

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ**  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
CURSO DE PEDAGOGIA

ELIANDRA DANIELLE MARREIRO

**DEPRESSÃO INFANTIL:  
SUAS CONSEQUÊNCIAS NO PROCESSO DE ENSINO -  
APRENDIZAGEM**

MARINGÁ  
2016

ELIANDRA DANIELLE MARREIRO

**DEPRESSÃO INFANTIL:  
SUAS CONSEQUÊNCIAS NO PROCESSO DE ENSINO -  
APRENDIZAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC,  
apresentado como requisito parcial para  
obtenção do título de Licenciada no curso  
de Pedagogia da Universidade Estadual  
de Maringá.

Orientação: Prof. Dr. Raymundo de Lima

MARINGÁ

2016

## RESUMO

O presente artigo é resultado de projeto de pesquisa para Trabalho de Conclusão de Curso que tem por intuito o estudo e a análise da depressão infantil e suas consequências no processo de ensino aprendizagem de crianças em idade escolar. O objetivo geral desse trabalho se constitui em discorrer sobre a depressão infantil, suas características, sintomas e causas enfatizando a mesma no ambiente escolar e a sua interferência no processo de ensino aprendizagem do aluno. Os objetivos específicos são de proporcionar a família e os educadores envolvidos diretamente com as crianças um alerta para os sintomas da depressão infantil, conhecendo e compreendendo os efeitos negativos desses sintomas na aprendizagem, vida social, familiar para que os mesmos possam auxiliá-las procurando o quanto antes um diagnóstico e o tratamento adequado para cada criança. A pesquisa é de tipo bibliográfico, e de caráter qualitativo. O desenvolvimento do trabalho conta com contribuições de autores como: Sigmund Freud, Moacyr Scliar, entre outros...

**Palavras-chave:** Depressão infantil, Sintomas Psíquicos ou Mentais, Rendimento escolar.

## ABSTRACT

This article sets up on a research project that is meant to the study and analysis of childhood depression and its consequences in the teaching learning of school children. general objective of this work is a discourse on childhood depression, its characteristics, symptoms and causes emphasizing the same in the school environment and its interference in teaching student learning process. The specific objectives are to provide family and educators directly involved with children an alert to the symptoms of childhood depression, knowing and understanding the negative effects of these symptoms in learning, social, family so they can help them seeking as soon as a diagnosis and appropriate treatment for each child. This research will be qualitative and bibliographic nature. The development of this work counted on contributions from authors such as, Sigmund Freud Moacyr Scliar, among others. .

**Keywords:** Child depression, Psychic or Mental Symptoms School achievement.



## 1 INTRODUÇÃO

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) “Depressão infantil e suas consequências no processo de ensino-aprendizagem” visa esclarecer a depressão infantil e como ela se manifesta nas crianças em idade escolar. Com o objetivo de identificar a sua concepção, analisando as suas formas de manifestação, e como os professores e educadores devem se posicionar, ajudar e identificar por meio dos sintomas o aluno que passa por esse transtorno depressivo.

A escolha deste tema (e/ou problemática) deve-se ao fato da depressão estar se tornando um dos problemas mais frequentes na sociedade de nossa época, inclusive atinge as crianças em idade escolar, e possivelmente vem causando queda do rendimento escolar. Segundo Miller (2003) a queda do rendimento escolar é um dos sintomas da depressão infantil que causam maiores prejuízos à vida da criança, pois, em decorrência da depressão, tanto o desempenho acadêmico como o funcionamento social podem ser comprometidos.

A depressão infantil no ambiente escolar pode se manifestar por diferentes sintomas: tristeza persistente, diminuição de atividades psicocorporal, diminuição no rendimento escolar, fracasso em terminar as suas atividades escolares, isolamento social, agressividade ou verbalizações como “Eu não posso fazer isso” (LIVINGSTON, 1985). Também pode apresentar baixa autoestima e pensamentos negativos, como “ninguém gosta de mim”, “sou um fracasso”, “sou pior do que os outros”, “a morte é a melhor saída”, etc.

Marcelli (1998) explica que o desinteresse escolar pode acontecer após um histórico de fracassos que contrasta com um bom nível de eficiência. Ou seja, após a criança tentar conseguir um sucesso que não alcançado, ela perde o interesse, sobretudo nas atividades escolares.

O professor bem preparado deve estar atento aos diversos fatores e sinais que indicam a possibilidade de depressão que a criança apresenta, bem como outros tipos de transtornos mentais, porque caso contrário pode ignorar tal transtorno psíquico ou seguir o senso comum que estigmatiza tal patologia como “frescura”.

A depressão que se inicia na infância geralmente é considerada a mais grave, porque ela causa efeitos tanto no desenvolvimento da personalidade como na aprendizagem em geral. Por isso a criança com tais sintomas deve ser precocemente diagnosticada, para poder receber o tratamento adequado o mais rápido possível. Fatores desencadeadores como luto, perdas, separação dos pais, mudanças de escola e de residência, situações novas, juntamente com os fatores hereditários e genéticos podem ser os responsáveis em desencadear os quadros depressivos.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 DEFINIÇÃO, SINTOMAS, CAUSAS E CARACTERÍSTICAS DA DEPRESSÃO INFANTIL**

Estudos sobre a depressão infantil existem desde o início do século XIX. Porém no campo da psiquiatria a depressão infantil despertou interesse a partir da década de 1960. Antes disso acreditava-se que não existia depressão em crianças, pois se pensava que as crianças não tinham maturidade psicológica e estrutura cognitiva necessária.

A depressão pode ser diagnosticada na infância, pois, segundo Calderaro e Carvalho (2005), as crianças também se angustiam frente às dificuldades da vida e podem apresentar sofrimento existencial, porém estão

menos preparadas do que os adultos para suportar as pressões e as frustrações da vida, principalmente o modo de vida estressante da sociedade contemporânea.

Segundo Cohen e Marcelli (2009), a criança diagnosticada com depressão infantil apresenta características como: desaceleração psicomotora e inibição motriz, rosto com pouca expressão, pouca mobilidade, pouco ou nada sorridente. Algumas crianças podem apresentar-se comportadas demais, chegando até a manifestar tendência à submissão. Algumas apresentam comportamentos de agitação e inquietude constante, perda de autoestima, culpabilidade, dificuldade de pensar e manter atenção em algo, concentração, incapacidade de memorização, pode apresentar transtornos alimentares, perturbações no sono e até ideias de morte ou suicídio.

De acordo com Miller (2003), as crianças depressivas podem sofrer de quatro classes principais de dificuldades, que estão relacionadas ao pensamento, às emoções, ao comportamento e aos processos psicológicos. Os problemas com o pensamento podem ser: dificuldades de concentração, indecisão, sensação de inutilidade, pensamentos mórbidos e sentimento de culpa excessiva. Os problemas emocionais se apresentam em forma de abatimento, irritabilidade, interesse ou prazer reduzido nas atividades e falta de expressão ou variação emocional. As dificuldades comportamentais são percebidas na agitação ou na letargia, e as dificuldades psicológicas podem incluir muito ou pouco sono, falta ou excesso de apetite, fadiga e falta de energia. Estes sintomas, de uma forma geral são utilizados para o diagnóstico da depressão infantil.

Percebemos fortemente o sintoma do medo, principalmente na hora do sono que é constantemente interrompido pelos pesadelos e o medo de ficar sozinha, que é indicado por meio do choro.

É comum associarmos estes sintomas a um momento de “luto” ou “melancolia”, termos cunhados pelo pai da psicanálise, Sigmund Freud, que estabelece distinção entre esses dois modos do psiquismo .Assim, o luto

refere-se a uma perda real de pessoa, animal de estimação ou objeto físico. Já a melancolia a perda acontece de maneira idealizada, em que a maioria das vezes o indivíduo não consegue identificar o que de fato perdeu, aparecendo assim principalmente o sentimento de culpa. Para Freud,

Esses estados obsessivos de depressão que se seguem à morte de uma pessoa amada revelam-nos o que o conflito devido à ambivalência pode alcançar por si mesmo quando também não há uma retração regressiva da libido. Na melancolia, as ocasiões que dão margem à doença vão, em sua maior parte, além do caso nítido de uma perda por morte, incluindo as situações de desconsideração, desprezo ou desapontamento, que podem trazer para a relação sentimentos opostos de amor e ódio, ou reforçar uma ambivalência já existente (FREUD, 1986, p. 256; FREUD, 1974, p. 283-284).

O contexto familiar que a criança está inserida, juntamente com hereditariedade, condições socioeconômicas desfavoráveis, desemprego, uniões transitórias do casal, alcoolismo e violência, são fatores favoráveis ao surgimento desta patologia.

Mas segundo Grunspun (1999), muitas crianças depressivas não aparentam tristeza (que é sintoma de luto), portanto seu comportamento não chama a atenção dos pais e professores, e, desse modo acabam não sendo diagnosticadas. Somente diante de tentativas de suicídio é que a família recorre à ajuda dos profissionais qualificados, psiquiatras, psicoterapeutas e psicólogos.

Depressão é um dos problemas mais frequentes em nossos tempos, afetando cerca de 6% das pessoas, sobretudo as mulheres, 20% das quais enfrentarão ao menos um episódio depressivo em suas vidas. O diagnóstico em geral não é difícil e se baseia nos sintomas relatados pela pessoa, que se sente triste, perde o prazer pelas coisas da vida, pode experimentar insônia ou sonolência. (SCLIAR,2001).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) fez um levantamento em todo o planeta e hoje trabalha com a hipótese de que 20% das crianças e dos adolescentes apresentam sintomas de depressão. No Brasil, estima-se que



8% a 12% da população infanto juvenil apresentam alguns sintomas de depressão. Além dos sintomas acima apresentados, Marco Antônio Bessa, psiquiatra do Hospital Pequeno Príncipe (Paraná) acrescenta outros fatores para o aumento de depressão entre crianças e jovens: o estilo de vida que levamos pode favorecer a manifestação da doença. “Muitas crianças estão com a agenda lotada de compromissos, o que eleva o grau de estresse, dormem mais tarde, ficam fechadas em ambientes como apartamentos e shoppings, usam aparelhos eletrônicos excessivamente, sob-risco de aumento de ansiedade e restrição do contato social, e convivem menos com seus pais” (CRESCER, 2015).

Para precisar o psicodiagnóstico da depressão em crianças é imperioso ficar alerta, porque

De acordo com DSM IV (1994), para o diagnóstico de um episódio depressivo maior é necessário que o indivíduo **apresente pelo menos 5 dos sintomas citados, sendo que um dos sintomas deve ser o humor deprimido em grande parte do dia ou falta de interesse pela maioria das atividades e deve ainda ocorrer em um período de pelo menos 2 semanas.** No entanto, o DSM IV (1994) faz pequenas ressalvas considerando os níveis de desenvolvimento, a fim de facilitar o diagnóstico de depressão na criança. Mais precisamente, **uma criança deprimida pode apresentar humor irritável ao invés de tristeza; ou ainda revelar uma queda no rendimento acadêmico em função do prejuízo na capacidade para pensar e concentrar.** (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2003).[negritos nosso].

Desse modo, em decorrência tanto da ausência de um diagnóstico psiquiátrico como de um psicodiagnóstico equivocado, crianças em fase escolar com depressão, além de danos causados ao seu rendimento de aprendizagem deixam de receber tratamento adequado. Portanto, sem a ajuda necessária danos graves podem vir a ocorrer, comprometendo principalmente a autoestima e o desempenho escolar, pois o aluno pode ter dificuldades de leitura, escrita, memorização, desinteresse e limitações na socialização.

## 2.2 PSICOTERAPIA E PSICOFARMALOGIA

A intervenção psicoterapêutica é indicada nos casos de intensidade leve e moderada, sendo associada à psicofarmacologia nos casos mais graves (SCHWAN & RAMIRES, 2011).

Muitos psicoterapeutas utilizam entrevistas e instrumentos de avaliação para recolher informações, entre eles, os mais utilizados são o autorrelato objetivo e as listagens que fornecem dados sobre a presença dos sintomas, juntamente com a sua frequência, intensidade e duração (FRIEDBERG & MCCLURE, 2004).

Segundo LEE *et al* (2000) , o tratamento com antidepressivos deve ser precedido por meio de uma avaliação médica a fim de afastar as possíveis causas orgânicas para o surgimento dos sintomas, a escolha da medicalização deve ser individualizada baseada no perfil dos sintomas e no diagnóstico. Outros fatores que influenciam esta escolha podem ser a idade da criança, sua saúde geral e se a mesma utiliza outros medicamentos.

Os antidepressivos indicados para as crianças são os mesmos que são indicados para os adultos e os efeitos colaterais das medicações podem ocasionar a interrupção do tratamento. Isso ocorre pelo fato de a criança se sentir pior do que quando não estava utilizando a medicação, portanto é necessário que os profissionais orientem os pais de que esses efeitos colaterais são passageiros, pois cada criança tem o seu metabolismo sendo assim o remédio leva um certo tempo para se ajustar no seu organismo. Os efeitos colaterais mais frequentes são: náuseas, alterações alimentares, dificuldades de atenção e concentração, irritabilidade, queda de cabelo, insônia (noturna) entre outros, variando de acordo com intensidade da depressão e do medicamento.

Todavia, existem fortes críticas para a tendência medicamentosa dos psiquiatras, principalmente ao prescrever tais medicamentos “tarja preta” para as crianças e adolescentes, cujos efeitos colaterais sempre existem, e são previstos nas bulas. Ou seja, os antidepressivos deveriam ser melhor adequados para as crianças e adolescentes não somente porque foram criados para adultos, também porque a dosagem (posologia) pode variar de criança para criança, de adolescente para adolescente, e ainda faltam pesquisas sinalizadoras que orientam a especificidade de cada tratamento, além do risco de dependência química.

O alerta acima é importante principalmente para os pais que são responsáveis para acompanhar o tratamento dos filhos deprimidos. Os professores, pelo fato de acompanhar o dia a dia dos alunos em sala de aula, também deveriam estar conscientes sobre os efeitos colaterais dos psicofármacos, pois é frequente observar estes alunos medicados com sono excessivo, falta de atenção concentrada durante as aulas, entre outros.

A parceria professores e pais é providencial para se levar a bom termo este tipo de tratamento psíquico ou mental.

### 2.3 PSICOPEDAGOGIA

A psicopedagogia iniciou-se na Europa à partir da segunda metade do século XX, e no Brasil estruturou-se na década de 60, tendo como estudiosos médicos e educadores que iniciaram os seus estudos primeiramente com portadores de deficiências sensoriais, mentais, motores e doenças crônicas que comprometiam a aprendizagem.

Ela depende de um trabalho clínico ou preventivo; o trabalho clínico busca reconhecer obstáculos e as causas do baixo rendimento de aprendizagem, baseando-se em teorias que reconheçam como que ocorre o processo de aprendizagem do indivíduo e os fatores que podem contribuir para

favorecer a mesma e o trabalho preventivo estuda as condições evolutivas da aprendizagem (YAEGASHI,1998).

Noutros termos, o estudo do processo de aprendizagem e suas dificuldades são desenvolvidas por meio da psicopedagogia, que visa compreender os processos cognitivos, emocionais, familiares, pedagógicos e sociais. A psicopedagogia “se preocupa com as dificuldades de aprendizagem e entende o ato de aprender a partir de uma multiplicidade de fatores” (YAEGASHI, 1998, p.3) .,

O papel do/a psicopedagogo/a é conhecer o processo de ensino aprendizagem juntamente com os fatores que a inter-relaciona como os fatores sociais, pedagógicos e emocionais.

De acordo com Neves (1991) a psicopedagogia estuda o ensinar e aprender, levando em conta os aspectos internos e externos da aprendizagem, considerando os aspectos sociais e afetivos.

Parece que a especialização em psicopedagogia pode melhor preparar pedagogas e professores a lidarem tanto com problemas de aprendizagem, bem como contribuir para investigar as causas, e, no caso da depressão infantil, no mínimo, poderia alertar pais e professores, bem como justificar um encaminhamento desses alunos para acompanhamento psicopedagógico, psicoterápico ou psiquiátrico.

### **3 CONTEXTO ESCOLAR E A RELAÇÃO ENTRE O PROFESSOR E O ALUNO**

Primeiramente deve-se encontrar as causas dessa patologia psíquica tanto na dimensão afetiva-emocional quanto na dimensão educacional. A partir deste ponto é possível orientar os professores para identificar os transtornos

psíquicos e traçar estratégias de como ajudar a criança que esteja passando por um período depressivo; e também ajustar o posicionamento docente nesses casos bem como saber que métodos de ensino podem ser utilizados, ou seja, como conduzir a relação professor e aluno com depressão, e esclarecer sobre as possibilidades dessas crianças que estão sujeitas a mudanças contínuas no seu comportamento, inclusive em sala de aula.

Conforme afirmam Barbosa e Lucena (1995), a escola é um local bastante favorável à realização de estudos epidemiológicos em crianças. O comportamento depressivo na infância ocorrerá, muito provavelmente, no contexto educacional, sendo o baixo rendimento escolar um dos primeiros sinais do surgimento de um possível quadro depressivo. Nesse sentido, é importante levantar a hipótese: se determinada “cultura da escola” e/ou determinado tipo de convivência com alunos *bullies* (“valentões” que provocam *bullying*), propiciam o desencadeamento de transtornos psíquicos, como depressão, fobia escolar, transtorno global, etc.

Ser professor é muito mais que uma profissão. O papel do professor é ser um ser formador e transmissor de conhecimentos sistemáticos, ou seja, o professor deve fazer com que os alunos sejam cidadãos críticos que debatam sobre opiniões do senso comum, difundidos na sociedade que estão inseridos dentro ou fora do contexto escolar.

Acima de tudo, o professor deve mais do que gostar do que faz, ser comprometido com o projeto de escolarização, formação de cidadania e civilidade dos seus formandos. Sabemos que a rotina de uma sala de aula é desafiadora, cabendo ao professor determinação, dedicação, motivação e capacitação, em enfrentar todos os desafios impostos dentro da sala de aula.

Ensinar quer dizer, etimologicamente *in-signare*, ou seja, fazer sinal indicando uma direção. O ensinante não deve somente transmitir e sim despertar o conhecimento.

O professor transmite o conteúdo por meio da sua didática e metodologia, esses conteúdos transmitidos devem ser recebidos pelos alunos

como conhecimentos levando assim ao processo de aprendizagem do mesmo. Quando essa transmissão não ocorre da maneira correta, é explicada por diversos desajustes intelectuais e emocionais relacionados ao professor ou ao aluno. O modelo de professor que foi construído ao longo dos anos é aquele que tudo sabe e o aluno é aquele que aprende tudo com o professor. Para o ponto de vista da psicanálise freudiana,

A transmissão [de conhecimentos] é de “um saber que não se sabe”... Portanto, a constituição de um saber por aquele que aprende passa por vicissitudes que aquele que ensina ignora; e a construção daquele que ensina, sujeito dividido, processa-se no bojo daquilo que ele não sabe. **A transmissão, para Freud, não é de um conhecimento, mas de algo que toca o sujeito.** Embora Freud se encantasse com a relação de seus professores com o saber, admitia que “eles me transmitiram um conhecimento que, a rigor, não possuíam. (FREUD, 1974). [negritos nosso].

Isto é, embora o professor seja competente para ensinar os conteúdos programáticos, boa parte de seu ensino se faz por “transmissão” de “algo mais” que ele [professor] não tem consciência, e assim contribui para formar cada aluno com sua própria personalidade.

Ainda, é preciso tomada de consciência do professor para entender que a educação não é possível sem o conhecimento de parte da vida da criança como o conhecimento corporal da mesma. Os procedimentos educativos têm interesses e capacidades das crianças e não mais a lógica dos adultos. Pois a criança que antes acreditava que somente os pais eram os serem capazes de transferir o conhecimento, com o passar do tempo essas crianças começam a ficar insatisfeitas com os pais e com tais conhecimentos que os mesmos transmitiam, ocorrendo assim um desligamento dos pais e “transferindo” essas expectativas aos professores.

No processo de educação as crianças utilizam as suas “teorias”, que muitas vezes vão de encontro às teorias e estilos de ensinar e aprender concebidos pela escola. Desse modo, podem surgir conflitos subjetivos no psiquismo infantil, surgindo assim alguns problemas de aprendizagem.

Para Freud (1974) haveria certa indisposição estrutural que impedia o sujeito de relacionar-se com certos conteúdos, mas isso não significava um fracasso escolar, mas um recurso utilizado pelo próprio sujeito.

No sentido psicanalítico, a maioria dos professores não trabalha o conteúdo com os alunos da forma adequada, pois não possuem o conhecimento adequado para ensinar, ou se apavoram por ter que cumprir o que é imposto no currículo, ou até mesmo pelo fato da relação [transferencial] com seus alunos não ser satisfatória.

Para Postic (1979) o bom professor é aquele que aceita os sentimentos dos alunos, faz elogios ou o encoraja, aceita e utiliza as ideias dos alunos, faz pergunta para que os alunos respondam e participem, faz uma exposição de suas próprias ideias; etc.

Alguns educadores se mostram interessados somente nos bons alunos, pois acreditam que somente os mesmos possuem potencial para o conhecimento sistemático e conseqüentemente irão aprender os conteúdos de modo mais rápido e eficaz, excluindo assim aqueles alunos que não se envolvem ou que possuem dificuldades para aprender.

O professor quando conhece o funcionamento psíquico do aluno é capaz de perceber quais são as necessidades de cada um e quais instrumentos didático-pedagógicos ele [professor/a] teria que se adequar à sua prática e conteúdo e cultura.

Do ponto de vista da psicanálise, Kupfer (1989) observa alguns efeitos emocionais que podem estar relacionado no processo de ensino aprendizagem e na relação professor e aluno. Ou seja, o aluno pode “transferir” para o professor afetos positivos ou negativos que ele sente por outras pessoas, principalmente em relação aos pais. Cabe ao professor/a perceber se esse comportamento é direcionado diretamente a ele/ela ou se o aluno está somente transferindo estes sentimentos.

A “transferência”, aqui, é usada no sentido conceituado pela psicanálise. Designa o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam em forma

de repetição à compulsão na figura de um sujeito, tal como médico, psiquiatra, psicanalista, professor, enfim, qualquer sujeito que ocupa uma função simbólica que lembra a figura paterna ou a figura materna. A transferência pode ser positiva (amor, respeito, consideração, bem-querer, simpatia, veneração) ou negativa (ódio, raiva, ambivalência, repulsa, desconfiança). Se for contínua e inconsciente, a transferência funda uma nova neurose: a neurose de transferência. Esse processo também ocorre com o professor, denominado assim de contratransferência. Segundo Morgado (1995) nesse processo o professor tem dificuldades quanto à mediação com seus alunos, e de transmitir conhecimentos, atribuindo as suas responsabilidades aos próprios alunos.

Aqui, cabe a observação oriunda da psicanálise ao comparar a escola tradicional com a escola “alternativa” (BACHA, 1998). Nas escolas tradicionais a imagem de autoridade docente é investida como severa, disciplinadora, rígida, muitas vezes passa às crianças a sensação de imagem persecutória, isto é, imagem desta autoridade que as persegue, cobra, impõe, reprime, castiga. Qual seria o efeito desta imagem nos alunos? O docente formado para exercer este estilo estaria preparado para reconhecer uma criança com algum transtorno mental, como é a depressão?

A imagem do/a professor/a da escola tradicional parece que desencadeava nos alunos afetos mais negativos do que positivos, por exemplo, a sensação de submissão, de ter que reprimir seus desejos e afetos, de esconder suas tendências, até mesmo de esconder sua aletria. As escolas “alternativas” cuja filosofia de ensino baseada na suposta “pureza” da criança inventada por Rousseau, montaram estratégias que visavam mudar a imagem docente em “boa”, que também poderia ser lúdica junto com a seriedade ou “dureza” do trabalho escolar. (BACHA, 1998, p. 188; FERREIRA, 2001, p.121).

A psicanálise não é uma teoria da aprendizagem, e nem uma metodologia voltada para a escolarização, mas ao tratar da formação da personalidade do ser humano esta perspectiva teórica e clínica [psicanálise] considera tanto a psicosexualidade como os afetos imprescindíveis.O



problema da nossa escola parece ser ainda a insistência de produzir tanto uma “educação assexuada” (sic) como um currículo onde não há lugar para o reconhecimento dos afetos e das emoções entre alunos e professores.

Quando a escola obriga a criança a deixar do lado de fora do portão seus afetos e interesses através de um ensino que passa ao largo de sua vida para não lhe proporcionar mais que uma atividade intelectual idealizada, faz da educação uma adaptação e, da criança a educar, o objeto da projeção de um ideal. “E, dos conhecimentos, mais uma dentre as camisa-de-força adaptativas com as quais o adulto tenta dominar e aprisionar a criança, podendo suscitar a mesma defesa animada como aquela provocada pelo uso do ‘uniforme’ escolar” (BACHA, 1998, p.189).

Nesse sentido, supomos os mecanismos de defesa, tais como: mecanismo de negação, repressão, compensação, racionalização, regressão, fantasia, formação reativa, os quais contribuem para proteger o ego (Eu) de alguns perigos fantasmáticos, como também da atividade disciplinadora ou repressora da escola, principalmente da escola tradicional. Os mecanismos de defesa podem ser “eficazes”, quando conseguem responder mais ou menos racionalmente aos supostos perigos; ou podem ser “ineficazes”, quando não conseguem diminuir a ansiedade e tendem a formar repetições compulsivas, possivelmente fundando neuroses e até depressão.

No mecanismo de negação o sujeito consiste na negação de um desejo ou uma fantasia, bloqueando certas percepções do mundo externo, o indivíduo nega sua existência para de proteger de um sofrimento. Um exemplo disto é quando o aluno tem dificuldade em aprender certos conteúdos e por isso não realiza as atividades dentro de sala, ou seja, ele nega a sua própria dificuldade.

A repressão impede que lembranças dolorosas, impulsos ameaçadores, desejos proibidos, retornem à consciência, que causariam angústia e ansiedade. Na escola esse mecanismo é acionado quando o aluno ao absorver determinado conteúdo, considerado inoportuno, fica gravado na memória, mas é bloqueado. Mesmo com a ajuda do/a professor/a o aluno não consegue ter acesso a este conteúdo.

A compensação é o mecanismo que busca compensar uma deficiência real ou imaginária. Um exemplo disto é quando um aluno que possui dificuldades em aprender se esforça para ser simpático.

O mecanismo de racionalização consiste em inventar explicações para justificar as suas próprias ações de fracasso. Exemplo, quando o aluno não consegue tirar boas notas e procura encontrar argumentos para si próprio de que o culpado é o/a professor/a, que não explicou “direito” a matéria, ou cuja metodologia de ensino não foi adequada.

Na regressão, a criança diante de frustrações se vê incapaz de dar uma resposta racional-consciente, retorna a estádios anteriores do desenvolvimento psíquico. Ela reage com um comportamento mais infantil. É um mecanismo muito frequente em crianças, especialmente quando a criança é submetida às pressões da vida escolar ou em sua própria comunidade violenta, ela tende a regredir a fases anteriores, por exemplo, a fase oral, como chupar o dedo ou a chupeta, voltar a fazer xixi na cama, chorar de modo manhoso, enfim, as atitudes regressivas tem a função de resolver muitos dos problemas que ela não sabe enfrentar com os instrumentos da atualidade.

A fantasia é o mecanismo que se manifesta frequentemente entre os alunos, quando eles imaginam-se relacionando de forma afetiva com o/a professor/a.

Por fim, no mecanismo de formação reativa o aluno faz algo que não quer agindo falsamente. Um exemplo é quando o aluno não gosta do professor, mas o elogia, pois ele é uma autoridade dentro da sala de aula.

É importante sempre ressaltar que o professor não pode associar qualquer momento de tristeza ou desinteresse do aluno à depressão, ou seja, fazer ele mesmo um psicodiagnóstico da criança sem antes consultar um profissional da área.

Parece pertinente à recomendação de Dupas (2008) sobre a função docente de operar para além de ensinar conteúdos do currículo, isto é, os professores também deveriam aprender a reconhecer os afetos, emoções, os

mecanismos de defesa, e eventuais transtornos psíquicos, como é a depressão em crianças em idade escolar. Sabendo reconhecer a dimensão afetiva-emocional, determinada pelo inconsciente, fica mais fácil obter melhor resultado no processo de ensino e aprendizagem. Portanto, deveria ser função dos professores.

Estar atento/a para não ser apenas um recipiente dos *conteúdos*, angústias e projeções [e transferências] do aluno, de forma passiva, mas [sim] exercer a função ativa de *contínente* como agente que transforma e dá significado [aos conflitos subjetivos e transtornos psíquicos] (DUPAS, 2008, p.136).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Como conclusão deste trabalho, reforçamos nossa compreensão sobre a importância de conhecer as teorias e se esclarecer sobre a depressão infantil e as suas consequências no desenvolvimento intelectual dos alunos dentro do contexto escolar.

Para aprofundarmos nosso entendimento sobre a problemática depressão infantil e o processo de escolarização, buscamos referências teóricas de autores que relacionam essa patologia ou transtorno psíquico, juntamente ao processo de ensino aprendizagem e a relação professor e aluno com o meio social e familiar.

Com os conhecimentos adquiridos por meio das leituras e estudos, compreendemos que de fato a depressão pode estar relacionada a fatores hereditários, sociais e familiares, e a mesma pode afetar diretamente o processo de ensino aprendizagem do aluno e o seu convívio social.

A depressão infantil precisa de uma maior conscientização por meio dos professores, pais, educadores, médicos, psicólogos, terapeutas e demais profissionais relacionados e envolvidos com essas crianças que estão passando por um período depressivo. Principalmente os profissionais da educação devem estar atentos aos sintomas que a criança apresenta para que os mesmos não passem despercebidos e causem danos à própria e ao ambiente de convivência.

Observamos, ainda, que no estudo aqui realizado foram encontrados diversos livros e artigos que abordavam o tema “depressão Infantil”, mas poucos abordam com profundidade a relação da mesma com o processo de ensino aprendizagem da criança e o seu rendimento escolar.

Em relação ao psicodiagnóstico e as formas de tratamentos da depressão infantil, há profissionais que preferem sair do ambiente apropriado para realização de psicoterapias nas escolas, junto ou em parceria com os próprios professores. Parece um equívoco usar o espaço escolar como se fosse um lugar apropriado para exercer a clínica e a psicoterapia. A escola tem uma função precípua que é ensinar e/ou transmitir conhecimentos sistemáticos e não “tratar”, nem “medicar”, e nem fazer psicodiagnósticos. Se algumas crianças têm grande dificuldade para expressar o que estão sentindo, se estão sofrendo psiquicamente, pois ainda não conseguem distinguir e nomear as suas próprias emoções cabe a escola fazer seu trabalho, sim, mas não lhe cabe propiciar “tratamento psíquico”. Mesmo psiquicamente sofrendo, muitas crianças não compreendem que os sintomas pelos quais estão passando são resultados de uma história objetiva e subjetiva existencial e culturalmente determinada. A depressão em crianças é uma patologia psíquica, que pode ser “trabalhada” por meio de tratamento medicamentoso e psicoterápico, em espaço físico adequado e com profissionais especializados.

Esperamos por meio deste trabalho, orientar e auxiliar de alguma maneira os familiares e educadores, para que os mesmos se esclareçam sobre o assunto bem como traçar estratégias e metodologias adequadas para que esses alunos consigam receber uma educação de qualidade; que os preparem psicologicamente e socialmente para serem capazes de enfrentar, lutar e

superar os desafios que forem expostos a fim de conquistar seus sonhos e seus objetivos.

## REFERÊNCIAS

BACHA, Marcia N. **Psicanálise e Educação**: laços refeitos. Campo Grande: UFMS; São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

BARBOSA, G.A. & LUCENA, A. Depressão infantil. **Rev. Infante**, São Paulo, v.3, n.5, p.23-30,1995.

\_\_\_\_\_. Depressão infantil. **Rev. Infante**, v.2, n.23-30, 1995.

COHEN, D.;MARCELLI, D. **Infância e Psicopatologia**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed,2009.

CAMARGO,Janira. S. O Desenvolvimento Emocional .In : CAMARGO, J.S.; ROSIN, Sheila. M. **Psicologia e Educação :compartilhando saberes**. Maringá: EDUEM, 2005, p.39-52.

CALDERARO, Rosana Simão dos Santos; CARVALHO, Cristina Vilela de. Depressão na infância: um estudo exploratório. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 181-189, 2005. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722005000200004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000200004)> Acesso em: 23 Ago.2016.

CRESCER, revista. Reportagem de Andressa Basilio - atualizada em 12/02/2015. Disponível em: <<http://revistacrescer.globo.com/Crianças/Saude/noticia/2014/09/depressa-o-infantil-ela-existe-e-esta-aumentando-em-todo-o-mundo.html>>. Acesso em 10 Dez. 2016.

CRUVINEL, Miriam ; BORUCHOVITCH, Evely. Depressão infantil: uma contribuição para a prática educacional. In: **Psicol. Esc. Educ.** (Impr.) v.7 no.1 Campinas, Jun, 2003. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-85572003000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572003000100008)> Acesso em: 10 Dez. 2016.

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

FERREIRA, Tânia. Freud e o ato do ensino. In: **A psicanálise escuta a educação**. B.Horizonte: Autêntica, 2001, p. 107-149.

FREUD, S. **Artigos sobre a técnica**. Rio de Janeiro: Imago, (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S.Freud, v.XII.), 1974.

\_\_\_\_\_. **Luto e melancolia**. Rio de Janeiro: Imago, (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S.Freud. v.14), 1986.

FRIEDBERG, R., McClure ,J.**A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GRUNSPUN , Haim . **Crianças e Adolescentes com transtornos psicológicos e do desenvolvimento**. São Paulo: Atheneu,1999.

KUPFER, Maria Cristina. **Freud e a educação: o mestre do impossível**. São Paulo: Scipione,1989.

LEE,.I. F., CURATOLO, E .; FRIEDRICH, S. Transtornos afetivos. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v.22, s. 2, p. 24-27, 2000. Tb. disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462000000600007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600007)> Acesso em: 10 Dez. 2016.

LIVINGSTON, R. Depressive Illnes and learning difficulties: Research needs and Practical Implications. **Journal of Leaning Disabilities** , 1985.

MARCELLI, D. **Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra**. 5. ed. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

MILLER, Jeffrey A. **O Livro de Referência para a Depressão Infantil**. São Paulo: MBooks do Brasil, 2003.

MORGADO, Maria A. **Da sedução na relação pedagógica: professor – aluno no embate com afetos inconscientes**. São Paulo: Plexus, 1995.

NEVES, M.A.C.M. Psicopedagogia : um só termo e muitas significações. **Boletim da Associação Brasileira de Psicopedagogia**, v.10, n.21, p.19-23 fev.1991.

POSTIC, Marcel .**Observação e formação de professores**. Coimbra, Portugal: Livraria Almedina, 1979.

SCHWAN, S., & RAMIRES, V. R. Depressão em crianças: Uma breve revisão de literatura. **Psicologia Argumento**, 2011.

SCLIAR, Moacyr. Pequena história da melancolia brasileira. **Folha de S.Paulo, Cad. Mais**, 17 de junho de 2001.

YAEGASHI, Solange. F.R. O que é Psicopedagogia? **Cad. Apontamentos**. Maringá: EDUEM, 1998, n. 76.