



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS – CCH
ESCOLA DE EDUCAÇÃO – PEDAGOGIA

**A DEPRESSÃO NA INFÂNCIA COMO UMA DAS CAUSAS DAS
DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM**

ALUNA: JULIANA DORNELES MAGALHÃES

ORIENTADORA: PROF^a DOUTORA RITA MARIA MANSO DE BARROS

RIO DE JANEIRO
DEZEMBRO/2008



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS – CCH
ESCOLA DE EDUCAÇÃO – PEDAGOGIA

A DEPRESSÃO NA INFÂNCIA COMO UMA DAS CAUSAS DAS DIFICULDADES
DE APRENDIZAGEM

Monografia elaborada pela acadêmica Juliana Dorneles Magalhães como requisito para a conclusão do Curso de graduação de Pedagogia da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro sob a orientação da Prof^a Doutora RITA MARIA MANSO DE BARROS

RIO DE JANEIRO
DEZEMBRO/2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAL – CCH
ESCOLA DE EDUCAÇÃO
CURSO DE PEDAGOGIA
DEPARTAMENTO DE DIDÁTICA
DISCIPLINA: MONOGRAFIA II

REITOR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO:
PROFª MALVINA TANIA TUTTMAN

DECANO DO CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS:
PROFª JULIA BELESSE DA SILVA LINS

DIRETORA DA ESCOLA DE EDUCAÇÃO:
PROFª JANAÍNA SPECHT DA SILVA MENESES

CHEFE DO DEPARTAMENTO DE DIDÁTICA:
PROFª CLÁUDIA DE OLIVEIRA FERNANDES

PROFESSORA DE MONOGRAFIA II:
PROFª JANAÍNA SPECHT DA SILVA MENESES

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

À Força Superior que me guia e me dá forças para enfrentar os momentos difíceis;

Aos meus maravilhosos pais que me acolheram e me amaram, compreendendo meus momentos difíceis, me incentivando sempre a ser cada dia melhor, vibrando a cada superação, chorando e rindo juntos comigo;

Ao meu amado irmão que sempre acreditou no meu potencial e me deu forças para superar os obstáculos;

Às minhas queridas amigas de curso Ana Caroline Santana e Elizabeth Ramos por serem sempre a minha fortaleza quando as minhas estruturas balançavam;

Às minhas amigas Sabrina Carvalho e Caren Regis por mostrarem o papel da Pedagoga na prática;

Ao Movimento Estudantil do curso de Pedagogia da UNIRIO que renasceu em mim a vontade de lutar, especialmente, pela melhoria da educação no Brasil;

À minha orientadora e professora Rita Manso que demonstrou durante sua orientação quando intervir e quando me dar a liberdade necessária para compor minha produção;

A minha diretora Ester Chapiro que proporcionou, ao longo desses dois anos, condições para que eu pudesse me formar no tempo certo, permitindo que eu saísse mais cedo para assistir as aulas e utilizando o tempo do trabalho para fazer trabalhos e concluir a monografia;

Às professoras Ligia Martha, Ângela Maria, Sandra Albernaz, Maria Elena e Nathália Brito por me mostrarem serem exemplos de Educadoras, incentivando-me e aumentando o meu orgulho por essa magnífica profissão.

EPÍGRAFE

*Há olhos que não vêem, há bocas sempre caladas,
Muitas mãos que não seguram
Braços que não abraçam,
Mentes que se esqueceram de abrir-se para o sol."*
Ziraldo

RESUMO

O presente trabalho propõe uma reflexão a relevância da depressão nas crianças, o que proporciona o surgimento dessa doença e como a família, a escola e as pessoas próximas podem contribuir tanto para o aparecimento dela como para ajudar essas crianças a superar sua doença. Ao compreender o desenvolvimento emocional, o contexto social na qual esta criança se insere, podemos entender melhor a depressão infantil e como seus sintomas interferem na educação escolar, gerando as dificuldades de aprendizagem. A partir dessa compreensão o educador poderá respeitar sua condição e fazer um trabalho que ajude a criança a superar suas dificuldades. Não caberá aos educadores o papel de um especialista na área de doenças mentais, mas a devida atenção e sensibilidade nas mudanças de comportamento de seus alunos, a interação delas com outras pessoas e o acompanhamento de seu desempenho educacional.

PALAVRAS-CHAVE: Desenvolvimento emocional, Depressão Infantil, Educação escolar e Dificuldade de Aprendizagem.

Sumário

Introdução.....	07
Capítulo 1: O desenvolvimento emocional da criança e sua realidade contemporânea.....	11
1.1 - A Construção Sociológica da Infância.....	11
1.2 - Desenvolvimento emocional da criança.....	14
1.3 - O perfil da família contemporânea.....	21
Capítulo 2: Depressão – O mal do século.....	25
2.1 - Análise da diferença entre Melancolia, Tristeza e Depressão – A introdução ao conhecimento da Depressão.....	26
2.2 - O que é e por que estudar a Depressão infantil?.....	28
2.3 - Tratamentos	33
2.4 – Sim, a criança também comete suicídio.....	38
Capítulo 3 - Mas afinal, onde a educação entra nessa história?.....	42
3.1- Relações dos sintomas depressivos com a dificuldade de aprendizagem	48
3.2 – Bullying.....	49
Considerações Finais.....	51
Referências.....	55

INTRODUÇÃO

Existe um tema muito popular e, ao mesmo tempo, complexo que a maior parte das pessoas, de níveis sociais e profissionais diferentes, já ouviu falar, mas poucos lhe dão atenção. Por mais que este assunto seja divulgado na mídia ainda é tratado de forma ingênua por muitos. Ainda assim poucas pessoas lhes dão a devida importância ~~ou~~ dedicando-lhe a atenção necessária e, por conseguinte, evitam enfrentá-lo e derrotá-lo.

Deste o início do curso de Pedagogia venho procurando estudar a depressão infantil e como essa doença pode atingir nossas crianças e prejudicar não só a sua vida social, mas também sua educação escolar.

Para que seja possível o entendimento deste trabalho, fazem-se necessários as seguintes indagações: O que é infância? Como o desenvolvimento emocional se manifesta na criança? O que é depressão? Qual a relação da depressão infantil com as dificuldades de aprendizagem?

A pesquisa foi realizada através do cunho bibliográfico com autores ligados às temáticas do desenvolvimento emocional de uma criança, a concepção de infância, depressão infantil e dificuldades de aprendizagem. Para tal temática procuramos os autores Aléxis Leontiev (2005/2007), Carlos Rodrigues Brandão (2003), Donald W. Winnicott (1993 e 2000), Elizabeth Roudinesco (2000), Isilda Campaner Palangana (1995), Jeffrey A. Miller (2003), L.S.Vygotsky (2007), Maura Alves Nunes Gongora (1982), Neil Postman (1999), Sigmund Freud (1915/1975 e 1992), Urania Tourinho Peres (2006) e o apoio do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais-IV (1994) e Dicionario de Psicoanálisis (1971) e dos artigos das autoras Elaine Marini, Maria Tais de Melo e Izabel Cristina Feijó publicados na Revista Direcional em 2006.

Mas por que estudar a depressão infantil? No site da Organização Mundial de Saúde¹ encontra-se uma previsão para os próximos 20 anos onde a depressão estará entre um dos dois problemas de saúde pública que mais atinge a sociedade mundial, podendo ultrapassar as doenças cardiovasculares. E esta doença está cada vez mais atingindo as crianças desde a tenra idade. Mas o que leva a previsão de uma doença mental se espalhar de forma tão avassaladora, mundialmente? Segundo a autora e psicanalista, Elizabeth Roudinesco (2000), a

¹ http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

sociedade atual tem levado a tratar suas neuroses através de receitas médicas, como resolução imediata para os seus problemas, que nem sempre vem por questões e situações individuais. O ponto principal para o desencadeamento da depressão pode estar ligado ao plano social, econômico e político. Ou seja, a falta de qualidade na moradia, a dificuldade de se encontrar um emprego, o constante crescimento da violência nas grandes cidades, a frustração por não ter conseguido tirar uma nota boa na escola, etc. acaba por colaborar para o aumento dessa estatística.

Para o primeiro capítulo apresentaremos a história do conceito da infância, como o desenvolvimento emocional da criança se desenvolve e a importância do vínculo afetivo e da interação da família com esta. É necessário compreender que sem esses estudos acerca do desenvolvimento e da interação, fica mais difícil entender como a depressão atinge a criança e como os sintomas dessa doença prejudicam não só sua vida social como também seu cognitivo. Neste capítulo abordaremos sobre a concepção de infância e criança que foi construída ao longo dos séculos até chegar ao entendimento que temos dessa fase hoje, para tal assunto contaremos com o apoio da autora Postman (1999), Locke² e Rousseau³. Através de Winnicott (1993 e 2000), Freud (1915/1975), Vygotsky (1988)⁴, Dante Cicchetti⁵ e Miller (2003), abordaremos sobre o desenvolvimento afetivo e emocional da criança e a importância da família durante esses desenvolvimentos. Roudinesco (2000), Palangana (1995), Marini (2006), Melo e Feijó (2006) nos ajudarão a compreender o perfil da família contemporânea fazendo levantamentos importantes para a interação desta com a criança.

Tais autores defendem a importância de um bom relacionamento da criança desde os primeiros anos de vida com a figura materna, sendo esta figura representada pela mãe, pai, avós, entre outras pessoas que tenham como características a proteção, a segurança, o carinho, o amor e que possa proporcionar cuidados de acordo com a necessidade de cada criança. Cada ser humano responderá ao ambiente de forma própria, apresentando, a cada momento, condições, potencialidades e dificuldades diferentes.

Em se tratando da depressão Infantil, a preocupação ao longo do projeto foi demonstrar que os sintomas e o tratamento desta, pouco se diferenciam dos da depressão adulta, tanto na visão psicanalítica como na visão da psiquiatria, que foram as teorias

² Citado por Postman (1999)

³ Idem

⁴ Citado por Palangana (1995)

⁵ Citado por Miller (2003)

utilizadas neste trabalho. Pretende-se verificar como esses sintomas podem estar relacionados com a dificuldade de aprendizagem da criança.

No segundo capítulo deste trabalho mostraremos a diferença entre ela e a tristeza, e a melancolia, para que a família, os professores e as pessoas ligadas diretamente à criança, não confundam uma com a outra e não encaminhem esta criança para um tratamento desnecessário ou ignore seus sintomas, quando for o caso. Afinal, muitos livros de auto-ajuda ou clínicos, as revistas e todo o tipo de mídia circulam livremente com suas diversas formas de abordagem, alegando estarem apoiadas em teorias psiquiátricas, espirituais e psicológicas. Os tipos principais de depressão serão descritos ao longo deste capítulo, assim como o posicionamento da psicanálise e da linha da psiquiatria sobre essa doença e seus tratamentos, pois deve ficar a critério da família a escolha de qual caminho seguir. O educador também não se mostrará tão leigo quando encaminhar a escola sua suspeita acerca de tal criança, pois é essencial para os educadores que conheçam tal doença, pois estes estão em contato direto com as crianças, e o correto encaminhamento a um especialista, em tempo hábil, facilitará e permitirá uma melhor abordagem e tratamento do sujeito. Logo, nós, futuros pedagogos, e tendo a possibilidade de sermos professores, devemos entender os diferentes processos psicossociais que ocorrem com as crianças, já que não somos especialistas, mas somos o mediador privilegiado que está em contato direto com o educando. Trabalharemos com os autores Tourinho (2006), Freud (1917/1992), Roudinesco (2000), Albert Ellis⁶ e Miller (2003).

Brevemente podemos destacar que Miller aborda a história da depressão infantil, seus sintomas e como as várias definições de depressão são organizadas dentro e fora do DSM-IV (1994) assim como os seus diversos tratamentos. O autor também ressalta a importância dos diversos problemas emocionais durante a depressão infantil e as conseqüências deles na vida social e educacional da criança, podendo causar-lhe, entre outros sintomas graves, a ansiedade, a alteração no comportamento, o uso de drogas, e em casos mais graves, o suicídio. A grande contribuição do autor se dá acerca do que as pessoas ligadas à uma criança depressiva podem fazer para ajudá-la, tanto quando ela estiver numa fase agressiva ou quando estiver numa fase passiva e que contribuição a educação pode oferecer a elas. Mais importante do que diagnosticar ou cuidar de uma criança depressiva é a questão da prevenção desse transtorno, e este autor, também ajudará a esclarecer alguns mitos e dúvidas.

⁶ Citado por Miller (2003)

A sociedade de hoje, que traz o lema do “aqui e agora”, tem como principal característica o imediatismo e a crença numa fórmula química mágica que solucione seus males, e não no manejo das relações regidas pela linguagem, como seria no tratamento pelas psicoterapias entre as quais destacamos a Psicanálise. Por isso, a escolha das pessoas por psiquiatras na busca de receitas pelos antidepressivos aumenta, a cada dia, sem dar a devida preocupação à origem desses sintomas. Quando se fala em sociedade, as crianças estão inseridas, não estando imunes aos problemas sociais e individuais. Por isso a depressão infantil tem atingido mais crianças, trazendo transtornos significativos a capacidade cognitiva dessas, atrapalhando seu desempenho escolar e seu desenvolvimento.

As dificuldades de aprendizagem como causa da depressão ou como consequência dessa, serão defendidas no terceiro capítulo. Acreditando que a depressão infantil traz consequências sérias para o desenvolvimento psicológico, social e físico das crianças, a pesquisa tem como objetivo geral estudar os impactos que a depressão infantil provoca no processo ensino-aprendizagem. Os autores que contribuíram para este capítulo são: Miller (2003), Leontiev (2005/2007), Vygotsky⁷ e (2007), Kostink⁸, Palangana (1995), Durkeim⁹, Gongora (1982), Winnicott (2000).

Portanto, o tema escolhido tem como relevância a compreensão de como as crianças passam pela depressão, por que esse transtorno se origina, e como a família, escola e pessoas próximas podem contribuir para ajudar essas crianças a superar sua doença, para a partir de então compreender como tais sintomas depressivos interferem na educação da criança, gerando as dificuldades de aprendizagem. Só assim o educador poderá fazer um trabalho que ajude a criança a superar suas dificuldades. Neste caso, não caberá aos educadores o diagnóstico da depressão nas crianças, mas sim a devida atenção às mudanças de comportamento de seus alunos, a interação delas com outras pessoas e o acompanhamento de seu desempenho educacional.

⁷ Citado em LEONTIEV (2007)

⁸ Idem

⁹ Citado em BRANDÃO (2003)

CAPÍTULO 1: O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL DA CRIANÇA E SUA REALIDADE CONTEMPORÂNEA

Ao pensarmos em crianças, pensamos em sua infância, no seu desenvolvimento psicológico, afetivo, emocional e cognitivo e seus direitos e deveres. Para que possamos contribuir no seu desenvolvimento, precisamos conhecer cada etapa dele para assim, observar se essa fase se desenvolve de forma plena.

Mas será que a criança do final do século XX e início do século XXI possui o mesmo desenvolvimento das crianças dos outros séculos? Será que a visão que temos dessa fase é a mesma que nossos antepassados tinham? E o perfil da família, mudou?

Neste capítulo abordaremos sobre a concepção de infância e criança que foi construída ao longo dos séculos até chegar no entendimento que temos dessa fase hoje, para tal assunto contaremos com o apoio da autora Postman (1999), Locke¹⁰ e Rousseau¹¹. Através de Winnicott (1993 e 2000), Vygotsky (1988)¹², Freud (1915/1975), Dante Cicchetti¹³ e Miller (2003), abordaremos sobre o desenvolvimento afetivo e emocional da criança e a importância da família durante esses desenvolvimentos. Roudinesco (2000), Palangana (1995), Marini (2006), Melo e Feijó (2006) nos ajudarão a compreender o perfil da família contemporânea fazendo levantamentos importantes para a interação desta com a criança.

A intenção deste capítulo é compreender o desenvolvimento emocional da criança, tendo como base a importância da interação dessa criança com outras pessoas. Essa compreensão é importante para que se possa entender melhor quais os fatores desse desenvolvimento pode possibilitar para que a depressão haja no psicológico e no afetivo da criança interferindo, assim, na sua aprendizagem.

1.1 - A CONSTRUÇÃO SOCIOLÓGICA DA INFÂNCIA

Quando falamos em infância nosso pensamento se remete logo às crianças, porém a concepção de infância é diferente da concepção de criança. A primeira está voltada para um

¹⁰ Citado por Postman (1999)

¹¹ Idem

¹² Citado por Palangana (1995)

¹³ Citado por Miller (2003)

período sócio-histórico enquanto que a segunda concepção é voltada para a biologia. Um adulto foi criança algum dia, mesmo que não tenha tido infância. Mas essa distinção nem sempre foi assim, Postman (1999) afirma que *a idéia de infância é uma das grandes invenções da Renascença. A infância como estrutura social e como condição psicológica, surgiu por volta do século XVI e chegou refinada e fortalecida aos nossos dias.* (p.12).

No século XV, a criança se tornava adulta a partir do momento que dominava a linguagem, pois a palavra infância é derivada da palavra francesa “enfant” - que não tem voz - era ligada às crianças que ainda não sabiam falar e seu significado era estendido socialmente para mulheres, empregados e idosos. As crianças eram consideradas “pequenos adultos”, sendo sua linguagem e roupas iguais aos deles.

Já no século XVI, a invenção da impressão com caracteres móveis – a tipografia trouxe uma nova concepção de adulto e, por conseguinte uma nova concepção de infância, segundo Postman (1999), *a nova idade adulta, por definição exclui as crianças. E como as crianças foram expulsas do mundo adulto, tornou-se necessário encontrar um outro mundo que elas pudessem habitar. Este outro mundo veio a ser conhecido como infância.* (p.34).

Neste momento, não bastava apenas a criança dominar a linguagem, ela tinha que saber ler e para isso, precisariam da escola. Assim sendo, a infância se tornou o período em que a criança não dominava a linguagem, ao dominá-la, essa criança era considerada um adulto ainda não formado até que aprendesse a ler. Postman (1999) informa que *ao criarem o conceito de uma hierarquia de conhecimento e habilidades, os adultos inventaram a estrutura do desenvolvimento infantil.* (p. 60)

Neste mesmo século, criou-se um mundo para a criança, mas não uma relação mais afetiva entre pais e filhos que continuavam sendo tratadas como uma propriedade de seus pais. Postman (1999) afirma que *a família como instituição educacional começa com tipografia, não só porque a família tinha que assegurar que as crianças recebessem educação na escola, mas também porque tinham que proporcionar uma educação suplementar em casa.* (p.58). Quanto a vestimenta da criança era diferenciada, assim como sua linguagem. A literatura começa a ser pensada para o público infantil¹⁴.

¹⁴ O primeiro livro infantil publicado era Jack, o Assassino Gigante do autor John Newbery

No final do século XVII, o panorama encontrado era da escola começando a educar seus alunos para o trabalho, e as primeiras leis de proteção às crianças surgindo para certas classes sociais. Postman (1999) cita que durante o Iluminismo, *Locke criou um sentimento de culpa nos pais em relação ao desenvolvimento de seus filhos e forneceu as bases psicológicas e epistemológicas para fazer da educação esmerada das crianças uma prioridade racional.* (p.71). Neste século, a sociedade começa a preocupar-se com assuntos que deveriam ser mantidos longe das crianças, sendo os principais representados pelas relações sexuais, morte, dinheiro, violência e doenças. O aumento da relação afetiva entre os pais e filhos fazia com que estes a tratassem como pessoas e não mais como propriedades privadas.

No século XVIII, no apogeu do movimento iluminista, surge a concepção romântica da infância cujo principal representante foi o Rousseau. Este afirmava que *a criança é importante em si mesma, e não meramente como um meio para o fim.* (apud. POSTMAN,1999, p.72). As crianças eram consideradas como seres puros e inocentes que deviam ser preservados e protegidos. Já os religiosos daquela época acreditavam que era papel da escola domesticar as crianças, pois elas eram más e pecadoras por natureza. *Na visão protestante, a criança era uma pessoa amorfa que, por meio da alfabetização, da educação, da razão, do autocontrole e da vergonha podiam tornar-se um adulto civilizado.* (POSTMAN, 1999, p.73). Em ambos pensadores e concepções as crianças deveriam ficar separadas dos adultos.

Na sociedade contemporânea, a infância tomou novas e antigas concepções, o retorno do “pequeno adulto” é um exemplo, porém há uma inversão de papéis, como por exemplo, a menina se vestir como sua mãe, sendo uma modificação, pois algumas mães querem aparentar mais jovens, vestindo-se como adolescentes e agindo como tal. Crianças cada vez mais novas já usam saltos, maquiagem, roupas provocantes e uma erotização precoce.

Por onde quer que a gente olhe, é visível que o comportamento, a linguagem, as atitudes e os desejos – mesmo a aparência física – de adultos e crianças se tornem cada vez mais indistinguidos. (Idem, p.18).

A sociedade exige das crianças mais responsabilidades e um preparo desde cedo para um futuro profissional. Sua linguagem volta a ser própria. Do outro lado, está a aceitação de que cada criança é aceita como única, possui uma história, uma identidade e uma

cultura. Esta criança não é mais vista como não-falante, pois tem seus direitos garantidos pelo Estatuto da Criança e Adolescente (2005) para que possa ser ouvida e se impôr na sociedade.

Essas conquistas trazem à criança um novo papel na sociedade e ela passa a ser vista como uma cidadã com direitos e deveres, onde seu desenvolvimento cognitivo e psicológico é respeitado e passando a ter uma maior atenção nos trabalhos acadêmicos. Por outro lado, há um aumento na indústria de roupa, do entretenimento, alimentos, jogos etc. todos voltados para o público infantil, agora caracterizado como consumidores em potencial. Atingindo principalmente as classes mais pobres, crianças cada vez mais novas atuam na criminalidade – através do roubo, assassinato e tráfico – assim como, a gravidez, o alcoolismo e as drogas entram na vida dessas crianças cada vez mais cedo. Mas como o desenvolvimento emocional da criança acontece?

1.2 - DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL DA CRIANÇA

As primeiras relações da criança, desde a mais tenra idade são fundamentais para o seu desenvolvimento cognitivo e psicológico, afetivo e emocional. Neste trabalho falaremos apenas do desenvolvimento emocional por compreender que ele é a base para que todos os outros desenvolvimentos possam ser plenos. O primeiro vínculo afetivo da criança se dá com a mãe ou uma outra pessoa que represente uma figura materna. Tal conexão faz com que a criança se sinta amada e segura, capaz de se aventurar em várias experiências e de experimentar o mundo externo, pois sabe que sempre pode confiar na pessoa que fortaleceu esse vínculo.

De tudo isto emerge a mãe devotada comum, com sua capacidade de adaptar-se ativamente às necessidades de seu bebê proveniente de sua devoção, tornada possível para o seu narcisismo, sua imaginação e sua memória que a capacitam o saber através da identificação que são as necessidades do bebê. (WINNICOTT, 2000, p.334-335).

O objetivo é apresentar um ambiente calmo e aquecido que tire todo o desconforto do bebê para que ele se sinta integrado com seu próprio corpo. A intenção não é mimar uma criança, mas auxiliar na adaptação e amadurecimento desse bebê no ambiente, para depois ir introduzindo limites e estímulos contrários ao seu narcisismo e ego para que as crianças possam reagir de forma a serem incorporados (inseridos) na sociedade externa. Prepará-los, assim, para que sintam seguros quando saírem de “seus mundos interiores” para uma realidade externa. Esse é o conceito de adaptação ambiental do Winnicott (2000). Quando o

vínculo não se desenvolve de forma satisfatória, a criança se sente perdida, insegura e sem um estado de bem-estar.

Winnicott (1993) afirma que *antes da integração o indivíduo é um conjunto não-organizado de fenômenos sensório-motores contidos pelo ambiente externo.* (p.116). O que o autor também chama de Pré - concernimento. Para melhor entender sobre essa fase precisamos entender como ela funciona dentro da estrutura mental da criança. Neste período a criança possui o que Freud (1975) denomina de Id, que nada mais é que os sentimentos primitivos (instinto), prazer, paixões. Esse id age no inconsciente da pessoa. O objetivo do Id é a sua satisfação total a qualquer custo sem responsabilidades. Não existe uma diferença entre o mundo externo e o interno. Já o ego, que veremos adiante, está no início de seu desenvolvimento. Em suma o id é amoral.

Winnicott (2000) denomina a primeira fase do desenvolvimento emocional da criança de concernimento, ou seja, *quando a criança se entende como pessoa e tem propósitos, porém não possui preocupações com as conseqüências de seus atos, havendo uma relação de amor e ódio para o mesmo objeto de desejo.* (p.292). Miller (2003) acredita que nos dois primeiros anos de vida da criança é quando se dá o seu desenvolvimento emocional entre sua autonomia e sua dependência, ou seja, é quando a criança desperta e compreende que sua mãe não faz parte da extensão do seu corpo, e sim, que é uma outra pessoa.

Pode-se dizer que a integração começa assim que nasce e é o sentimento de estar integrado em seu próprio corpo, tendo sua primeira experiência com o mundo externo através do seio da mãe. A partir do momento que o bebê tem esse contato e seu desejo é saciado, o seio se tornará o seu objeto de desejo.

O desenvolvimento do ego pode ser explicado melhor através da definição do Dicionario de Psicoanálisis de Laplanche e Pontalis (1971).

Na vista dinámico, el yo representa eminentemente, en el conflicto neurótico, el polo defensivo de la personalidad; pone en marcha una serie de mecanismos de defensa, motivados por la percepción de un afecto displacentero. Señal de angustia. (...) La teoría psicoanalítica intenta explicar la génesis dentro de dos registros relativamente heterogéneos, ya sea considerándolo como un aparato adaptativo diferenciado a partir del ello em virtud del contacto con la realidad exterior, ya sea definiéndolo como el resultado de identificaciones que conducen a la formación, dentro de la persona, de un objeto de amor cargado por el ello. (p.446)

O ego não está separado do id totalmente, na verdade, ele é uma parte do id que sofreu a interferência do mundo exterior e virou o elo entre este mundo e o id. Continua agindo no inconsciente e *procura aplicar a influência do mundo externo ao id e as tendências deste e esforça-se por substituir o princípio de prazer, que reina irrestritamente no id, pelo princípio da realidade.* (FREUD, 1975, p.37). O ego se esforça para ser moral e seus primeiros indícios de personalidade já estão sendo apresentados.

a criança desenvolveu seu ego e é capaz de projetar as conseqüências de seus atos, podendo sentir culpa por eles. Ela também pode se sentir culpada apenas por idealizar algo. Nesta etapa surge também a frustração como um “elemento sedutor” que leva para longe da culpa e promove um mecanismo de defesa que consiste em separar o amor e o ódio e fazê-lo agir em direções diferentes. (WINNICOTT, 2000, p. 292).

O desenvolvimento pleno desse estágio traz

Se a cisão dos objetos em bom ou mau realmente ocorrem, o sentimento de culpa é atenuado, mas em compensação o amor perde uma parte de seu valioso componente agressivo, e o ódio tornar-se mais explosivo. (...) A satisfação do impulso faz com que ela se sinta bem, e isto cria e sustenta a sua confiança em si própria e no que ela poderá esperar de sua vida.(Ibidem)

Esse pleno desenvolvimento faz surgir à fase conhecida por Freud (1975) como a formação do superego ou ego ideal que trabalha já no consciente¹⁵ da pessoa.

Una de las instancias de la personalidad, descrita por Freud en su segunda teoría del aparato psíquico: su función es comparable a la de un juez o censor con respecto al yo. Freud considera la consciencia moral, la autoobservación, la formación de ideales, como funciones del superyó. Clásicamente el superyó se define como el heredero del complejo de Edipo; se forma por interiorización de las exigencias y prohibiciones parentales. (LAPLANCHE E PONTALIS, 1971, p. 440).

Nesta fase a criança constrói seu superego através da convergência do narcisismo¹⁶, das identificações com seus responsáveis e da sociedade, *el ideal de yo constituye un modelo al que el sujeto intenta ajustarse.* (Idem, p.186).

Por fim, *o papel do superego é retirar libido do id e transformar as catexias objetais deste em estruturas do ego.* (FREUD, 1975, p.70). O superego é supermoral, sendo o extremo do id, e, portanto inicia-se um sentimento de culpa normal na criança, pois ela acaba de sair do Complexo de Édipo e sente remorso por suas idealizações durante este período.

¹⁵ A consciência é a superfície do aparelho mental. (FREUD, 1992, 591).

¹⁶ En alusión al mito de Narciso, amor a la imagen en sí mismo.(LAPLANCHE E PONTALIS, 1971, 238)

Para tanto *a criança deve ser capaz de tolerar o sentimento de culpa e alterar este estado de coisas através da reparação.* (WINNICOTT, 1993, p.38). O apoio da mãe é fundamental neste momento de superação.

Quando ocorre uma falha na construção do superego, um humor depressivo pode surgir:

O sentimento de culpa é superintensamente consciente; nelas, o ideal do ego demonstra uma severidade particular e com frequência dirige sua ira contra o ego de maneira cruel. (...) nestes dois estados, a neurose obsessiva e a melancolia, apresenta como se tivesse se apossado de todo o sadismo disponível na pessoa em apreço. (...) Impulsionar o ego à morte, se aquele não afastar o seu tirano a tempo através da mudança para a mania. (FREUD, 1975, p.65-68).

Freud (1975) afirma que *a tensão entre as exigências da consciência e os desempenhos concretos do ego é experimentada como sentimento de culpa.* (p.50) Esse sentimento surge porque o ego acredita que o superego não o ama e se sente perseguido por ele.

O superego, contudo, comportar-se como se o ego fosse responsável por eles e demonstra, ao mesmo tempo, pela seriedade com que pune essas intenções destrutivas, que elas não são meras aparências evocadas pela regressão, mas uma substituição real do amor pelo ódio. Impotente em ambas as direções o ego se defende em vão, tanto das investidas do id assassino quanto das censuras da consciência punitiva. Ele consegue manter sob controle pelo menos as ações mais brutais de ambos os lados, o primeiro resultado é um auto-suplício interminável, e eventualmente segue-se uma tortura sistemática do objeto, na medida em que este estiver ao alcance. (Idem, p.68).

A partir deste momento a criança tenderá a voltar para seu mundo interno a fim de resolver questões e entender seus comportamentos e pensamentos. A criança se expressará através de brincadeiras a sua projeção externa e suas questões internas.

A administração dos fenômenos do mundo interno, que para a criança localiza na barriga (ou na cabeça, etc), tornar-se por vezes tão difícil que ela põe em ação um controle total – em que a consequência clínica é um humor depressivo. Isto leva a um estado intolerável de morte interna. (WINNICOTT, 2000, p.294).

Quanto à personalidade da criança, *Freud acreditava que a personalidade de uma criança era, em grande parte, desenvolvida até seu quinto ano de vida. Acreditava que o modo como a criança aprendia a ajustar-se a experiências precoces definia sua personalidade futura.* (Apud: Miller, 2003, p.44).

O desenvolvimento, em poucas palavras, é uma função da herança de um processo de maturação, e da acumulação de experiências de vida; mas esse desenvolvimento só pode ocorrer num ambiente propiciada. A importância deste ambiente propiciador é absoluta no início, e a seguir relativa; o processo de desenvolvimento pode ser descrito em termos de dependência absoluta, dependência relativa e um caminhar rumo a independência. (WINNICOTT, 1993, p.27).

Freud confirma ao dizer que *as primeiras interações entre a criança e os pais são decisivas para determinar o tipo de adultos que a criança será.* (Apud: Miller, 2003, p.77).

É possível descrever duas diferentes bases para o desenvolvimento mental normal: a) a conversão do ambiente suficientemente bom num ambiente perfeito (adaptado), permitindo um mínimo de reação à intrusão e um máximo de desenvolvimento natural (contínuo) do eu; b) a catalogação das intrusões (trauma de nascimento, etc) para assimilação num estágio posterior do desenvolvimento. (WINNICOTT, 2000, p. 345).

Quando a criança enfrenta pais com personalidade muito forte, ela acaba estudando, fazendo atividades e escolhas que não são desejos dos filhos e sim, dos pais que vivem através dos filhos. A criança acaba por viver uma vida cujo objetivo é satisfazer os desejos dos pais, se sentindo frustrada por não conseguir ter prazer com seus “sucessos”. Os pais têm que entender que as crianças não são suas cópias, elas possuem suas vidas próprias.

O relacionamento dos pais com seus filhos pode ser tranquilo, negligenciada ou conflitante e isso pode não depender somente desses pais, pois acredita-se que as pessoas nasçam com temperamentos, assim classificando como crianças “fáceis” ou “difíceis” de acordo com sua emotividade. A perda dessa relação não vem só de uma criação não adequada, mas também, do abandono real (adoção), saída de um dos pais de casa (separação) ou morte.

O temperamento é um estilo comportamental e é forma característica de resposta em crianças e bebês. É uma característica estável dos recém-nascidos que sofre influências e modificações por meio das experiências posteriores da criança, tornando-se mais maleáveis com o tempo. (MILLER, 2003, p.51).

A relação com os temperamentos deve ser ajustada de forma mais adequada para cada filho. Não é deixar a criança fazer tudo o que quer, mas também não se pode ir de encontro nessa fase inicial de seu desenvolvimento. O ideal é que se chegue num consenso do que pode ser melhor para ela sem criar conflitos desnecessários. As emoções que os pais sentem e transmitem para as crianças através de suas expressões faciais também estará sendo inserido como um referencial no desenvolvimento das emoções das crianças.

Uma falta de resposta e reciprocidade por parte das pessoas que cuidam das crianças quanto as suas emoções podem resultar em distúrbios no seu desenvolvimento. (...) A criança pode ser incapaz de reconhecer as emoções dos outros ou expressar as emoções em situações sociais. Isso leva a uma reação negativa por parte dos outros, fazendo com que a criança se sinta como um proscrito, sem fazer parte da sociedade. As crianças podem expressar emoções inadequadamente para certas situações e parecer socialmente estranhas ou infelizes. Além disso, as crianças têm menos habilidades para regular as informações que recebem do ambiente. (Idem, p.53)

Em outras palavras, Miller complementa os estudos de Freud (1975) e Winnicott (1993) e destaca essas fases do desenvolvimento emocional criança citando os três sistemas que o autor Dante Cicchetti¹⁷ resalta para mostrar que além do vínculo e da regulação homeostática e fisiológica¹⁸ ideais para a criança, há também os aspectos ligados ao microsistema, o exossistema e o macrosistema que estão presentes em seu desenvolvimento e podem influenciar no aparecimento da depressão.

O microsistema da criança está concentrado no campo de sua família. Como já apontamos anteriormente, a criança tem em sua família a primeira referência de como se deve ser e se portar na sociedade. Com isso, uma família com histórico de distúrbios depressivos ou outra forma de psicopatologia, ansiedade, dependência química ou comportamento criminoso, pode desencadear a depressão infantil.

Para reforçar essa idéia trazemos a autora Palangana (1995) que aborda o pensamento de Vygotsky (1988) acerca do ambiente social da criança.

Na concepção vygotskyana, o ambiente social e que a criança se encontra inserida constitui, de fato, uma zona de desenvolvimento, na medida em que as pessoas mais experientes colocam-se como uma forma de consciência indireta que ajuda a criança a discernir melhor sua experiência e, conseqüentemente, sair da indiferenciação inicial. (VYGOTSKY, apud. PALANGANA, 1995, p.141).

Outro fator é o socioeconômico, aqui não importa se a família é rica ou pobre, mas sim, qual o nível de estresse ou experiências negativas causadas pelo dinheiro ou a falta dele

¹⁷ Dante Cicchetti - Ph.D. Professor of Psychology Director, Mt. Hope Family Center. Ph.D., University of Minnesota, 1977 - escreveu o livro: *The development of depression in children and adolescents*. *American Psychologist* 53, nº2, 1998.

¹⁸ Em resumo a homeostase fisiológica é a condição necessária que uma criança precisa ter para se desenvolver, ou seja, ser alimentada, fazer uma higiene nela, aquecê-la, cuidar de sua saúde, entre outros.

que interferem no cuidado com a criança. Muitas atividades extra-curriculares ou crises econômicas podem causar estresse, ansiedade e, por fim, a depressão.

O exossistema está relacionado com a ecologia da criança, ou seja, é o ambiente externo à família. Seu principal exemplo é a escola. A criança, quando não possui uma estrutura mental e emocional, pode sofrer com as constantes mudanças, o convívio com os outros alunos, professores e diretores. Em escolas do primeiro segmento do ensino fundamental, onde não há a continuação para o segundo segmento, a criança precisa sair da escola que está acostumada e ir para uma outra completamente estranha, com pessoas desconhecidas e ter a pressão de se adaptar lá. A estrutura das aulas também muda, se antes eram no máximo dois professores por turma, agora são no mínimo oito professores ao longo da semana. Não há mais aquele horário reservado a recreação e nem aquela sensação familiar no relacionamento com seu professor, é um entra e sai de professores que leva mais de uma semana para decorar todos os seus nomes e suas respectivas matérias. De repente, a criança é tratada como um adolescente e aumentam-se suas responsabilidades sem que tenha lhes tenham preparado para desenvolver uma autonomia.

Este equilíbrio entre até onde a criança é dependente e até onde ela é autônoma traz sentimentos de ansiedade e medo, sentimentos estes, normais para seu desenvolvimento. Será com a ajuda de seus pais que ela saberá que eles estarão por perto caso precise, a criança terá em quem confiar e confidenciar as suas novas experiências, o que aumentará seus estímulos, fazendo com que lide melhor com suas novas emoções. Vygotsky (1988) defende que o desenvolvimento da criança é baseado em uma relação interacionista, sendo o primeiro vínculo afetivo e de aprendizagem realizado através da família.

As primeiras formas de comportamento humano – as quais Vygotsky denomina de estruturas elementares – constituem totalidades psicológicas construídas basicamente por determinantes biológicos, por processos reativos. Já as estruturas seguintes (ou superiores), as formas de comportamento mais complexas, emergem todas no processo de desenvolvimento cultural. (VYGOTSKY, apud. PALANGANA, 1995, p.126).

A independência da criança é um processo natural e Winnicott (1993) se refere a isso quando diz que *o crescimento nesse contexto, não implica apenas transpor estágios devido ao aumento de idade, mas também a administração de cada estágio à medida que*

surge, sem que sofram muitas perdas no que se refere às bases instintivas do sentimento.
(p.36)

Por fim, chegamos ao macrossistema que aborda os valores e as normas da cultura da criança. O principal modelo é a política presente no país e a segurança por ela estabelecida. Em países com políticas econômicas que favorecem apenas uma parte da população e o clima tenso de insegurança podem interferir no bem-estar da família e conseqüentemente da criança. As crianças são encarceradas em seus próprios condomínios. Em muitos condomínios de classe alta oferecem-se escolas dentro deles, assim como, shopping e supermercados. As crianças não saem mais para descobrir o mundo, a não ser quando viajam para outros países. Já as crianças de baixa renda, acabam ficando em suas casas assistindo a televisão, o dia todo, ou então ficam pelas ruas que não oferecem nenhuma estrutura de segurança ou lazer, a mercê de todo tipo de violência.

A sociedade democrática moderna quer banir de seu horizonte a realidade do infortúnio, da morte e da violência, ao mesmo tempo procurando integrar num sistema único as diferenças e as resistências. Em nome da globalização e do sucesso econômico, ela tem tentado abolir a idéia do conflito social. Do mesmo modo tende a criminalizar as revoluções a retirar o heroísmo da guerra, a fim de substituir a política pela ética e o julgamento histórico pela sanção judicial. (ROUDINESCO, 2000, p.16)

Correlacionando a criança e seu desenvolvimento, perceberemos a partir dos modelos citados anteriormente que a família e a escola são as principais instituições sociais para a construção de sua identidade e de sua personalidade, pois, interagem diretamente com essa criança influenciando de forma positiva ou negativa na sua formação e no adulto que poderá ser.

1.3 - O PERFIL DA FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA

Ao analisarmos a criança estamos também estudando o contexto social em que ela está inserida e neste tópico apresentaremos o perfil presente na sociedade contemporânea da qual a família faz parte.

No contexto atual onde há uma liberdade exacerbada e uma democracia de condições desiguais entre as classes, o desejo por uma sociedade mais tranqüila e de não querer mais as guerras e as ditaduras, significou à presente sociedade, o conformismo da

política atual e suas decisões, mesmo que essas decisões sejam fazer o cidadão trabalhar mais, ganhar o mesmo, ver a corrupção acontecendo e se sentir impotente com isso, pois o mínimo indício de contestação é interpretado por “arruagem”, “baderna” e “anarquia¹⁹”.

Daí uma concepção da norma e da patologia que repousa num princípio intangível: todo indivíduo tem o direito e, portanto, o dever de não mais manifestar seu sofrimento, de não mais se entusiasmar com o menor ideal que não seja o do pacifismo ou o da moral humanitária. Em consequência disso, o ódio ao outro tornou-se sub-reptício, perverso e ainda mais temível, por assumir a máscara da dedicação à vítima. (ROUDINESCO, 2000, p.16).

Características como pais superprotetores, superpermissividade, atitudes de excesso de cobrança e atitudes de autoritarismo ou negligência na família contemporânea tem contribuído bastante para o alto índice de crianças depressivas.. Já os filhos, não vão conseguir satisfazer todas as expectativas que seus pais depositaram neles, o que é perfeitamente normal, por outro lado, o ideal de pais e famílias que a criança aprende nos livros didáticos e paradidáticos podem não corresponder com a realidade de sua família.

Nossa ânsia de proteção para os jovens vem sendo intensificada nestes últimos anos que contribuímos diretamente para o desenvolvimento de uma estrutura emocional fragmentada, fragilidade, onde conflitos são vivenciados por eles de forma radical, impulsiva e instintiva e sentimentos de frustração, fracassos ganham espaço nessa estrutura emocional. Diante disso nos deparamos com jovens sem poder de criação, sem espírito crítico, desestimulado e sem vontades. (MARINI, 2006, p.35).

A criança acredita e confia no que seus pais falam ou fazem, e aquela que possui uma baixa auto-estima ou que não tem muito incentivo e valorização de seus avanços, acaba ouvindo de um pai ou de uma mãe que “é burro” porque suas notas estão horríveis, trazendo assim, aspectos negativos que poderá ser “incorporado” na criança.

Vygotsky (1988) dialoga com Roudinesco (2000) quando afirma que:

Juntamente com a linguagem são internalizados valores, significados, regras de conduta, enfim, formas culturais de comportamento (ou de papéis) que possibilitam atribuir novo sentido ao real, criar novos símbolos, ampliando o conhecimento. (VYGOTSKY, apud. PALANGANA, 1995, p.141)

A família do final do século XX e início do século XXI trazem como principal característica a preocupação excessiva em ganhar dinheiro, trabalhar em vários empregos ou

¹⁹ O termo da Anarquia, aqui utilizado, é uma interpretação popular de anarquia, cujo significado é pejorativa.

fazer “cerão”, dando assim, pouca ou nenhuma atenção para seus filhos. A consequência desse pouco tempo, que na maioria das vezes, não vem com uma qualidade boa, é de uma relação onde muitos pais não conhecem seus próprios filhos, não sabem quem são seus amigos, o que gostam, o que não gostam.

Os filhos exigem dos pais uma segurança, liberdade e disponibilidade, para isso testam sempre essas medidas, regras e disciplinas para que se sintam mais seguros quanto a sua eficácia. As crianças exigem que lhe ponha um certo controle e limite para que depois se sintam pessoas autônomas.

Não são todas as famílias, mas é muito comum ouvir dos profissionais das creches²⁰ que as famílias deixam seus filhos nos horário integral, das 7h as 19h, nos dias de semana e nos feriados, das 7h as 13h. No final do expediente, os pais vão buscar seus filhos e chegam em casa querendo que as crianças durmam logo, porque estão cansados do trabalho e querem dormir cedo ou trouxe serviço para terminar em casa.

Atualmente, um grande número de crianças ingressam na escola a partir do terceiro mês de vida e lá permanecem em tempo integral, cada dia da sua infância, voltando para o convívio da família somente no final do dia. (...) Esse dado revela que o cotidiano desta escola exerce na vida da criança e das famílias um papel fundamental e que precisa ser pensado, discutido, no sentido de se construir uma parceria entre família-escola que têm funções distintas e, ao mesmo tempo, complementares. (MELO e FEIJÓ, 2006, p.22).

Ao analisar esse comportamento podemos levantar indagações como: que sentimentos de proteção, carinho, segurança, amor, dedicação, entre outros, esses pais estão transmitindo aos seus filhos? E quando esta criança crescer e sair da creche? A solução seria colocar em escolas integrais ou preencher seu tempo com atividades extra-curriculares?

Quanto ao fator sócio-econômico, as crianças de classes sociais mais baixas e que não possuem dinheiro para colocar seus filhos em escolas integrais ou fazer atividades extra-curriculares, mesmo que nas Ong's, ficam em casa assistindo televisão, o dia todo, “perdidos” nas ruas sem nenhuma orientação ou instrução educacional ou então, cuidando de seus irmãos menores.

²⁰ Conversa informal realizada em um curso para Auxiliares de Creche feito por mim, através do IDCP, com diversas profissionais de creches públicas e particulares do Rio de Janeiro.

As famílias de classes médias e altas também podem proporcionar um ambiente familiar respectivamente nocivo às crianças. O consumo exagerado, a troca de amor pelos bens materiais, a falta de limite, o consumo de antidepressivos e tranqüilizantes pelos pais, alcoolismo, drogas, são alguns exemplos de fatores externos que influenciam o desenvolvimento da criança.

Alguns desses fatores também podem acontecer nas famílias mais pobres, assim como, os abusos físicos e sexuais.

Seja por causa de uma agenda lotada, um tempo ocioso ou obrigações que estão além de sua maturidade, o certo é que a visão dos “pequenos adultos” retorna depois de três séculos. Essas crianças aprendem desde cedo a terem responsabilidades e se prepararem para o futuro e acabam deixando de lado as brincadeiras próprias de sua idade. O estresse nessas crianças aumenta quando implantadas tantas responsabilidades e obrigações sem estarem preparadas para isso.

É importante que os pais se preocupem com seus filhos para exigir de forma adequada as obrigações e deveres de acordo com a idade deles, explicando o porquê de cada atividade inscrita e o interesse em saber se seu filho está gostando ou não dessas atividades. Conhecer o limite de seus filhos e não pressionar mais do que eles podem responder é saber que cada um tem seu próprio tempo de amadurecimento. Palangana (1995) afirma isso quando diz que *o desenvolvimento e aprendizagem condicionaram-se mutuamente: o sujeito se constrói e se desenvolve à medida que interage socialmente apropriando-se e recriando a cultura elaborada pelas gerações precedentes.* (p.153).

Podemos concluir então que a relação interacionista traz benefícios e malefícios, mas sua contribuição é necessária para que a criança possa se desenvolver da forma mais plena possível. Tal interação ocorrerá em toda a sua vida, sendo fundamental durante a fase correspondente a sua infância. A criança precisa se sentir protegida, amada e segura para poder se desenvolver da forma esperada. É seu desenvolvimento emocional que auxiliará em todos os outros desenvolvimentos, entre eles o cognitivo e a uma família presente principalmente nesta fase é fundamental para que esse desenvolvimento também seja saudável. Qualquer distúrbio ligado à área emocional afeta diretamente seu cognitivo e sua interação com o outro afetando assim, sua aprendizagem.

CAPÍTULO 2: DEPRESSÃO – O MAL DO SÉCULO

O que fizemos no capítulo anterior foi tentar compreender o período histórico em que vivemos, analisar o perfil da família contemporânea e entender como é o desenvolvimento emocional da criança. Para isso foi necessário que estudássemos um pouco o passado da construção sociológica do conceito de infância desde o século XV e as transformações da sociedade ao longo do final do século XX e início do século XXI, para entender as conseqüências sentidas no ambiente familiar. As transformações sociais trouxeram uma nova concepção de infância e a criança de hoje está mais responsável e consciente sobre o que acontece na sociedade. Possuindo um Estatuto que legitima seus direitos e deveres, além de ter o respaldo de novas teorias psicológicas e pedagógicas, a criança não é mais tratada como um ser vazio, sem história, sem identidade.

Tais transformações trouxeram os benefícios citados, mas, também, trouxe um aumento de distúrbios psicológicos, onde se destaca a depressão infantil como o exemplo que nos impressiona pelos seus números. São cerca de 20 % de crianças brasileiras que sofrem de depressão²¹ e em muitas delas seu sofrimento passa despercebido e, com isso, nenhum tipo de tratamento lhe é oferecido. A falta de informação de educadores e familiares sobre essa doença pode piorar o estado psicológico e emocional da criança, atrapalhando o seu desenvolvimento cognitivo. A depressão, assim como outras doenças psicológicas, não é aprofundada nos cursos de formação dos professores. Claro que não faz parte do ofício do educador diagnosticar e tratar o sofrimento dessas crianças, porém é importante a formação continuada dos educadores em todos os campos ligados à educação e ao ser humano para que possam desenvolver maior conhecimento e sensibilidade percebendo quando os alunos estão precisando de orientação e cuidados.

Mas nem todas as crianças sofrem de depressão, umas estão apenas tristes enquanto outras têm uma personalidade melancólica. Para que possamos identificar suas diferenças, abordaremos neste segundo capítulo um breve resumo sobre a tristeza, a melancolia e a depressão tendo como base o Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (1994), Tourinho (2006), Freud (1917/1992). Estes mesmos autores e mais Roudinesco (2000), Albert

²¹ ²¹ Dado retirado do site da Organização Mundial de Saúde. Visitado em 17 de junho de 2008 através do site <http://www.who.int/en/>

Ellis²² e Miller (2003) nos fazem compreender melhor a depressão, os tratamentos e as conseqüências desta doença. Esperamos, assim, ir a auxílio dos educadores.

2.1 - ANÁLISE DA DIFERENÇA ENTRE DEPRESSÃO, MELANCOLIA E TRISTEZA – INTRODUÇÃO AO CONHECIMENTO DA DEPRESSÃO

Antes de falar sobre a depressão infantil é necessário esclarecer que alguns sintomas presentes na depressão podem se apresentar isolados e serem sentimentos normais sem nenhum cunho patológico, mas por serem um dos principais sintomas de um quadro depressivo, podem ser confundidos com a própria depressão, tendo assim um diagnóstico errado daquele indivíduo. Dentre esses sintomas se encontram a tristeza e a melancolia.

A tristeza é um sentimento comum ao ser humano tanto quanto a alegria. Esta emoção, por si só, sem estar vinculado a nenhum outro sentimento, é passageira, tem um motivo por trás e tem uma intensidade normal. A tristeza é um sentimento comum e necessário para o desenvolvimento e amadurecimento de uma pessoa. Ao passar por uma situação que lhe provoque tristeza, a pessoa começa a dar mais valor aos momentos de alegria e isso é perfeitamente aceitável e normal. A tristeza na depressão é mais um sintoma dessa doença, a tristeza sozinha é apenas um sentimento.

Já a melancolia acaba sendo mais confundida com a depressão por causa de sua complexidade. Na área médica, o DSM-IV (1994)²³ descreve a melancolia como característica primordial da depressão maior ou depressão melancólica. Freud foi um dos primeiros a estudar a melancolia como doença em si, podendo ocorrer sem estar ligada à depressão, pois possui seus próprios sintomas, muito deles também presentes na depressão. Assim como a tristeza, a melancolia pode estar presente em um quadro depressivo ou ter a depressão como conseqüência dela. Os sintomas da melancolia são os pensamentos vazios, a perda de sentido na vida, a monotonia ao falar, a impressão de um domínio da sonoridade da palavra ao expressar sua significação – como se faltasse algo para dar consistência a palavra.

A autora Tourinho (2006) define o principal sintoma da melancolia como *a solidão faz-se sempre acompanhar do sentimento de tristeza, afeto por excelência da depressão. Estar só no*

²² Citado por Miller (2003)

²³ Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais - Quarta Edição, publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) em 1994.

mundo, incapaz de sentir-se amado e de amar, porém portador de uma grande ânsia de amor, eis o que sente o melancólico. (p.25)

Em Luto e Melancolia (1917/1992), Freud defende que a principal característica da melancolia é um luto permanente, é um luto pela perda da libido e o efeito produzido é a inibição psíquica com empobrecimento pulsional e dor. Enquanto o luto advém da perda de alguém, de algo, de um exílio, a melancolia traz um luto por algo que não se sabe o que é, não está no consciente da pessoa, ela apenas o sente, vive. É um luto idealizado. O luto simples é passageiro e não precisa de tratamento, pois é uma transição necessária por causa da perda de algum objeto ou de alguém amado e não, uma patologia.

Os sintomas da melancolia podem ser percebidos através de um desânimo profundamente penoso, falta de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, inibição de qualquer atividade, diminuição da auto-estima, auto-recriminação, auto-envilecimento e expectativa delirante de punição. A diferença entre o luto simples e a melancolia é a duração que esse sentimento terá e do quanto de energia que o indivíduo depositará nesse sentimento. No luto o indivíduo aos poucos se desprenderá daquele objeto amado, enquanto que na melancolia, por não se saber o que foi perdido, não se consegue desprender desse objeto.

Assim, o melancólico age como se odiasse a si próprio, se toma como um objeto, empobrecendo o seu superego, ele aceita as reprimendas, admite a culpa e se castiga. Para Freud (1917/1992), a melancolia é uma neurose narcísica, uma neurose decorrente de conflitos entre o ego e o superego.

Freud (1917/1992) explica melhor essa relação:

O paciente representa seu ego para nós como sendo desprovido de vida, incapaz de qualquer realização e moralmente desprezível, ele se repreende e se envilece, esperando ser expulso e punido. Degrada-se perante todos e sente comisseração por seus próprios parentes por estarem ligados a uma pessoa tão desprezível. (p.549)

Assumindo uma posição passiva, o paciente acaba por obter prazer de seu sofrimento, a melancolia traz uma fonte de prazer oculta. Encontra-se uma satisfação no desmascaramento de si mesmo, ou seja, ele tem a necessidade de comunicar a todos o quanto ele é desprezível. Assim sendo, Freud (1917/1992) tenta explicar porque isso acontece quando afirma que *as auto-recriminações são recriminações feitas a um objeto amado, que foram*

deslocados desse objeto pro ego do próprio paciente. (p.550). Ou seja, o melancólico toma para si como se realmente fossem suas as recriminações que estariam sendo dirigidas ao objeto amado.

Por fim, a melancolia, assim como a tristeza, pode ser um sintoma da depressão, porém quando ela advém sozinha, sem vínculo com nenhum outro sintoma depressivo, ela é, segundo Freud (1917/1992), como

Um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição. (p.551)

A principal diferença entre a melancolia e a depressão é a anestesia psíquica existente apenas na melancolia. A pessoa pode sofrer de melancolia a vida inteira como se fizesse parte de sua personalidade, o melancólico é melancólico e não está melancólico, o que não ocorre com a pessoa depressiva, pois ela está depressiva, sua durabilidade é menor se comparada à durabilidade da melancolia. Uma pessoa com traços melancólico e sensível de forma excessiva terá maior probabilidade de ter uma depressão mais crônica e mais incorporada à sua personalidade. A melancolia, por fim, é um luto sem perda aparente.

Entendendo o que é tristeza e o que é melancolia começa-se a ter mais clareza sobre o que é de fato a depressão e como ela pode atingir as crianças. No próximo tópico abordaremos a visão dos psicanalistas e dos psiquiatras sobre o que é essa doença, suas nomenclaturas, seus sintomas e seus tratamentos.

2.2- O QUE É E POR QUE ESTUDAR A DEPRESSÃO INFANTIL?

Neste novo capítulo baseamos nosso estudo em parte na obra de Miller (2003) mesclando com outros autores, dialogando assim com o tema da depressão infantil.

Por muito tempo se pensou que a depressão não atingisse as crianças, mas desde a década de 50 esse pensamento vem mudando devido aos resultados de inúmeras pesquisas de psicólogos, psicanalistas e psiquiatras.

A autora Tourinho (2006, p.23) traz os seguintes motivos para que a depressão esteja se tornando uma epidemia no mundo.

Pesquisas recentes detectam nos séculos XX e XXI uma verdadeira epidemia no que se refere às depressões. As grandes e aceleradas mudanças transmitem insegurança e acentuam o sentimento de desamparo. As permanentes crises econômicas, o desemprego, as alterações no conceito de trabalho, guerras e revoluções, ideologias que se esfacelam, modificações nas relações e estruturas familiares, a liberdade sexual, a fragilização das figuras paternas e de autoridade, a expansão do universo virtual confinando o homem a uma vida cada vez mais solitária, o uso abusivo de drogas, a violência urbana e a crescente miséria.

E Roudinesco (2000, p.19) confirma:

Emancipado das proibições pela igualdade de direitos e pelo nivelamento de condições, o deprimido deste fim de século é herdeiro de uma dependência viciada do mundo. Condenado ao esgotamento pela falta de uma perspectiva revolucionária, ele busca na droga ou na religiosidade, no higienismo ou no culto de corpo perfeito o ideal de uma felicidade impossível.

A origem primária que desencadeia toda a depressão ainda não é co-senso entre os vários grupos que a estudam e tratam. As diversas teorias vão da fonte biológico-genética à causalidades como traumas, perdas, abuso sexual, pós-parto e até mesmo como efeito colateral de algum medicamento.

A primeira visão sobre a depressão originou-se com Freud através da psicanálise e da psicoterapia e a segunda, por Pierre Janet através da visão psiquiátrica do déficit orgânico e biológico. A depressão, apesar de hoje, ser aceita como um distúrbio que afeta também as crianças e adolescentes em todo o mundo, não distinguindo gênero, raça e classe social, ainda não possui pesquisas, monografias e teses acerca do tema. Como promover a sua prevenção, identificação e tratamento são objetivos que vêm crescendo gradativamente entre outros os pesquisadores que reconheceram a importância de se conhecer essa doença e ajudar as crianças depressivas a se desenvolverem de forma plena psicologicamente, socialmente e fisicamente.

Tendo o DSM IV (1994), Freud (1917/1992) e Miller (2003) como referenciais, trazemos para este trabalho um resumo sobre os tipos de depressão, seus sintomas e seus tratamentos: A depressão grave, a distímia, a ciclotímia e o distúrbio bipolar, todos esses distúrbios estão ligados ao temperamento. A depressão infantil resumidamente pode ser dividida em duas classes: Unipolar e Bipolar.

A classe unipolar tem como característica principal a melancolia seguido da sensação de inutilidade, falta de apetite, hipersonia ou insônia, desânimo, desmotivação e pensamentos suicidas. E esses sintomas estão presentes na depressão grave e na distímia.

A classe bipolar, encontrada na Ciclotímia e na depressão bipolar, traz os sintomas da classe unipolar intercalados com os episódios maníacos que traz a euforia, uma elevada auto-estima, o falar muito, e a inconstância nos pensamentos. Essa classe depressiva traz um ciclo com períodos rápidos (com intervalos de horas à dias) ou um pouco mais demorado (semanas a meses), dependendo de como é a intensidade dos sintomas e principalmente, a causa da depressão.

Nas crianças a conversão de um distúrbio unipolar para um distúrbio bipolar ocorre em 20% a 30% dos casos e quando isso acontece a depressão se torna mais grave e mais difícil de ser tratada, pois significa que essa criança passou por vários episódios depressivos antes e sem ou com pouca eficácia do tratamento.

Miller (2003) levanta a importância de que, assim como os adultos, nas crianças a depressão interfere no emocional, no pensamento, no comportamento e no psicológico delas, e sem saber o que está acontecendo consigo, elas podem pensar que as outras crianças também são assim e seus pais, por causa da falta de informação ou experiência, acabam por acreditar que é uma fase passageira de toda criança.

A depressão infantil pode ter várias origens que vem desde uma rotina estressante, o divórcio dos pais, doenças ou mortes na família, nascimento de um irmão (ã) à pais depressivos que não dão a atenção necessária aos seus filhos por estarem doentes.

Segundo Miller (2003) podemos dividir os sintomas depressivos através dos episódios maníaco e depressivo, todos esses tenderão aos problemas de pensamento, sentimental, comportamental e fisiológico. Para entender melhor cada depressão, trazemos a análise deste autor para cada episódio individualmente, a começar pelo estado maníaco:

- **Sentimental:** No maníaco, há uma auto-estima elevada. A criança se sente imune de tudo o que pode acontecer com ela e tende a exagerar suas capacidades físicas.

- **Comportamental:** Falastrona, inquieta, obcecada por fazer uma única tarefa sem conseguir parar de fazê-la, agitação psicomotora. A criança pode insistir em ser amiga de alguém que não gosta dela, gastar toda a sua mesada e cometer atos impulsivos.

- **Pensamento:** Caracterizado por pensamentos rápidos, não conseguem permanecer num mesmo assunto por muito tempo ou não conseguem terminar seu raciocínio. Nos casos mais graves há uma alternância de assuntos levados ao extremo (revoada de idéias). Há também a distração, sua atenção será desviada muito rapidamente para outras coisas.²⁴

- **Fisiologia:** Não sente sono à noite, tendo a necessidade de dormir pouco. Isso dá-se porque a criança se sente cheia de energia e não consegue “desligar” seu corpo por mais horas.

No episódio depressivo a criança se torna mais quieta, porém não menos perigosa para si mesma.

- **Pensamento:** A maior parte do que a criança diz está ligada ao seu ponto de vista e pode não condizer com a realidade. Portanto, é difícil fazer com que ela se concentre só nos aspectos positivos. Enfrentar a criança não vai ajudá-la em seu tratamento, é preciso ouvir o que ela tem a dizer com atenção, mas sem aumentar a dimensão disso. A criança se sente inútil, e por isso, tenderá a se sentir culpada quando algo de bom acontece com ela ou por ter o amor e seu carinho de se seus familiares e amigos. Tem vergonha de si e sempre vai tentar se diminuir, sendo autocrítica e cruel consigo. Essa criança toma para si a responsabilidade pelos problemas dos outros. Não conseguem ter muita concentração e possui menor capacidade de pensar. A maior preocupação está em seus pensamentos suicidas ou de morte, sem que realmente planejem pôr em prática. É um pensamento idealizado de alguém que quer morrer ou quer se matar e deve ser levado a sério.

- **Sentimental:** Abatimento ou irritabilidade constante, expressão de tristeza mesmo com momentos alegres, não vibrando quando algo de bom acontece, chateação quase diária. A criança deixa de fazer coisas que lhe davam prazer, ora porque não acham merecedoras desse sentimento, ora porque não conseguem mais ir atrás dessas atividades.

²⁴ -Miller (2003) alerta que esse último sintoma é muito confundido com um distúrbio de Déficit de Atenção/Hiperatividade e a diferença está na duração deste comportamento.

- **Comportamento:** Podem apresentar certa agitação ou um retardo motor.
- **Fisiológico:** Perda ou ganho de peso sem uma razão aparente, insônia ou hipersonia, fadiga, várias dores e desconfortos e desmotivação.

A seguir Miller (2003) aborda cada depressão. A depressão grave é constituída por cinco sintomas, no mínimo, de um episódio depressivo durante duas semanas ou mais, sendo um desses sintomas a perda de interesse ou prazer ou a irritabilidade, já o distúrbio distímico é classificado a partir de dois ou mais sintomas de episódio depressivo sendo um desses sintomas o temperamento depressivo ou a irritabilidade durante um ano. Apesar de ter menos sintomas, esse tipo de depressão é mais crônico.

O distúrbio bipolar ou maníaco-depressivo é dividido em bipolar I e II, pois alterna entre o episódio maníaco e o episódio depressivo. Para ser um bipolar I é necessário que se tenham três sintomas de um episódio maníaco durante uma semana, tendo como característica principal um temperamento anormal ou extremamente animado, expansivo ou irritável. Este distúrbio bipolar tipo I é raro nas crianças porque a maioria começa pelo episódio depressivo antes de ter seu primeiro episódio maníaco. Assim, espera-se que a criança já esteja em um tratamento para que este episódio não aconteça.

Já no distúrbio bipolar do tipo II, não haverá um episódio maníaco e sim, um episódio hipomaníaco caracterizado por um temperamento animado, expansivo ou irritável durante quatro dias sem ser extremos como no bipolar I, além de três ou mais sintomas do episódio maníaco. Para se chegar a essa fase, a criança teria que ter experimentado uma depressão grave anteriormente.

O distúrbio ciclotímico é um ciclo de temperamento animado e um temperamento depressivo. São vários episódios hipomaníacos e depressivos alternados durante um ano nas crianças.

Por último temos a depressão psicótica e neurótica que pode estar presente na depressão grave e muitos casos de distúrbio bipolar. Seus sintomas depressivos são acompanhados de alucinações (percepções sensoriais falsas) ou ilusões (crenças falsas).

A criança depressiva pode desenvolver outros distúrbios e isso agrava seus sintomas, aumenta sua duração e, por conseguinte, prejudica sua relação com as outras crianças e adultos. Entre esses distúrbios encontramos o distúrbio de ansiedade que inclui a ansiedade da separação, do pânico, fobias e o transtorno obsessivo-compulsivo, entre outros.

Qualquer que seja a fonte de informação, todos falam da intensidade do sofrimento quando ele se manifesta em sua forma aguda. A inibição é referida como uma paralisia, seja motora, afetiva ou intelectual, a certeza do nada poder fazer. Ao amanhecer ou ao finalizar o dia, uma nuvem de horror invade a mente do sujeito e lhe transmite o sentimento de uma fadiga absoluta, o esgotamento total de suas forças. A impressão é acompanhada, na grande maioria das vezes, da certeza de que esse estado será duradouro. O pânico surge e dissemina esse medo de quase tudo. É um sentimento da morte estando vivo, uma fraqueza do ser, um desencanto absoluto. E o deprimido sente que a vida não tem sentido (TOURINHO, 2005, p.11).

Quanto mais nova for a criança, mais os sintomas depressivos estarão sendo sentidas no corpo, e por isso é preciso que se tenha certeza que não é uma doença física. Nas crianças de três a cinco anos podemos encontrar, também, uma conduta masturbatória crônica e compulsiva, um abandono das aquisições sociais, enurese secundária, recusa alimentar e encoprese, tronco arqueado, terror noturno, medo inexplicado e dificuldade de se afastar da mãe.

2.3 – TRATAMENTOS

O diagnóstico da depressão não é um simples contar de sintomas e sim, um complexo critério de avaliação que só um especialista será capaz de analisar caso por caso, porém, tais demonstrações desses sintomas deverão ser levados em conta pelos pais ou professores para que os responsáveis pelas crianças o encaminhem por precaução a estes especialistas. Uma boa notícia no tratamento da depressão nas crianças é que elas se recuperam dos episódios depressivos mais rapidamente que os adultos.

Cada vez mais, os pais das crianças estão passando mais tempo no trabalho do que em casa e quando estão em casa, podem não estar observando direito o comportamento de seus filhos. Do outro lado, temos algumas escolas que voltam a sua preocupação com a preparação de seus alunos para um vestibulinho e com isso, prestam menos atenção nas crianças como indivíduos e mesmo àquelas escolas que quando notam a presença dos sintomas, nem sempre conseguem passar essa informação para os responsáveis, por diversos motivos, entre eles o receio de que os pais se ofendam e retirem seus filhos da escola. Essa

demora na identificação dos sintomas acarreta uma demora na busca pelo tratamento agravando mais ainda os sintomas e os comportamentos podem ficar cada vez mais auto-destrutivos.

Para este tópico utilizamos as recomendações de Miller (2003) que indica alguns tratamentos para a depressão infantil e seus profissionais. Dentre os especialistas podemos destacar dois grupos: Os não-médicos e os médicos.

No grupo dos não-médicos temos os orientadores, assistentes sociais, psicólogos e psicanalistas, todos com diferentes abordagens e aprofundamentos. Os profissionais médicos são: os pediatras²⁵ e os psiquiatras.

Para simplificar falaremos apenas das duas principais formas de tratamentos muito procurados pelos pais das crianças para os muitos distúrbios, incluindo a depressão infantil. Falaremos então da Psicanálise e da Psiquiatria.

Para a psicanálise, o tratamento da depressão deve ser através de conversas, o que vai ajudar o psicanalista e o seu paciente a chegarem às causas dessa depressão. O psicanalista utiliza principalmente a teoria da cognição onde a máxima dessa teoria é “Somos o que acreditamos ser”, assim os estudiosos dessa teoria acreditam que nossos pensamentos transformam e moldam a nossa realidade, assim, cada pessoa teria uma maneira diferente de interpretar os acontecimentos. Aqueles que se consideram ruins em alguma coisa não se esforçariam para melhorar, enquanto que outros apesar de se acharem ruins, tentam fazer o melhor possível para se superar. A questão não está no acontecimento e sim, o que a pessoa tira de lição daquele acontecimento. No ambiente escolar, se torna mais fácil distinguir a criança que possui uma baixa auto-estima e não consegue reconhecer que tem uma dificuldade em uma parte da matéria, para ela é mais fácil se denegrir, se inferiorizar e dizer que não sabe nada sobre a disciplina.

Miller (2003) citando estudo feito por Albert Ellis, destaca a afirmação de que (...) *as pessoas têm uma predisposição natural para pensar sobre si e sobre o mundo de forma saudável e racional, mas as instituições sociais, como a família, a escola e a mídia bombardeavam a criança com conceitos irracionais e derrotistas.* (p.78).

²⁵ Nos casos de depressão adulta, o clínico geral entra no lugar do pediatra.

Ellis também citaria as três idéias irracionais que levariam então ao distúrbio: Exigência, execração e auto-avaliação.

A exigência seria a pressão exercida pela sociedade em seu todo para que a criança cumpra e siga suas “orientações”, para que assim, se sinta incluída e aceita. A execração é a idéia fixa de que algo só pode ser daquele jeito e quando a essa expectativa é quebrada a criança se sente inútil e tudo se torna intolerável. Por fim, a auto-avaliação seria “*um ato ilógico e quase universal de classificar-se como bom ou mau por fazer ou não fazer uma coisa que “deveria” ter sido feita*” (ELLIS, apud. MILLER, 2003, p.78).

Para lidar com crianças depressivas os terapeutas tendem a serem flexíveis, brincalhões, abertos ao mundo da criança e conseguem penetrar em seus sentimentos e pensamentos. Como habilidades possuem a empatia, a consideração, o respeito e a preocupação com as outras pessoas, capacidade de ouvir, refletir e confrontar e estabelecer limites.

A princípio, a criança pode não entender porque está naquele consultório e então não se motivar para a consulta, assim, o psicanalista através de sua paciência e sensibilidade tentará ganhar a confiança da criança e motivá-la para o tratamento. Em alguns casos é comum que o psicanalista converse com os responsáveis pela criança e com seus professores para entender melhor o ambiente em que a criança está inserida, já que por si só, a criança pode não conseguir se expressar de forma satisfatória. O ambiente do consultório é tranquilo com materiais e brinquedos, livros que tratam dos principais temas²⁶ que afligem as crianças, jogos, entre outros artificios para um melhor trabalho com elas. As responsabilidades sociais mais trabalhadas com as crianças são: cooperação, segurança, responsabilidade, empatia e autocontrole.

O principal papel da psicanálise é a busca pela origem da depressão naquela criança e juntamente com ela, trabalhar a superar esse(s) motivo(s), trabalhando principalmente com a insegurança, a baixa auto-estima e desânimo que a criança depressiva apresenta e que tanto interfere seu relacionamento social e escolar. Assim sendo, o psicanalista tentará ajudar a criança a interpretar com uma visão mais positiva e mais perto da realidade suas interpretações, trabalhando com aquilo que faz a criança pensar de forma

²⁶ Divórcio, morte, *bullying*, medo, entre outros.

depreciosa. Trabalhará também, com a livre-associação dos sonhos e os atos falhos da criança. A origem da cura virá de dentro para fora.

Já a Psiquiatria, utiliza os medicamentos para o combate da doença sem se preocupar com a causa desses sintomas, o que acaba tirando o foco da doença e transferindo para os sintomas. O estudo da Psiquiatria se baseia na concepção de que os neurotransmissores e alguns hormônios são os principais responsáveis pela depressão. A Psiquiatria vai defender a idéia de que todos os distúrbios psíquicos estão ligados à uma anomalia do funcionamento das células nervosas (neurotransmissores²⁷).

O tratamento é baseado em remédios e cada um desses medicamentos possui diferentes dosagens, benefícios e efeitos colaterais. Tais antidepressivos vão atuar para aumentar as taxas dos neurotransmissores.

São quatro grupos de antidepressivos: Antidepressivos tricíclicos (TCAs), inibidores de reabsorção serotonina – específico (IRSEs), os inibidores de monoamina oxidase (IMAOs) e Carbonato de Lítio.

Os TCAs são os “avós” dos antidepressivos, produzidos na década de 50. Esse grupo demora para aliviar os sintomas depressivos pois sua forma de uso é um aumento da dosagem gradativamente para diminuir os efeitos colaterais. Essa demora acaba na desistência do tratamento e por possuir um elemento sedativo, é usado antes de dormir. Seus principais efeitos colaterais estão em problemas cardíacos e tonturas.

Os IRSEs são um grupo de medicamentos mais recentes e seus efeitos colaterais são diferentes dos TCAs, sendo então percebidos pela dor de cabeça, náusea, zumbido no ouvido, insônia e nervosismo, entre outros. São estimulantes e por isso, são tomados na parte da manhã. Seu medicamento mais conhecido é o Prozac (fluoxetina).

Já os Imaos existem desde a década de 50 mais não possuem a mesma popularidade se comparado aos TCAs por possuírem mais efeitos colaterais que estes. Seus principais efeitos são: Hipotensão, taquicardia, sudorese, tremores, náusea e insônia e exige que a pessoa entre numa dieta e pare de comer alimentos com Tiramina, presentes nos queijos

²⁷ São substâncias químicas fundamentais na comunicação entre as células cerebrais (neurônios). Dessas substâncias químicas, dois são citados como causadores da depressão quando seus níveis estão baixos: Norepinefrina e serotonina.

envelhecidos, carnes, bananas, fermento e bebidas alcoólicas para que não tenham problemas com uma possível hipertensão. Pode ser tomado de dia ou de noite.

Por fim, temos o Carbonato de Lítio, utilizado principalmente para o distúrbio bipolar, crianças agressivas, instáveis emocionalmente ou deprimidas e podem contribuir juntamente com os IRSEs. O Lítio é um sal, portanto é contra-indicado para aqueles que têm doenças renais, tireodismo, problemas cardíacos ou desidratados.

Em alguns casos utilizam-se os tranqüilizantes cujo principal representante é o Valium (Diazepan). Este medicamento é geralmente utilizado juntamente com os antidepressivos até que estes comecem a fazer efeito e então são reduzidos até pararem uso. Os efeitos colaterais são inúmeros: Desinibição, ataxia²⁸, Disartria²⁹ e nistagmo³⁰, desorientação, labilidade³¹, amnésia, entre outros. O uso abusivo dos tranqüilizantes pode ter conseqüências sérias como: depressão respiratória, hipotensão, síndrome do choque, coma e até a morte, por isso, não se devem interromper bruscamente os medicamentos, pois pode causar convulsões graves.

A intensa produção de receitas e procura de antidepressivos transforma um luto ou uma simples tristeza em uma depressão. A busca pela felicidade de seu filho se torna uma obsessão e o sentimento de tristeza algo inadmissível de se sentir, dessa forma, o antidepressivo acaba tendo um papel de solucionador dos problemas com o fim dos sintomas, mas a cura não existe na realidade porque se deixar de tomá-los, estes sintomas ou outros vão surgir, às vezes com mais intensidade.

Outro tratamento utilizado para vencer a depressão, mas pouca utilizada nos dias de hoje é a Eletroconvulsoterapia que também é conhecida como eletrochoque, e trata-se de um aparelho que transmite uma corrente elétrica através da caixa craniana. Para amenizar os efeitos das contrações musculares é utilizado miorelaxante. São utilizados de duas a oito aplicações com 48h de intervalo entre elas e é mais efetiva que as drogas antidepressivas. Tal

²⁸ Uma condição de falta de coordenação dos movimentos podendo afetar a força muscular e o equilíbrio de uma pessoa. - <http://pt.wikipedia.org/wiki/Ataxia> visitado em 20 de agosto de 2008.

²⁹ É uma alteração na expressão verbal causada por uma alteração no controle muscular dos mecanismos da fala. - <http://fonoclinica.net/artigos/disartria/> visitado em 20 de agosto de 2008.

³⁰ São oscilações repetidas e involuntárias rítmicas de um ou ambos os olhos em algumas ou todas as posições de mirada. - <http://pt.wikipedia.org/wiki/Nistagmo> visitado em 20 de agosto de 2008.

³¹ É uma anomalia caracterizada por oscilações da pressão arterial.- <http://www.saopaulo.sp.gov.br/sis/lenoticia.php?id=88393&c=6> visitado em 20 de agosto de 2008.

tratamento, também conhecido como eletro-choque, é recomendado para os pacientes com depressão moderada à severa.

Seja qual for o tratamento escolhido pela família, os pais têm um papel fundamental na recuperação de seu filho, mesmo não possuindo uma formação clínica, algumas atitudes podem contribuir, como incentivar a criança a ir a passeios de família ou escolar, de preferência nos lugares que mais gosta; parar para escutar a criança toda vez que ela sentir necessidade de falar sobre seus sentimentos, sobre o cotidiano ou outros assuntos, mesmo que não se diga nada à ela, pois só a atenção dedicada a faz se sentir amada, segura e confiante; ajudar a fazer seus deveres de casa, sem forçar, pois pressioná-la pode fazer com que o sentimento de inutilidade agrave.

É importante para a criança sentir que seus pais o incentivam para continuar no tratamento, pois estimulará a criança a superar a doença. O não tratamento da depressão na infância comprometerá todo o seu desenvolvimento psicológico, afetivo e cognitivo. A criança tenderá a acreditar que a felicidade nunca foi para ela e se acostumará a sentir a sensação de tristeza.

2.4 – SIM, A CRIANÇA TAMBÉM COMETE SUICÍDIO

Neste tópico continuaremos utilizando o Miller (2003) como base para essa composição.

Apesar de pouco se falar sobre esse assunto, o suicídio pode, sim, ocorrer nas crianças por ações voluntárias (conscientes) ou involuntárias (inconscientes). As ações involuntárias geralmente são consideradas como acidentes infantis o que acaba por esconder sua verdadeira intenção. Assim como o suicídio ou sua tentativa, outras ações drásticas são uma forma que a criança tem para chamar a atenção de seus pais para a existência de algo errado em sua vida, mesmo que esta criança não a faça propositalmente. Tais conseqüências são as fugas de casa, a agressão física e os atos de delinqüência.

O suicídio nas crianças, geralmente, vem a partir da decisão racional ou não, mas, mesmo assim, existe uma lógica ao decidir que só a morte pode resolver seus problemas, ou então, que sua vida é inútil ou que é um estorvo na vida de seus pais. Mas, o que faz uma criança pensar assim? E porque é lógico pensarem assim?

Algumas explicações são dadas, mas o certo é que quando a criança de três a cinco anos não possui a capacidade de entender o que é a morte, mas seus pais dizem que “é uma passagem para um lugar melhor do que esse onde vivemos”, ela fica tentada a ir para este lugar. A criança emocionalmente debilitada guarda em sua memória aquilo que seria a solução de seus problemas. Acreditam que assim como nos desenhos, onde os personagens morrem e renascem a todo instante, a morte é um lugar para onde ela pode ir. Logo, quando melhorar seu sofrimento ou sentir vontade e saudade, poderá voltar para ver seus pais. Nesta idade a criança não tem a consciência de que a morte é algo definitivo. O mundo da fantasia impera sobre o princípio de realidade. Já as crianças mais velhas são conscientes do que é a morte e quando a desejam sabem que não irão voltar.

Geralmente as crianças expressam seu desejo de morrer através dos desenhos e é neste momento inicial, onde a morte é apenas um desejo, que os pais e professores devem estar atentos. Entre o desejo de morrer e o ato em si, a criança passa por comportamentos arriscados. Tal interpretação sobre esses comportamentos pode ser óbvia para algumas pessoas, mas os pais podem não conseguir enxergar modificações nas atitudes dos seus próprios filhos.

O comportamento suicida pode estar por trás de uma simples atitude como, ao andar de carro, não se importar em colocar o cinto de segurança. Atitudes médias como andar no meio dos carros ou brincar de roleta-russa, ou extremas como usar drogas de forma abusiva, ilícitas (da maconha ao *crack*) ou lícitas (tranquilizantes, álcool, fumo). Essas são atitudes de quem não pensa na morte como objetivo final, mas de quem acaba por buscá-la como consequência.

Quando uma criança começa a planejar sua morte, ela pode usar os seguintes recursos: overdose, cortar os pulsos, pular de uma altura, entre outros. Chama-se esse comportamento de parassuicida. Quanto ao método utilizado por eles, o fato de alguns serem fáceis de ser socorridos não deve ser menosprezado. Às vezes a criança consegue falar o que sente ou tem vergonha disso e resolve pedir ajuda dessa forma ou até mesmo o que aconteceu foi a falta de coragem, mas essa falta pode não ocorrer amanhã.

Nem sempre a criança vai deixar um bilhete com explicações, motivos, e por isso, tantos suicídios são confundidos com simples acidentes, trazendo consequências criminais

para seus pais, acusados de terem sido negligentes. Por ser mais impulsiva, a criança não sabe quando irá acontecer, mesmo que tenha chegado a um plano e ao recurso que irá utilizar.

Os principais motivos para o suicídio infantil podem ser: discussão com os pais, fim de um relacionamento, problemas com colegas, perda de entes queridos, humilhação pública, problemas com professores, mudanças significativas na família, entre outros.

É preciso reforçar que o suicídio não é um sintoma depressivo e, sim, a consequência dessa doença. Outro mito bastante difundido entre leigos é que o suicídio tem uma predisposição genética. Mesmo que na família existam casos de suicídio, isso por si só não determinará que a criança seja suicida. O que pode acontecer é que essa criança pode crescer sofrendo alguma influência patológica, social ou cultural.

Infelizmente, o suicídio infantil não é algo improvável e incomum. Miller (2003) afirma que o suicídio é a quarta causa de morte entre as crianças de dez a quatorze anos. Os meninos conseguem efetivar seu plano com mais eficácia que as meninas, pois elas utilizam recursos menos drásticos e eficazes que eles, por isso tentam com mais frequência, chamando então mais a atenção para si.

A criança deprimida com planos de morrer deixa vários vestígios de sua intenção como forma de pedir atenção, que alguém observe o que ela está pretendendo e ajude-a a sair dessa crise. O fato de deixar um rastro não diminui sua intenção e a preocupação que se deve ter com isso. Ao verificar que o depressivo possui idéias suicidas é necessário manter a calma e conversar com a criança os motivos que ela tem para acreditar que sua vida não tem mais sentido. Conversar sobre a morte, não é incentivo para ela cometer o suicídio, muito pelo contrário, ao desabafar sobre seus questionamentos, o ajudará a encontrar meios para superar sua dor de existir e se conscientizar de que ao morrer, não haverá volta. Ignorar ou agredir não irá removê-la de sua idéia, muito pelo contrário, poderá ser o estopim para que ela o faça. Outro ponto é quando o depressivo pára de falar sobre a morte, a preocupação do especialista e dos pais deve ser em verificar se houve uma melhora ou a criança desistiu de questionar e partirá para a ação.

Como pudemos ler, a depressão causa muitos transtornos na vida da criança prejudicando seu relacionamento social e desenvolvimento cognitivo, afetivo e psicológico, tendo consequências diretas no seu presente e reflexos no seu futuro. Entendendo como essa

doença age, os educadores poderão auxiliar as crianças diagnosticadas como depressivas de forma a promover a educação escolar dentro de suas capacidades, acolhendo suas indagações.

CAPÍTULO 3: MAS AFINAL, ONDE A EDUCAÇÃO ENTRA NESTA HISTÓRIA?

Miller (2003) responde:

Vários distúrbios emocionais e comportamentais em crianças não são percebidos até que elas comecem a educação formal. Contudo, crianças com depressão costumam ser calmas e obedientes e não causam confusões. (...) Normalmente, elas só recebem tratamento quando agem de maneira drástica ao faltar às aulas com frequência, irritar-se, frustrar-se nas aulas ou tentar o suicídio. (p.8-9)

Aqui entra o olhar do professor para com seus alunos, tendo muito ou pouco alunos em sala de aula, a criança calma e quieta não chamará tanto a sua atenção quanto a criança hiperativa, mal educada ou agressiva. A criança quieta demais ou agitada demais é um indício para uma maior preocupação do educador com ela e é essa depressão mascarada que traz uma maior preocupação, pois quando ela chega em seu auge é extremamente perigosa e surpreende a todos que estão ao seu redor.

Ao longo do trabalho percebemos que as crianças podem passar por diversas situações de estresse durante o seu desenvolvimento emocional que pode acarretar em uma depressão. Algumas origens da depressão podem estar relacionadas com a escola que a criança estuda, seja pelo método de ensino ou pelo relacionamento dela com os profissionais e alunos. A educação escolar, então, poderá possuir um papel importante para a prevenção e tratamento desta criança já que esta fica muito tempo sob seus cuidados.

Ao chegar neste capítulo, pudemos observar e analisar que os sintomas depressivos podem favorecer as dificuldades de aprendizagem. Daí a pergunta: como imaginar que esta mesma criança consiga passar pelo ano letivo sem que suas notas e desempenho escolar sejam prejudicados?

A educação alcança o seu objetivo imediato (particular) e definitivo (geral) quando põe em ação as capacidades potenciais do aluno, e, em conformidade, dirige a sua utilização. A interação dos diferentes aspectos da educação (intelectual, moral, estética, prática e física) desempenha aqui um papel importante, assegurando a participação da criança nas diversas necessárias para um desenvolvimento das suas potencialidades em todas as direções. (KOSTINK. Apud: LEONTIEV, 2007, p.57).

Quando a criança desenvolve algum distúrbio psicológico e afetivo, seu processo de aprendizado escolar e seu funcionamento social serão prejudicados e não terão como desenvolver todas as suas potencialidades.

Vygotsky afirma que:

(...) a aprendizagem não é em si mesma desenvolvimento, mas uma correta organização da aprendizagem da criança conduz ao desenvolvimento mental, ativa todo um grupo de processos de desenvolvimento, e esta ativação não poderia produzir-se sem a aprendizagem. (Apud. LEONTIEV, 2007, p.40).

Ao falarmos sobre educação escolar, lembramos de escola, e ao lembrar de escola devemos ir além de matérias, avaliações, tarefas para casa. Devemos pensar em escola como, também, um campo amplo de fortalecimento das habilidades sociais. É nesse espaço que a criança faz amigos, desenvolve sua individualidade e sua personalidade, pois esse é o seu terreno e para uma criança que sente sozinha, seu estado psicológico pode piorar caso não consiga fazer amizades e se interagir com as outras pessoas.

Através da concepção interacionista, o educador tem em mente que uma criança não é igual à outra, possui uma pequena bagagem de conhecimentos e cultura, está em processo de desenvolvimento e amadurecimento de suas aptidões, afetividade, psicológicas, biológicas e cognitivas, para tanto, é necessário que este educador respeite suas diferenças e semelhanças.

Logo, os sistemas funcionais de aprendizagem de uma criança, ainda que semelhantes aos de outra, não podem ser tomados como idênticos. Há que se considerar as peculiaridades históricas e sociais de cada momento, mais especificamente as condições e oportunidades que se colocam para cada uma delas, pois a depender dos instrumentos de pensamento disponíveis a cada criança, suas mentes terão, por consequência, estruturas diferentes. (PALANGANA, 1995, p.126-127).

Durkeim reforça este pensamento quando afirma que:

A educação é a ação exercida pelas gerações adultas sobre as gerações que não se encontram ainda preparadas para a vida social; tem por objetivo suscitar e desenvolver na criança certo número de estados físicos, intelectuais e morais reclamados pela sociedade política no seu conjunto e pelo meio especial a que a criança, particularmente, se destina. (Apud. BRANDÃO, 2003, p. 71).

Para Gongora (1982) é preciso trabalhar com o comportamento da criança para que ela possa aprender a se interagir com diversas situações que o ambiente escolar pode proporcionar para se preparar e controlar suas emoções nessas situações. É como os psicólogos da Teoria comportamental chamam de reforço comportamental, onde as condições e comportamentos sociais são estimulados, reforçados e adquiridos pela criança todos os dias.

É interessante conhecer o contexto familiar da criança e perceber que comportamentos sociais ela tenderá a adquirir, caso sejam nocivos, conversar com os responsáveis e/ou apresentar a criança outros comportamentos mais saudáveis. Perceber quando os comportamentos prejudiciais foram desencadeados para que o educador possa, se possível, juntamente com o corpo psicológico da escola e os responsáveis, construir instrumentos (recursos) para a mudança desse comportamento.

Gongora (1982) levanta outra preocupação com a criança depressiva, em geral, as crianças tendem a não brincar com crianças tristes, mal-humoradas, agressivas (deprimidas) e cabe o educador mediar essa interação, não forçando, mas estimulando a participação de todas as crianças. O isolamento da criança depressiva por parte dela própria ou pelos outros alunos que acabam excluindo-a é prejudicial para seu desenvolvimento, interferindo mais ainda na sua aprendizagem.

(...) o aprendizado desperta vários processos internos de desenvolvimento, que são capazes de operar somente quando a criança interage com pessoas de seu ambiente e quando em cooperação com seus companheiros. Uma vez internalizados, esses processos tornam-se parte das aquisições do desenvolvimento independente da criança. (VYGOTSKY, 2007, p.103).

Não fazer amigos pode tornar a vida dessa criança à escola bem difícil. Tanto não vai haver o companheirismo e o carinho da amizade, como também muitas crianças que gostam de zombar de outras crianças “frágeis”, solitárias, “estranhas”, promoverão o preconceito, a discriminação, a intolerância, o desprezo, enfim, o Bullying que veremos mais adiante neste capítulo.

Esse tipo de comportamento agrava a depressão e, por conseguinte, o isolamento, a sensação de fracasso ou a agressividade e pode fazer com que a criança, que é apenas tímida, se torne depressiva por não ser aceita em algum grupo.

Por outro lado, quando a criança consegue fazer um amigo, pode ficar junto dele o tempo inteiro, se tornando possessiva, impedindo que o seu amigo fale com outras crianças.

Miller (2003) cita as habilidades sociais desenvolvidas no ambiente escolar como sendo: Cooperação, afirmação, responsabilidade, empatia e autocontrole. As crianças depressivas podem não ter desenvolvido essas habilidades ou não conseguir usá-las. Caberá o educador também ajudar a criança nessas habilidades.

Até o momento não há nenhuma política pública que cuide dessas crianças depressivas e que leve alguma orientação e conscientização aos professores de como lidar com elas, por isso, defendemos que toda escola deverá ter um orientador e/ou um psicopedagogo para poder auxiliar as crianças e suas famílias e trazer uma relativa segurança para a criança dentro do ambiente escolar, assim o educador e todo o corpo escolar deverá possuir sensibilidade e compreensão para lidar com todas as crianças e, principalmente, com as crianças deprimidas. Atualmente, no Rio de Janeiro a prefeitura oferece quatro Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) para o atendimento de transtornos psicológicos. Juntos, atendem uma média de 1.200 crianças e adolescentes. Há também a ala de Psiquiatria Infantil da Santa Casa da Misericórdia e as universidades como UERJ e UFRJ que também oferece tratamento.

É preciso notar que o desenvolvimento do psicossoma é universal e que suas complexidades são inerentes, enquanto que o desenvolvimento mental depende até certo ponto de fatores variáveis, tais como as características de certos fatores ambientais, os incidentes aleatórios do parto e o manejo logo após o nascimento. (WINNICOTT, 2000, p.345-346).

Estes profissionais, dentro de suas capacidades e limites, podem ajudar e muito para melhorar o desempenho desta criança, em particular, na sala de aula e no ambiente escolar.

Para ajudar o educador nesta batalha, Miller (2003) dá algumas sugestões para serem utilizadas no ambiente escolar tanto para prevenção da depressão quanto para auxiliar no tratamento dessa doença. Abaixo segue o resumo dessas sugestões.

Para Falta e atrasos	Estabeleça uma rotina juntamente com a família para que a criança tenha um horário para dormir, acordar, se preparar para ir para a escola, se alimentar e realizar as tarefas escolares depois da escola.
Reclusão social	Permita que a criança escolha que grupo de trabalho quer participar e incentive as outras crianças a convidarem esta criança para participar dos trabalhos e eventos.
Sentimento de culpa por situações que não pode controlar.	Discuta cada situação com a criança para mostrar-lhe que em alguns casos ela não

	possui o controle da situação. Peça que a criança anote seus desempenhos bons e ruins para apresentar os padrões naturais. Incentive a turma a fazer críticas verbais e construtivas para mostrar que todos possuem algum tipo de dificuldade.
A criança depressiva não é motivada por recompensas ou por medo de punições.	Torne as atividades mais interessantes para que essa criança sinta vontade de realizá-las.
Quando a criança não se sente responsável pelo seu desempenho escolar.	Não incentive a competição e as comparações, assim a criança não se sentirá vergonha de mostrar seus trabalhos. Encoraje a criança a pedir ajuda para as atividades, assim quanto mais a vontade ela ficar ao fazer as perguntas, mas se sentirá responsável por seu desempenho.
Quando a criança se sente rejeitada e não amada.	Incentive os alunos elogiarem e ajudarem uns aos outros e instrua o aluno com baixa auto-estima a se aproximar mais das outras crianças.
Sentimento de letargia	A criança deprimida poderá se descuidar de sua aparência, higiene pessoal e desleixada com seu material escolar. Discuta com a criança reservadamente sobre essa condição, diga o quanto é importante e saudável que ela se cuide e elogie quando ela mostrar que está se cuidando, pois isso mostrará que ela este se importando com ela mesma.
Tristeza	Se a criança não expressa felicidade ou não sorri, indague-a sobre o porquê de sua tristeza ou seriedade. Utilize recursos alegres nas aulas para estimular prazer nas crianças.
Mau humor	Não valorize seu mau humor. Não discuta,

	<p>argumente ou faça apelos a uma criança com um acesso de mau humor, pois fará com que o próximo ataque seja pior. Num momento tranquilo converse com a criança e tente fazer com que ela perceba o que originou seu ataque e que isso não a fará conseguir as coisas.</p>
Instabilidade emocional	<p>Mantenha um ambiente tranquilo para que as crianças não desenvolvam uma instabilidade de humor. Ajude a criança a perceber quando seu humor está mudando e não o critique por essa mudança, ao invés disso, encoraje-o a expressar seus sentimentos de forma apropriada.</p>
Quando a criança não consegue aceitar uma crítica construtiva	<p>Intercale uma crítica sempre com um elogio. Não há necessidade de rabiscar as atividades dos alunos de tinta vermelha. Faça uma lista (quando necessário) do que precisa ser corrigido, orientando a criança naquilo que ela está errando e reforçando o acerto. Na mesma atividade deixe bem nítido que a criança melhorou, elogie, mas também mostre que o que ela errou pode e deve ser melhorado.</p>
Raiva	<p>Assim como o ataque de mau humor, a raiva também pode ser trabalhada da mesma forma, Ajude-a a identificar a origem da raiva para poder evitar, se possível, e controlar seu momento irritadiço.</p>

(Fonte: MILLER, 2003, p.211-215)

Se pararmos para pensar, algumas destas intervenções são válidas para todas as crianças, já que ajudam em sua auto-estima ao tratá-la como ser humano e não apenas como um aluno que está em sala de aula para aprender e tirar notas boas.

Muitas crianças largam a escola por se sentirem rejeitadas, inúteis, fracassadas. Os pais podem nem se dar conta de que elas não vão mais à escola porque trabalham, deixam as crianças na porta da escola e elas não entram, ou porque vão sozinhas para a escola enquanto seus pais já saíram para trabalhar. É importante que a coordenação da escola fique atenta a estas faltas e atrasos para que a família seja comunicada. Os professores podem não conseguir ensinar tudo o que queria a essa criança, mas seus esforços precisam acompanhar o possível progresso dessa.

3.1 - RELAÇÕES DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS COM A DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM

Neste tópico veremos como os sintomas depressivos estão interligados com as dificuldades de aprendizagem da criança depressiva.

Com tudo que já falei sobre o perfil da família contemporânea, a queda do rendimento escolar de uma criança depressiva é vista apenas como mais um problema a ser resolvido, contratando professores particulares e/ou colocando em aulas de apoio na escola, botando-as de castigo pelo seu mau desempenho, em alguns casos, ou dando como caso perdido, em outros, considerando que a criança é que não gosta de estudar, são irresponsáveis, desatentas ou tem alguma dificuldade de aprendizagem, sendo extremamente quietas como também, rebeldes. A verdade é que não observam mais atentamente o conjunto de sintomas que aparecem nessa criança. Revela-se então uma dificuldade, desconhecimento ou falta de percepção para identificar, de maneira precoce, quando uma criança apresenta estes problemas que possam a se caracterizar como um processo de depressão infantil.

Os sintomas depressivos como hipersonia e diminuição da concentração, lentificação do pensamento, dificuldade de memorizar e desinteresse podem fazer com que ela não consiga entender alguma explicação ou fazer a tarefa de casa, prejudicando o andamento escolar e elevando as dificuldades de aprendizagem. *A memória, em fases bem iniciais da infância, é uma das funções psicológicas centrais, em torno da qual se constroem todas as outras funções.* (VYGOTSKY, 2007, p.47).

A criança deprimida não agüenta a pressão de algumas regras e sua falta de concentração pode fazer com que ela não consiga ouvir e respeitar de forma consistente essa

estrutura. Já a sua reclusão social pode ser efetuada de forma inconsciente, como uma forma de controlar suas emoções e pelo medo do confronto com o mundo externo, por isso ela não gostará de fazer trabalho em grupo. Por se reduzir os momentos de interação e, por conseguinte, os comportamentos verbais, a criança não estará desenvolvendo sua linguagem, seus pensamentos e por assim, sua aprendizagem.

Suas emoções são instáveis e por isso podem estar alegres num momento e tristes ou irritadas em outro momento. Ela não saberá dizer o que aconteceu para a sua mudança de humor. Porém, a criança que só se queixa, terá que aprender que só isso não reverterá seus problemas. A criança precisa aprender a ter um auto-controle de suas emoções e ações, passando pela auto-observação, auto-avaliação e auto-reforçamento de seus comportamentos.

Por fim, a compreensão da expansão dos sintomas da depressão infantil e suas conseqüências no que se refere a sua aprendizagem preocupam cada vez mais os educadores e dão um alerta para o seu crescimento. Dentre as suas conseqüências mais drásticas está o suicídio que vimos no capítulo anterior, as dificuldades de aprendizagem que acabamos de ver e o Bullying que veremos no próximo tópico. Este último é uma das causas da depressão infantil e também considerada como conseqüência dela, já que o agressor pode ter desenvolvido uma depressão infantil cujo comportamento se encaminhou para a agressividade. Para tanto, faremos um breve resumo sobre essa última conseqüência.

3.2 – BULLYING

Para uma sociedade excludente, narcísica e competitiva como é a sociedade capitalista, algumas crianças interpretam essas características através do comportamento. A causa de um comportamento violento pode ser por advir de uma depressão, carência afetiva, ausência de limites, abusos físicos, sexuais e morais.

Um dos fatores que ocorre no ambiente escolar e que leva a depressão a criança que sofre essa ação é o Bullying³², um conjunto de atitudes violentas que ultrapassa o limite do aceitável e fere a integridade física, moral e psicológica da vítima.

O Bullying consiste em

³² A palavra Bullying se origina da palavra inglesa Bully que significa valentão, tirano.

todas as formas de atitudes agressivas, intencionais e repetidas, que ocorrem sem motivação evidente, adotadas por um ou mais estudantes contra outro(s), causando dor e angústia, e executadas dentro de uma relação desigual de poder. Portanto, os atos repetidos entre iguais (estudantes) e o desequilíbrio de poder são as características essenciais, que tornam possível a intimidação da vítima.³³

Esse tipo de comportamento começa com uma nomeação de apelidos de uns aos outros que deriva de um aspecto físico ou da personalidade e quase sempre são apelidos maldosos, agressivos, discriminatórios, preconceituoso, raramente engraçados e aceitos pela vítima. Não aceitar o apelido faz com que ele “pegue”. Às vezes, o apelido é aceito para que a criança possa entrar naquele grupo ou porque se identifica com este.

O Bullying não é uma brincadeira inofensiva, a criança que a pratica, tem como único propósito, humilhar a outra criança. Aqui no Brasil são pouco divulgados os casos de crianças que sofrem de Bullying, os casos mais graves e drásticos, encontramos nos E.U.A, onde se é comum lermos sobre crianças e adolescentes vítimas dessas agressões que se revolta e entra na escola atirando em seus agressores e, às vezes, atingindo pessoas inocentes, e se matam logo em seguida.

Mas, infelizmente, não são só crianças e adolescentes que praticam o Bullying, há casos de professores que agridem seus alunos colocando apelidos maldosos, xingando-os de burros e humilhando-os na frente de seus amigos.

É imprescindível que a escola esteja atenta à esses comportamentos agressivos de crianças e profissionais da escola e trabalhe com a prevenção deles, conscientizando-os das conseqüências que essas atitudes podem trazer para o agressor e para a vítima. Quando a escola não conseguir resolver, internamente, esse problema, é necessário que os pais dos agressores e das vítimas sejam chamados para intervir.

³³ <http://www.bullying.com.br/BConceituacao21.htm> - visitado em 21/09/2008.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do trabalho pudemos verificar que as origens dos fatores que causam a depressão são muito mais amplas que a maioria das pessoas pensa. A depressão não surge de um momento para o outro, ela se desenvolve em uma criança com uma estrutura emocional e psicológica menos desenvolvida que advém não só pela família como também pela sociedade em que vive.

A concepção que hoje temos da infância e dos cuidados a se ter com a criança passou por mudanças significativas desde o século XV, e se contribuiu para que os adultos respeitassem mais essa fase em alguns campos, prejudicou em outros.

A criança contemporânea conquistou direitos que foram reunidos em um Estatuto, assegurando-lhe - pelo menos, na teoria, - o acesso a educação, saúde e segurança. Porém, a criança, na prática, pode não obter nenhum desses direitos de forma digna e de boa qualidade se compararmos as diferenças existentes nesses serviços nas de acordo com as classes sociais.

Esta criança possui uma responsabilidade maior para se tornar um adulto bem sucedido e esquece de aproveitar a sua infância e com tranquilidade, desenvolver suas estruturas físicas, emocionais, psicológicas, e por fim, seu cognitivo.

A família, entendida como a primeira instituição educadora, é a base da estrutura de todo o desenvolvimento da criança. Sua influência, nesta etapa da vida, será decisiva para o futuro desta criança. É neste momento que a criança tem suas relações afetivas primárias e vivenciam suas primeiras experiências. É necessária uma boa estrutura familiar para que possa ajudar essa criança a passar da forma mais saudável possível por todos os desafios e conflitos naturais de sua idade.

No entanto, o que vemos na sociedade capitalista, são pais incentivando o consumo pelas crianças, mães competindo com suas filhas, pais que colocam responsabilidades impróprias para sua maturidade e trocando afeto e tempo dedicado a seus filhos por brinquedos ou outros interesses das crianças. Dentre os fatores apresentados pela sociedade, a violência presente nela, transmitida pela mídia e podendo ser vivenciada por alguma pessoa próxima, trouxe desconforto e insegurança a esta criança.

É necessário oferecer um ambiente calmo e aquecido à criança para que se tire todo o desconforto dela, principalmente, nos seus anos iniciais, tendo assim a chance de desenvolver de forma mais plena possível, o ego e o superego desta, sua personalidade e seu temperamento. Deve-se criar um vínculo forte com esta criança para que ela se sinta segura em sair do “seu mundinho” e explorar o mundo externo. A criança não é um pequeno adulto, ela tem que desenvolver muitos fatores e amadurecer para se tornar um adulto saudável. A interação da família é fundamental neste momento, principalmente, e ao longo de toda a vida de seu filho.

No que se refere a depressão, esta cresce cada vez mais, sendo considerada pelos autores citados neste trabalho, como o mal – do - século. Sua origem é diversa, assim como a intensidade e quantidade de sintomas. Cai a concepção de que criança não pode ter depressão por não possuir problemas, porém vimos neste trabalho que ela não só tem problemas – característicos de sua idade, como também advindos de fatores externos e responsabilidades adquiridas além de sua maturidade. O estereótipo da criança depressiva também muda, não é só a cara triste que impera, a agitação e a agressividade também são aceitas como sintomas da doença.

A distinção entre melancolia, tristeza e depressão é imprescindível para não se deixar de perceber os sintomas da doença como também para não estereotipar uma criança com feições tristes em depressiva. É necessário que a criança compreenda que o sofrimento é inevitável. Esse entendimento diminuirá sua ansiedade e angústia, próprias de sua idade e possíveis de serem sentidas. Na escola e na sua vida, a criança, se errar, ao invés de lamentar e se culpar, começará a analisar o porquê do seu erro e criará mecanismos para não cometê-los novamente.

A depressão pode ser dividida em dois episódios: depressivo e maníaco, sendo classificada como depressão grave, distúrbio distímico, o distúrbio bipolar ou maníaco-depressivo, distúrbio ciclotímico e depressão psicótica e neurótica. O que as difere são seu tempo de duração, a quantidade e intensidades dos sintomas. Os tratamentos são diversos, sendo os mais conhecidos, a psicanálise e a psicoterapia.

É importante ressaltar que a criança depressiva pode sim, cometer suicídio, assim como qualquer outra pessoa depressiva se não tiver sendo tratada, cuidada e vigiada por sua

família e a escola, e ser depressiva não é vergonha para ninguém, muito pelo contrário, é nesse momento que a auto-estima da criança deve ser estimulada e elevada sempre que pode.

A depressão causa muitos transtornos na vida da criança prejudicando seu relacionamento social e desenvolvimento cognitivo, afetivo e psicológico, tendo conseqüências diretas no seu presente e reflexos no seu futuro. Por isso a preocupação e a sensibilidade ao cuidar dessa criança em todos os seus espaços sociais e aqui entra o papel da escola.

Podemos dizer que a escola é a segunda casa de uma criança, já que ela passa no mínimo cinco horas neste espaço, isso quando não estuda em tempo integral. O educador, às vezes, acaba fazendo o papel ^{de} orientador e psicólogo dentro da sala de aula, e sua sensibilidade, preocupação, atenção são qualidades que não podem faltar ^à ele, principalmente porque lidam com seres humanos, muitos ainda em formação. Nos primeiros anos ~~iniciais~~, o conteúdo das disciplinas é só uma parte na educação escolar das crianças, e não o seu objetivo primordial. Não é hora de se fazer “vestibulinho” e incitar a competição. A criança precisa ser valorizada em suas habilidades, ajudada nas suas dificuldades e ser acompanhada em seu crescimento e amadurecimento.

Através da concepção interacionista, o educador tem em mente que as crianças são indivíduos em formação, que possui uma pequena bagagem de conhecimentos e cultura, sendo necessário que ~~se~~ respeite suas diferenças e semelhanças. Seus pontos fracos e fortes. E ensinar esse respeito para os outros alunos.

Defendemos neste trabalho a formação continuada do educador para estar em constante transformação, assim como, auxiliar seus alunos a superar cada etapa de seu processo cognitivo. Sabemos que o educador nunca será um profissional completo, mas sua constante caminhada a essa perfeição já o faz ser melhor do que antes. É imprescindível que se estude os desenvolvimentos de cada fase da criança para que possa exigir dela o que está dentro dessa fase.

Os coleguinhas de turma e da escola podem auxiliar o educador na tarefa de educar uma criança depressiva através da interação com ela, convidando-a para fazer as tarefas e respeitando seus momentos de isolamento e mudanças de humor.

Auxiliar o desenvolvimento cognitivo da criança depressiva, utilizando recursos que possam minimizar os sintomas dessa doença para que a criança não tenha maiores conseqüências no seu aprendizado e nos seus comportamentos.

Em se tratando de um comportamento mais agitado ou agressivo, a criança pode atacar as outras crianças através do que chamamos de bullying ou por ser depressiva e isolada das outras crianças, sofrer esse tipo de agressividade delas ou de professores ou funcionários da escola. A escola deve estar atenta à esses comportamentos agressivos de crianças e profissionais da escola e trabalhar com a prevenção deles, conscientizando-os das conseqüências que essas atitudes podem trazer para o agressor e para a vítima.

Por fim, a escola e a família são instituições que interferem diretamente no desenvolvimento de uma criança e para tanto são responsáveis pelas suas conseqüências. Lembramos principalmente que crianças não são, só alunos ou filhos, mas principalmente, indivíduos em formação e educados para a sociedade que se inserem. Serão adultos no futuro e não no presente. Brincar faz parte de uma exteriorização dos sentimentos da criança, e quanto menos elas brincam, menos elas representam seus sentimentos para entendê-los. Em algumas brincadeiras é possível o adulto perceber se algo está errado com seu filho e orientá-lo, mas quando a criança não brinca ou seus pais não têm tempo para ver seus filhos brincarem, essa percepção acaba não existindo. Quanto mais cedo a depressão for detectada, menos a criança será prejudicada.

REFERÊNCIAS:

- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. *O que é educação*. 42ª edição. Brasiliense, SP, 2003.
- DSM-IV. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (D. Batista, Trad.) (4ª ed.) Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- FILHO, Garibaldi Alves, *Estatuto da Criança e do adolescente*. 5ª edição, Brasília, 2005.
- FREUD, Sigmund. (1917[1915]) *O ego e o id*. Pequena coleção de obras de Freud. Livro 14. Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Imago Editora LTDA. RJ. 1975.
- FREUD, S. (1917[1915]). *Luto e melancolia*. In: FREUD, S. Obras psicológicas – antologia. Peter Gay (Org). Textos extraídos da Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1992, P. 548 - P. 556.
- GONGORA, Maura Alves Nunes. *Tese: Depressão: Teorias de aprendizagem e construção de uma escola brasileira para avaliá-la*. Orientação da Dr. Marilda Novaes Lipp. PUC-Campinas. Campinas. 1982.
- LAPLANCHE, Jean e PONTALIS, Jean-Beaptiste. *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Labor, S.A. Barcelona, España. Diciembre, 1971.
- LEONTIEV, Aléxis. *Psicologia e Pedagogia: bases psicológicas da aprendizagem e do desenvolvimento*. Tradução de Rubens Eduardo Frias. São Paulo. Centauro. 2005. Quarta edição – 2007.
- MILLER, Jeffrey A., *O livro de referência para a depressão infantil*. Tradução de Marcel Murakami Iha. 1ª edição. São Paulo. M. Books do Brasil Editora Ltda. 2003. Vol 1.
- PALANGANA, Isilda Campaner. *Desenvolvimento e Aprendizagem em Piaget e Vygotsky (A relevância social)*. Ed. Plexus. SP. 1995.
- PERES, Urania Tourinho. *Depressão e melancolia*. 2ª edição. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed., 2006. Vol.22.
- POSTMAN, Neil. *O desaparecimento da infância*. Tradução de Suzana Menescal de Alencar Carvalho e José Laurenio de Melo. RJ. Graphia. 1999.
- ROUDINESCO, Elizabeth. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed., 2000.
- VYGOTSKY, L.S. A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. Michael Cole... (et al.) (org). Tradução José Cipolla Neto, Luis Silveira Menna Barreto, Solange Castro Afeche – 7ª edição. SP. Martins Fontes. 2007.
- WINNICOTT, D. W. *A família e o desenvolvimento individual*. Tradução de Marcelo Brandão Cipolia. Martins Fontes. SP. 1993.
- WINNICOTT, D.W. *Da Pediatria à Psicanálise. Obras escolhidas/ por D.W.Winnicott;* Tradução de Davy Bogomoletz. RJ. Imago Editora. 2000.

MARINI, Elaine. O desenvolvimento da auto-estima. In. Revista Direcional Escolas. Ano II. Ed. 22. Novembro de 2006.

MELO, Maria Tais de e FEIJÓ, Izabel Cristina. Infância, realidade em permanente construção. In. Revista Direcional Escolas. Ano II. Edição 22. Novembro de 2006.

Organização Mundial de Saúde. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
Visitado em 17/06/2008.

Bullying. Disponível em: <http://www.bullying.com.br/BConceituacao21.htm> visitado em 21/09/2008.

Enciclopédia on-line Wikipédia: Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Ataxia> visitado em 20 de agosto de 2008 e <http://pt.wikipedia.org/wiki/Nistagmo> visitado em 20 de agosto de 2008.

Fonoclinica: Disponível em <http://fonoclinica.net/artigos/disartria/> visitado em 20 de agosto de 2008.

Portal do Governo do Estado de São Paulo: Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/sis/lenoticia.php?id=88393&c=6> visitado em 20 de agosto de 2008.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
 Centro de Ciências Humanas e Sociais- CCH
 Escola de Educação - EE
 Departamento de Didática - DID

MONOGRAFIA II

ALUNO(A)/matrícula: Juliana D. Magalhães

TÍTULO DO TRABALHO MONOGRÁFICO:

A depressão na infância como uma das causas das dificuldades de aprendizagem

ORIENTADOR(A): Rita Munso

FIGHA DE AVALIAÇÃO FINAL

PRIMEIRO AVALIADOR

Professor convidado:

Nota:

9,0

Considerações:

O tema é especialmente relevante porque sabemos que as políticas públicas de educação e saúde são desafiadas e são muitos os episódios sobre esta desarmonia.

A aluna Juliana Magalhães demonstrou interesse no tema escolhido, sendo possível perceber o seu envolvimento e a proposta teórica pesquisada.

Presento também que afere questões de tecnologia/digitalização o trabalho segue os requisitos de um

DATA:

07/01/2009

Assinatura:

Juliana Munso

estudo científico que poderá ser repudiado futuramente

SEGUNDO AVALIADOR

Professor orientador: RIKA MARIA MANGO DE BARROSNota: 9,5

Considerações:

A despeito das dificuldades imposta pelo tema, atual e oportuno, a aluna mergulhou em pesquisa durante os anos de seu percurso no curso de Pedagogia e saiu-se muito bem.

Deverá proceder apenas a pequenas correções de digitação, mas que não comprometem de forma alguma a qualidade do texto.

Data: 09/12/2008Assinatura: [Assinatura]

TERCEIRO AVALIADOR

Professor de Monografia II: Janaina S.S. MenezesNota: 9,5

Considerações:

O trabalho atende às maiores exigências para a elaboração de um texto acadêmico.

Data: 20/12/08Assinatura: [Assinatura]

RESULTADO FINAL

Avaliador 1	Avaliador 2	Avaliador 3	Média final
9,0	9,5	9,5	9,3