia.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1964.

POLAINO, A.; DOMENECH. E. L. **Las Depressiones Infantiles. Madrid:** Morata. Rangé, B. (2001). Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de transtornos psiquiátricos. Campinas: Workshopsy, 1998.

REHM, L. P.; SHARP, R. N. Estratégias para a depressão infantil. In: M. Reinecke, F. Dattilio e Artur Freeman - **Terapia Cognitiva com crianças e adolescentes.** São Paulo: Artes Médicas, 1999.

SCOZ, Beatriz J. L. *et. al*. **Psicopedagogia:** contextualização, formação e atuação profissional. Porto alegre: Artes Médica Sul, 1991.

\_\_\_\_\_\_. **Psicopedagogia e Realidade Escolar:** o problema escolar e de aprendizagem. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

SELIGMAN, M. E. P, *et. al.* **Atributional style and depressive symptoms amongchildren.** Journal of Abnormal Psychology. 93(2), 235-238, 198.

\_\_\_\_\_\_. **Aprenda a ser otimista.** Tradução: Alberto Lopes. Rio de Janeiro: Record, 1992.

SILVARES, E. F. M. **Psicoterapia comportamental infantil.** Em Silvares (Org.). Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil. Campinas: Papirus, 2000.

SIMÕES, M. R. **A depressão em criança e adolescentes:** elementos para a sua avaliação e diagnóstico. Psychologica. 1999.

SKINNER, B. F. **Questões recentes na análise comportamental.** (A. L. Neri, Trad.). Campinas: Papirus, 1991.

STEINBERG, L. **Adolescence.** New York, Mc Cram Hill, 2. ed. 1989.

STEVENSON, D.T. e ROMNEY, D.M., Depression in Learning Disabled Children.Journal of Learning Desabilities, 17 (10), pp. 579-582, 1984..

UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ. **Manual de elaboração do trabalho de conclusão de curso**. Natal: IBRAPES, 2014.

USTRA, Marcelo. **Estudo das variáveis do Desenvolvimento Infantil em Crianças com e sem o Diagnóstico de Depressão.** Universidade Federal de Santa Maria. Tese de Doutorado, 2003.

VISCA, Jorge. **Psicopedagogia**: novas contribuições. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991.

WHITE, J. Depression. In: **The Troubled adolescent. Pergamon General psychologyseries.** 1989.