

DESENVOLVIMENTO DA APRENDIZAGEM DE CRIANÇAS COM PAIS COM TRANSTORNO DEPRESSIVO

LEARNING DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH PARENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER

Ana Paula Hafemeister¹
Giovani Meinhardt²

Resumo: O presente artigo tem como objetivo apresentar de forma sintética os estudos e pesquisas consumados em meu trabalho de conclusão de curso, produzido no ano de 2019 na graduação de Pedagogia. O Transtorno Depressivo atingiu diversas idades, gêneros, etnias, profissões e classes sociais. Na contemporaneidade estima-se que seja a doença que mais afasta as pessoas dos seus trabalhos. Vidas extremamente agitadas e atarefadas, com horário para sair de casa, porém sem hora para retornar, espaços desestruturados (família, relacionamento, trabalho, escola) são as possíveis causas. Diante dos avanços do transtorno, muitas famílias sofrem com a instabilidade que o acompanha, as crianças são as mais afetadas neste processo. Por falta de maturidade não compreendem o motivo do pranto inesperado do pai ou da mãe, o porquê a mãe não se alimenta nas refeições em família, ou porque o pai dorme tanto e não brinca mais com ela. O trabalho de conclusão teve o objetivo de elucidar o Transtorno Depressivo e a influência de pais com Transtorno Depressivo no processo de aprendizagem dos filhos.

Palavras-chave: Transtorno Depressivo. Criança. Aprendizagem.

Abstract: This article aims to present in a synthetic way the studies and researches accomplished in my final paper course, produced in 2019 during the Pedagogy undergraduate course. The Depressive Disorder has reached different ages, genders, ethnicities, professions, and social classes. Nowadays it is estimated that this disease is the most likely cause of taking people out of their workplace. Extremely hectic and busy lives, with time to leave home, but no time to return, unstructured spaces (family, relationship, work, school) are the possible causes. Facing the advances of the disorder, many families suffer from the instability that accompanies it, and children are the most affected in this process. Due to lack of maturity, they do not understand the reason for the father or mother's unexpected weeping, why the mother does not eat at family meals, or why the father sleeps so much and does not play with him/her anymore. The final paper aimed to elucidate the Depressive Disorder and the influence of parents with Depressive Disorder on their children's learning process.

Keywords: Depressive Disorder. Child. Learning.

¹ Graduada em Pedagogia pelo Instituto Superior de Educação Ivoti.

E-mail: ana.hafemeister@institutoivoti.com.br

² Doutorando em Filosofia, professor do Instituto Superior de Educação Ivoti.

E-mail: giovani.meinhardt@institutoivoti.com.br

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno Depressivo tornou-se a “doença do século XXI”, atingindo a todos sem distinção alguma. Especialistas e estudiosos da área da psique humana estimam que até 2030 seja a doença que mais afaste as pessoas de seus trabalhos.

As pessoas estão adoecendo mentalmente com doze anos, aos vinte e cinco anos deixam de ser protagonistas de sua própria vida, e aos cinquenta anos cometem suicídio, uma vez que não buscam ajuda para compreender o que acontecia. A vergonha é o motivo mais comum para que as pessoas não procurem ajuda, visto que o conceito da doença para muitos é a loucura, ou seja, quem a tem é considerado louco.

Mediante os avanços pelos quais a sociedade vem sido acometida, muitas pessoas buscam incessantemente acompanhar as evoluções. Desta forma renunciam aos cuidados com o físico e com a psique, tornando-se pessoas doentes e exaustas, possibilitando que o transtorno se manifeste.

Nossas escolas têm recebido famílias desestruturadas e adoecidas. Deste modo as crianças pertencentes a estas demonstram peculiaridades quanto ao seu processo de desenvolvimento, principalmente no emocional e da aprendizagem. Os adultos destas famílias, tradicionalmente pai e mãe, apresentam depressão ou quadro depressivo, agindo de forma desanimada e depreciativa, o que tem refletido diretamente nos filhos.

As manifestações desses “reflexos” possuem diversas origens, entretanto por passar a maior parte do dia na escola é neste ambiente que tais mudanças são perceptíveis. Agressividade, desorganização, desatenção, baixa autoestima, apatia, insegurança, entre muitos outros manifestos começam a surgir apa-

rentemente sem motivo aos olhos dos professores e colegas.

Em meio aos comportamentos atípicos, relatos de situações familiares começam a surgir. Junto a eles o processo do desenvolvimento de aprendizagem sofre alterações que prejudicam seu desempenho escolar, chamando assim a atenção dos professores. Tarefas de casa não realizadas, material solicitado não vem, bilhetes não assinados, dentre outros ocorridos.

Relatos como: “*Prof, minha mãe não leu o bilhete porque ela dorme muito*”, ou “*Vi meu papai chorando ontem de novo*” tornam-se comuns quando o transtorno está presente na família e na vida daquela criança. Quando a presença destes pais é solicitada na escola, muitos omitem a real situação pela qual estão passando, no entanto não sabem ou fingem não saber que a sua situação tem influência sobre seu filho.

Muitos pais preferem a negação, alguns expõem sua condição, entretanto negam que ela tenha interferência em alguma área do desenvolvimento da vida dos filhos, uma vez que a doença é sua e não dele.

A escola tem um papel social muito importante, visto que tem o poder de mobilizar a comunidade com campanhas educativas e de conscientização, visando ao bem-estar e à saúde mental.

Contudo, mediante as realidades presentes nas comunidades escolares em que estive inserida, surgiu o questionamento: como se dá o processo de desenvolvimento da aprendizagem de crianças com pais com transtorno depressivo? Deste modo, partindo do questionamento cobertos de inquietudes e suposições, fez-se necessário repensar a compreensão da influência dos pais com o transtorno na aprendizagem dos filhos.

2 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO TRANSTORNO DEPRESSIVO

A depressão é uma psicopatologia que atinge todas as idades, gêneros, etnias e profissões. Classificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um distúrbio afetivo que prejudica a psique humana e, não havendo um tratamento correto, leva o indivíduo à morte (BRASIL, 2019).

Entre as causas da depressão estão as rotinas de vida agitadas e atarefadas, com horários para cumprir no trabalho, escola ou faculdade. A rotina de vida da sociedade moderna é regida por números, tempos, valores, ou seja, baseada em prazos e resultados. Há pouca preocupação com o bem-estar, saúde, qualidade de vida, visto que toda sua atenção fixa-se em cumprir jornadas estressantes e exaustivas, buscando oportunidades para obter condições melhores de vida. Izquierdo (2002, p.93) afirma que,

A depressão é inimiga declarada da qualidade de vida. Não estamos nos referindo aqui à simples tristeza, senão a um quadro patológico em que a tristeza extrema é só um sintoma, acompanhado de vários outros que prejudicam intensamente o ânimo e a capacidade de ação e reação dos sujeitos.

Outra possível causa é uma vida estagnada, permeada por incertezas nos diversos fatores do cotidiano, assim como espaços desestruturados, como exemplo: família, relacionamento amoroso, trabalho, faculdade, escola. Em uma vida estagnada, o indivíduo apresenta-se passivo e apático, agindo com indiferença em situações que necessitam de sua opinião ou decisão e em muitos destes casos a falta de posicionamento pode alterar fatores da sua própria vida. Conforme Izquierdo (2002, p.93)

[...] Consiste num abatimento, numa sensação de perda, de falta generalizada de energia, num estado de

ânimo penoso, muitas vezes acompanhado do pranto. Dá pouca vontade de levantar da cama, de sair de casa ou de encarar qualquer tarefa. Nossos pensamentos são negativos; temos a tendência a lembrar males, principalmente aquele ou aqueles que desencadearam a tristeza.

Tornar-se suscetível a tudo e todos é oportuno, porém angustiante e penoso. Nos espaços desestruturados, o indivíduo torna-se prisioneiro, sentindo que precisa do local, das pessoas, entende-se como dependente, não existindo possibilidade de estar bem sem estes ambientes ou pessoas. Nestes casos, os espaços desestruturados podem ser compreendidos como, por exemplo, relacionamentos abusivos, perda de algum bem, afastamento por parte de amigos, familiares ou falecimento de alguém benquisto.

A depressão normalmente origina-se de uma perda ou de algum acontecimento em que a pessoa passa por uma desestabilidade, ou seja, ela é tirada de sua zona de conforto, seja ela financeira (empresa, emprego, valores financeiros), amorosa (parceiro (a)), familiar (morte ou mudança de longa distância), caso de doença (familiar ou própria) entre outros, visto que cada indivíduo tem uma compreensão da situação problema na qual se encontra. Para Izquierdo (2002, p.101)

Há várias incidências da vida que podem se constituir em fatores agravantes. Trata-se de todas aquelas que habitualmente causam tristeza ou desespero: a morte ou a doença grave de um ser querido, a perda do emprego, as doenças crônicas ou dolorosas, um desastre econômico, um incêndio, o divórcio.

Em muitos casos a depressão é confundida com tristeza, porém esse sentimento é apenas um dos sintomas presentes no transtorno. Para Izquierdo (2002, p.94) “Um dos sintomas é a tristeza, sem dúvida; mas num grau maior, mais severo, mais desesperante, e

acompanhado de várias outras alterações psíquicas e orgânicas”.

A depressão é um transtorno psiquiátrico, um adoecimento mental, e pode haver consequências físicas como, por exemplo: bulimia, flagelar-se, mutilar-se. Este transtorno não é levado a sério por grande parte da população, em razão de que muitos ainda o encaram como uma tristeza passageira, ou até mesmo como uma simples carência afetiva com intuito de chamar a atenção dos demais.

Muitas pessoas não possuem coragem ou não sabem onde buscar ajuda profissional. A falta de orientação e conhecimento por vezes torna-se letal. Alguns indivíduos cometem suicídio por não encontrarem um meio de resolver o que estão passando; outros, por preocupação com julgamentos alheios, automeDICAM-se, já que há um desejo de “cura”, junto ao “medo” de ser julgado, que por vezes atrapalha todo o processo de tratamento.

Mesmo com a evolução pela qual nosso mundo está passando e se tratando de doenças da psique humana, muitos têm vergonha de buscar um profissional da área (psicólogo, psiquiatra), tornando assim a doença cada vez mais grave. Afirma Izquierdo (2002, p.99)

[...] se tratando de uma doença com tanta gravidade, com consequências potencialmente fatais, é fundamental compreender que devemos recorrer a um especialista, um psiquiatra ou um psicólogo vinculado a uma clínica psiquiátrica, não a um clínico geral ou a um farmacêutico.

O Neurocientista Izquierdo desaprova a busca por um farmacêutico, visto que ele não possui formação para diagnosticar um indivíduo não pode indicar um tratamento. O autor está correto ao afirmar que muitas pessoas não dão continuidade ao tratamento do transtorno e não compreendem que para cada doença existe um profissional adequado que indica tratamentos medicamentosos ou

alternativos. O Clínico Geral avalia a situação do paciente e o encaminha para o profissional da área, dado que seu papel tem grande importância devido ao seu conhecimento universal.

2.1 Características diagnósticas

O DSM-5 é um manual diagnóstico e estatístico elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria para definir como diagnosticar transtornos mentais. Profissionalmente é usado por psicólogos, médicos e terapeutas ocupacionais em seu diagnóstico. De acordo com o DSM-5, os sintomas para o diagnóstico deste transtorno são:

- (1) Humor deprimido, (2) Perda de interesse ou prazer, (3) Perda ou ganho significativo de peso, (4) Insônia ou hipersonia, (5) Agitação ou retardo psicomotor, (6) Fadiga ou perda de energia, (7) Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes), (8) Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, e (9) Pensamentos recorrentes de morte (APA, 2014, p.161).

Conforme o DSM-5, os sintomas dos critérios diagnósticos para depressão devem estar presentes quase todos os dias para serem considerados, com exceção dos critérios (2), Perda de interesse, e (9), Pensamentos recorrentes de morte. O critério (1) Humor deprimido deve estar presente na maior parte do tempo, além de se manifestar todos os dias. Entretanto, o sintoma (4), Insônia ou hipersonia, frequentemente é a principal queixa apresentada, que induz à falha em detectar sintomas depressivos associados, resultando em subdiagnóstico (APA, 2014, p.162).

O subdiagnóstico citado pelo DSM-5 corresponde ao fato de que o transtorno não foi suficientemente explicado, identificado, ou seja, houve uma avaliação aproximada, o que pode impli-

car no tratamento. Outro aspecto ressaltado no manual é a frequência da presença dos sintomas, visto que devem estar presentes diariamente para serem indicados no diagnóstico.

A psicologia possui um papel importante no que diz respeito à identificação e distinção dos sintomas, visto que para muitos a tristeza, por mais recorrente que seja, com o tempo ela irá passar. Entretanto, a tristeza pode se manifestar de outras maneiras. Deste modo, em uma conversa com o psicólogo várias manifestações de tristeza podem ser identificadas. Conforme o manual DSM-5 (APA, 2014, p.162)

Podendo ser negada inicialmente, a tristeza pode ser revelada por meio de entrevistas ou percebida pela expressão facial e pelas atitudes. Alguns indivíduos focam em queixas somáticas, deste modo o clínico deve determinar se esta queixa de sofrimento é associada a sintomas depressivos específicos.

A fadiga e a perturbação do sono mostram-se presentes em grande parte dos casos, no entanto, as perturbações psicomotoras são menos comuns. Entretanto, o Manual Diagnóstico DSM-5 afirma que a fadiga e a perturbação do sono são indicativas de gravidade, ou seja, a depressão pode estar em um nível mais severo, assim como a presença da culpa delirante, e ambas podem levar a uma fatalidade (APA, 2014, p.162). Pessoas que possuem profissões de risco e que têm depressão aumentam as chances de possíveis fatalidades, como exemplo se podem citar motorista, eletricitista, médico, entre outros. As consequências de seus atos profissionais envolvem de forma direta e constantemente outros indivíduos.

Segundo o Manual Diagnóstico DSM-5, a principal característica de um episódio depressivo maior são os critérios

(1) Humor deprimido ou (2) Perda de interesse ou prazer, que ocorrem por um período de duas semanas ou mais. Crianças e adolescentes podem mostrar-se com um humor irritado e em alguns casos mostra-se tristeza. O sujeito deve apresentar pelo menos quatro critérios (sintomas) a mais, retirados de uma listagem, que inclui o critério (3) Perda ou ganho significativo de peso, critério (4) Insônia ou hipersonia, critério (5) Agitação ou retardo psicomotor, critério (6) Fadiga ou perda de energia, critério (7) Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada, critério (8) Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, e critério (9) Pensamentos recorrentes de morte (APA, 2014, p.162).

O critério (1) Humor Deprimido refere-se àquela pessoa que não apresenta satisfação em fazer atividades ou estar em locais dos quais gostava, demonstrando-se triste e cabisbaixo. O critério (2), Perda de interesse ou prazer, faz com que a pessoa não realize mais as atividades que costumava realizar com prazer e entusiasmo. O critério (3), Perda ou ganho significativo de peso, é considerável, dado o fato de que pode acarretar outras doenças como diabetes, hipertensão, anemia, entre outras associadas à alimentação e nutrição.

A insônia ou hipersonia, critério (4), pode ocasionar o critério (5), Agitação ou retardo psicomotor, visto que noites sem dormir podem causar cansaço e irritação. Desta forma os indivíduos buscam estimulantes devido ao retardo psicomotor e o transforma em agitação. Os estimulantes usados são derivados da cafeína ou de taurina, até mesmo de ambos e dentre eles estão: cápsulas de cafeína, energéticos líquidos e em gel, arrebite e medicamentos controlados.

A hipersonia pode ser proveniente do cansaço emocional ou como um modo de “fuga” dos problemas e situações difíceis as quais enfrenta o indivíduo depressivo. Fadiga ou perda de energia

refere-se ao critério (6) e está ligado aos critérios (4) e (5), em razão de que a insônia e a agitação ocasionam fadiga e falta de energia, tanto do corpo quanto da mente. Conforme Ludermir e Lewis (2001 apud CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012, p.347)

[...] Pessoas que sofrem de depressão experimentam sintomas como sentimentos de tristeza profunda, falta de confiança, visões sobre si e sobre os outros, negativas e, em longo prazo, perda de interesse em atividades, distúrbios de sono e apetite, acompanhados de dores de cabeça e fadiga.

Deste modo, é necessário afirmar que, noites mal dormidas, a ação de não dormir ou dormir em excesso, podem levar um indivíduo a não exercer as tarefas que normalmente exercia. Para tanto, a hipersonia ou a insônia são critérios de grande impacto quando somados aos demais sintomas do transtorno depressivo, visto que agravam outros critérios como, por exemplo, o critério (2), Perda de interesse ou prazer, e o critério (3), Perda ou ganho significativo de peso.

3 DEPRESSÃO INFANTIL

O transtorno depressivo na infância ainda é considerado algo pouco provável, visto que é compreendido como uma “patologia adulta”. Na contemporaneidade a depressão na criança tem sido objeto de múltiplas pesquisas devido ao número de casos e a frequência em que eles vêm se apresentando.

A depressão infantil é mais comum do que se imagina, no entanto, seu diagnóstico é dessemelhante ao caso de um adulto devido a sua sintomatologia. Entretanto, os prejuízos causados podem seguir com o indivíduo até a vida adulta, deste modo para Caminha, Caminha e Dutra (2017, p.231) “A depressão infantil produz prejuízos significativos para a vida da criança e do adolescente, o que im-

possibilita um desenvolvimento adequado nos sujeitos que são afetados por ela.”

O desempenho escolar decai, a criança começa a ter problemas de aprendizagem, uma vez que seu desenvolvimento cognitivo é afetado pelos sintomas do transtorno. Consequentemente sua estima baixa, atrapalhando suas relações sociais, faz a criança se afastar dos meios nos quais está inserida desde o seu nascimento. Em algumas situações, são agressivas quando os demais não atendem aos seus pedidos, fazendo uso de expressões verbais fortes ou até mesmo físicas para demonstrar insatisfação.

Podem ocorrer casos de distúrbios alimentares, ou seja, sua alimentação acontece de forma exagerada, ou a criança nega a se alimentar. Estes traços são perceptíveis, visto que ocorrem de forma gradual, porém é nítida a passagem de um extremo ao outro. A má nutrição interfere em vários aspectos do desenvolvimento infantil, afetando a parte física e cognitiva da criança. De acordo com Caminha, Caminha e Dutra (2017, p.232) “O prejuízo funcional, que vai progressivamente dificultando a socialização, o desempenho escolar e outras atividades da criança, é a melhor forma para distinguir entre uma depressão clínica de uma flutuação do humor típica da fase da infância e da adolescência.”

O período da adolescência é permeado por hormônios que desestabilizam o adolescente, suas emoções encontram-se à flor da pele. Desta forma as relações sociais passam a diminuir, ou seja, o jovem passa a se isolar e de forma seletiva escolhe seu círculo social, limitando-o a pessoas com as quais se sente bem e por vezes os pais não estão incluídos nesta escolha.

Quando se é criança o isolamento social não é comum, dado que esta fase da vida é repleta de medos e inseguranças. Assim ela busca o adulto referência

com frequência, para resolver as questões que a aflige. Na infância os sintomas depressivos estão mais explícitos que no período da adolescência, entretanto o fato de existirem alguns, não significa que a criança tenha depressão.

Faz-se necessário um acompanhamento, visto que um diagnóstico precoce é prejudicial para o desenvolvimento, entretanto a persistência dos sintomas e certa negligência também o prejudicam. Caminha, Caminha e Dutra (2017, p. 232) afirmam que,

Os transtornos depressivos na infância e na adolescência são caracterizados por uma persistente e generalizada sensação de tristeza, falta de motivação tédio ou irritabilidade que causam um prejuízo funcional na vida da criança, e uma relativa falta de respostas positivas a atividades prazerosas, interações sociais e atenção vinda de outras pessoas

Nestas situações atividades e tarefas de rotina tornam-se um martírio para a criança. Como exemplo, o simples fato de ir à escola não lhe traz mais interesse ou satisfação, passear no parque, brincar e interagir com os amigos se torna torturante, já que o desejo de estar no seu quarto sozinho é mais confortável.

Tais situações são habituais para esses sujeitos, já que nesta fase da vida as preocupações e ocupações quase não existem. Em sua lista de atribuições a ordem é estudar (ir à escola), manter o quarto organizado e os mais atarefados têm alguma incumbência em casa, como varrer ou lavar a louça, tarefas simples sem risco ou punição. Qualquer atividade que lhe tome tempo ou exija do seu físico e do seu cognitivo se torna banal ou tediosa.

Seu período de concentração e interesse diminui e é possível notar que o tempo que dedica para brincadeiras, jogos ou até mesmo para uma conversa rotineira não é mais o mesmo, tem pouca duração, faz-se somente o possí-

vel/necessário, da forma que lhes é confortável no momento. Para tanto, de acordo com Birmaheret al. (1996 apud CAMINHA; CAMINHA; DUTRA, 2017, p. 232)

Na psicoeducação para pais ou crianças, é de bastante ajuda descrever os sintomas do transtorno depressivo maior como um “céu completamente cinzento”, e o transtorno depressivo persistente como um “céu parcialmente encoberto”, diferenciando assim ambos quadros.

Para os psicólogos, o pré-diagnóstico é muito importante, uma vez que a criança pode apresentar sintomas do transtorno depressivo maior, e não tê-lo, porém o processo até o diagnóstico de fato torna-se complicado. É necessário avaliar cada sintoma, sua frequência, sua constância e em que momentos ocorre. Desta forma o autor, por entender que é um processo difícil e doloroso, caracteriza como “céu completamente cinzento”, devido a sua complexidade.

Após o diagnóstico a caracterização muda para “céu parcialmente encoberto”, uma vez que o processo mais extenso e complexo já está pontuado. Desta forma é possível iniciar o tratamento adequado para aquele indivíduo, ou seja, uma parte do “problema” já está sanada, agora os meios e caminhos usados para a possível cura se dá pelo processo/passos anteriores.

O envolvimento da família é de extrema importância, principalmente nos casos de depressão infantil. Em alguns casos a criança sente-se abandonada pelos pais, julga que não é amada, ou desejada e que sua existência atrapalha. Desta forma a psicoeducação busca aproximar a família, mostrando que com o apoio e a dedicação de todos o tratamento é possível e se torna mais eficaz.

A psicoeducação é uma terapia cognitivo-comportamental que normalmente consiste em pequenas atividades e tarefas desenvolvidas pelo profissional

da psicologia, para auxiliar a criança e a família no tratamento do transtorno depressivo. Através dos sintomas e comportamento detectados, o psicólogo busca possibilidades para tratar e intervir as atitudes advindas do transtorno como, por exemplo: rotinas, jogos, brincadeiras, entre outras.

4 DESENVOLVIMENTO DA APRENDIZAGEM INFANTIL

A aprendizagem infantil possui diversas vertentes teóricas que têm por objetivo explicar de que forma se dá o processo da aprendizagem de crianças. Nesta perspectiva existe uma lista considerável de teóricos renomados, cada um com seu estudo sobre este processo, entretanto muitos deles compreendem o desenvolvimento como algo que ocorre gradativamente, passando por fases de acordo com a faixa etária, sob influência do ambiente e do grupo social que o compõe.

As crianças estão propensas a aprender em todos os momentos, ou seja, por diversos meios. Sendo assim, podemos citar meios de comunicação, relações, ambientes, por sentidos, etc. Segundo Bee e Boyd (2011, p.264)

As crianças também aprendem da televisão, de seus pares, de seus professores e de seus irmãos e irmãs. Um menino que cresce em um ambiente onde observa companheiros e meninos mais velhos reunidos nas esquinas, furtando de lojas ou vendendo drogas aprenderá esses comportamentos.

Deste modo compreendemos que a aprendizagem é um processo contínuo que transcorre por toda vida do indivíduo, entretanto sua inserção ocorre adjunta ao processo cognitivo. Devemos compreender também que, junto aos processos de aprendizagem e cognição, novos saberes são criados a partir dos adquiridos no presente momento, ou seja, como exem-

plo pode ser citado uma criança que aprendeu a caminhar e na mesma semana descobre que pode correr, assim de uma aprendizagem ela consegue gerar outra.

5 PESQUISA

A pesquisa iniciou devido à inquietação de analisar e compreender como se dá o desenvolvimento do processo da aprendizagem de crianças com pais com Transtorno Depressivo, ou seja, quais os fatores presentes, sua origem e seus resultados. O Transtorno Depressivo está presente na parentalidade. Por isso buscou-se entender como e por que ocorrem as influências.

A sondagem foi realizada com pais que possuem o transtorno depressivo e com professores do ensino fundamental que atenderam ou ainda atendem crianças cujos pais possuem esta condição. Para dar veracidade à pesquisa, fez-se o uso de embasamento teórico, a partir de pesquisas bibliográficas para fundamentar a investigação.

Destarte, Antonio Carlos Gil (2002, p. 44)

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituída principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos sejam exigidos algum tipo de trabalho dessa natureza, a pesquisa, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Boa parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisas bibliográficas. As pesquisas sobre ideologias, bem como aquelas que se propõem a análise das diversas posições acerca de um problema, também costumam ser desenvolvidas quase exclusivamente mediante fontes bibliográficas.

Foram selecionadas pesquisas bibliográficas diferentes e materiais de diversos autores, contendo múltiplas abor-

dagens sobre a temática em questão, com o objetivo de ampliar os conhecimentos e percepções sobre o tema pesquisado.

5.1 Participantes

O procedimento de coleta de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2019, sendo os sujeitos da pesquisa pais com transtorno depressivo e professores que atendem ou atenderam crianças com pais nesta condição. Ao todo, quatro pais e quatro professores do ensino fundamental participaram da pesquisa.

A identidade dos participantes ficou sob sigilo, havendo liberdade de participação na pesquisa. Os entrevistados também podiam requerer qualquer esclarecimento antes ou durante a aplicação da pesquisa, visto que antes de participar todos leram o termo de consentimento fornecido pela pesquisadora.

5.2 Instrumento e procedimento

O principal instrumento de pesquisa foram questionários elaborados e aplicados a partir dos objetivos estabelecidos decorren-

tes do problema de investigação. Segundo Oliveira (2002, p.89), “o questionário é um instrumento de apoio para a coleta de dados, o mesmo (sic) foi utilizado como

meio para obtenção de informações para a análise do problema desta pesquisa”. Ele afirma que os questionários são a espinha dorsal da coleta de dados, visto que abrangem todas as informações coletadas.

Os questionários auxiliaram na coleta de dados e são compostos por 10 questionamentos para pais e 6 para os professores. Eles possuíam questionamentos dissertativos de caráter pessoal, por meio de entrevista presencial ou por meio eletrônico (e-mail). As figuras a seguir mostram a estrutura e as perguntas dos questionários utilizados.

Figura 1 - Questionário Pais

APÊNDICE A – Questionário Pais

QUESTIONÁRIO PAIS – Entrevistado nº

Sexo: _____ **Idade:** _____

- 1. Quantos filhos têm, e qual a idade?**
- 2. Seu filho apresenta ou apresentou dificuldades de aprendizagem na vida escolar?**
- 3. Você avalia que seu filho tem boa relação com as crianças da mesma idade?**
- 4. Quando você foi diagnosticado com o transtorno depressivo (estimativa)?**
- 5. Qual o tratamento e/ou atendimento que esta fazendo? Ex: Psicólogo, Psiquiatra.**
- 6. Faz uso de medicamentos? Quais?**
- 7. Há quanto tempo faz os tratamentos e/ou atendimentos?**
- 8. Você acredita que sua condição afeta a vida do (a) seu (a) filho (a)? Explique.**
- 9. Você acredita que há interferência na vida escolar, impactando no processo de aprendizagem? Explique.**
- 10. Em que período escolar ele (a) se encontra?**

Fonte: Elaborado pela autora

Figura 2 - Questionário Pais

APÊNDICE B – Questionário Professores

QUESTIONÁRIO PROFESSOR- Entrevistado nº

Sexo: Idade: Tempo de profissão:

7. Você já identificou algum aluno, cujos responsáveis tem/tiveram Depressão ou sintomas depressivos? Quantos?

8. Quais os sintomas você identificou em cada um deles?

9. Identificou alteração no comportamento do aluno cujo responsável tinha/tem Depressão ou sintomas? Explique.

10. Você acredita que há interferência na vida escolar, impactando no processo de aprendizagem? Explique.

11. Quais as dificuldades mais visíveis identificadas no aluno?

12. Você acha importante que a criança com pais depressivos tenha um acompanhamento psicológico/psiquiátrico?

Fonte: Elaborado pela autora

6 PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados foi realizada partindo da compreensão de um instrumento metodológico que se aplica de forma diferente a conteúdos variados. Para tanto, fez-se necessário seguir algumas etapas, sendo a primeira caracteriza pela leitura de dados, ou seja, as respostas dos questionários aplicados conforme os objetivos da pesquisa, seguido da junção deles.

Com a finalização, deu-se a interpretação dos resultados, ou seja, procedeu-se à leitura dos dados e a releitura deles, considerando sempre o problema da investigação e os objetivos propostos.

6.1 Análise comparativa

Nesta sessão foram abordadas de forma singular as questões de ambos os questionários, sendo feita uma análise

para comparar os resultados dos questionamentos.

A análise foi realizada com a finalidade de comparação de resultados de forma isolada e individual, com uma divisão por público alvo e pela numeração das questões.

6.1.1 Comparações questionário dos pais

Esta subseção contém o comparativo das perguntas realizadas pela pesquisadora com os pais.

Questão número 1

Nesta questão foi possível observar a diversidade quanto ao número de filhos e idade deles. Por ser breve não existem muitos comparativos a serem feitos.

Questão número 2

Esta questão referia-se à existência de dificuldades da aprendizagem na vida escolar. Entretanto ao comparar os quatro questionários é possível perceber que apenas um dos pais (entrevistado 1) relatou dificuldade por parte dos filhos, os ou-

tros declaram que os filhos não possuem dificuldades.

Questão número 3

A terceira questão do questionário visa a compreender se a criança tem boa relação com as crianças da mesma idade. Dos quatro pais entrevistados somente um (entrevistado 1) relatou que a filha teve períodos agressivos com colegas da escola.

Questão número 4

A questão número 4 foi de cunho pessoal, destinada aos pais entrevistados, a qual questionava sobre o diagnóstico do transtorno depressivo, ou seja, quando ele ocorreu. Somente um dos pais entrevistados (entrevistado 1) teve seu diagnóstico logo após o ano 2000 (2003), os demais tiveram por meados de 2014, 2015 e 2016. Entretanto, todos seguem com o diagnóstico e tratamentos.

Questão número 5

A quinta questão referia-se aos tratamentos com profissionais da saúde mental (psiquiatra ou psicólogo), se os participantes fazem ou faziam acompanhamento com estes profissionais. Os entrevistados responderam à pergunta de forma direta. Apenas um não faz tratamento com estes profissionais (entrevistado 1), os demais fazem acompanhamento somente com psiquiatra, entretanto vale ressaltar que todos fizeram atendimentos com psicólogo durante algum período.

Questão número 6

A questão de número 6 solicitou aos entrevistados sobre o uso de medicação e a identificação deles. Dos quatro entrevistados somente um não faz tratamento medicamentoso (entrevistado 3), os demais participantes fazem uso de mais de um medicamento, entretanto não há coincidência quanto ao nome.

Questão número 7

A sétima pergunta do questionário visa a elucidar o tempo em que o pai ou mãe realiza os tratamentos e/ou atendimentos. Dos quatro entrevistados somente um (entrevistado 1) faz o tratamento há mais de vinte anos, os demais fazem em média há quatro anos.

Questão número 8

A questão 8 perguntava ao entrevistado se ele acreditava que sua condição afetou/afeta a vida do filho. Dos entrevistados, três afirmaram que os filhos foram afetados emocionalmente, entretanto um (entrevistado 4) não respondeu à questão de forma clara, deixando-a com uma resposta vaga.

Questão número 9

A questão de número 9 interroga os pais sobre a influência na vida escolar e no processo de aprendizagem. Dois entrevistados afirmaram observar interferência na vida escolar e na aprendizagem, tal é dada como de origem comportamental. Nesta questão houve duas respostas sim e duas não.

Questão número 10

A décima e última questão compreendia responder em qual período escolar encontra-se o filho. Dos quatro entrevistados todos relataram períodos escolares distintos, ou seja, início do ensino fundamental ao superior.

6.1.2 Comparação questionário dos professores

Esta subseção contém o comparativo das perguntas realizadas pela pesquisadora com os professores.

Questão número 1

A primeira questão interrogava os professores sobre o número de alunos cujos pais têm o transtorno depressivo ou os

sintomas que atenderam. Dos quatro entrevistados, apenas um (entrevistado 2) atendeu mais de dois casos. Isso pode ser justificado por seu tempo de atuação (18 anos).

Questão número 2

A questão número 2 solicitava que os entrevistados apontassem os sintomas apresentados pelos pais. Três entrevistados citaram sintomas como: descaso (relapsos), desânimo, baixo autoestima e desorganização. Somente um dos entrevistados (entrevistado 3) soube do transtorno da mãe de uma aluna através de seus relatos na escola.

Questão número 3

A questão 3 solicitou aos professores que respondessem sobre a alteração de comportamento dos alunos cujos pais apresentam o transtorno ou sintomas. Todos os entrevistados relataram alterações comportamentais e as mais citadas fazem referência a questões emocionais e de atenção em aula

Questão número 4

A quarta pergunta questiona o entrevistado sobre a interferência da situação dos pais na vida escolar e no processo de aprendizagem. Esta foi unânime, visto que todos afirmaram a interferência através de relatos específicos de situações diversas.

Questão número 5

A questão de número 5 solicitava aos professores entrevistados as dificuldades visíveis do aluno. Todas as respostas apontaram dificuldades diversas, entretanto a escrita e a leitura estiveram presentes nas quatro entrevistas.

Questão número 6

A sexta e última questão interrogou os professores sobre a importância dos atendimentos psicológicos e psiquiátricos

com os filhos dos pais com transtorno. Esta resposta foi unânime e enfática, visto que todos ressaltaram a necessidade de estas crianças terem este tipo de acompanhamento.

6.2 Análise geral

Ao concluir a pesquisa bibliográfica e de campo (questionários), foi necessário avaliar todos os pensamentos teóricos, citações e relatos para analisar de modo geral todos os aspectos e apontamentos feitos pelos entrevistados na exploração.

Aspectos referentes à escrita, fala e postura também foram analisados, uma vez que influenciaram nas respostas dos participantes. Outro aspecto a ser analisado foi o modo de resposta dos participantes que responderam via e-mail, visto que características referentes ao comportamento não poderiam ser analisadas.

Os pais que responderam ao questionário por e-mail não apresentaram muitos detalhes em suas respostas, respondendo com o máximo de cinco palavras em cada frase. Entretanto, os pais que responderam ao questionário de modo presencial em formato de entrevista, apresentaram-se mais descritivos em seus relatos.

Referente aos relatos dos professores que ocorreram de modo equivalente, os mesmos aspectos foram analisados. Assim sendo, os professores responderam de forma detalhada cada questionamento, dado que apresentaram situações e momentos para ilustrar alguns relatos.

6.2.1 Análise geral: entrevista com pais

As entrevistas com pais foram extremamente importantes para compreensão do tema, uma vez que em parte o objeto de pesquisa era a sua vivência com o transtorno e sua relação paternal

ou maternal, no que diz respeito à aprendizagem dos filhos.

Foi possível constatar que os pais que responderam por e-mail mostraram-se mais diretos, visto que não havia ninguém os questionando e aprofundando suas respostas. Por se tratar de um assunto um tanto quanto delicado e de cunho pessoal, estes pais se sentiram mais à vontade e seguros em responder neste formato, por vergonha ou constrangimento. Para Pinheiro (2005, p. 11)

A vergonha da qual falam esses pacientes que sofrem de depressão não está ligado à honra. No mundo contemporâneo, o lugar da honra vem se tornando cada vez mais exíguo. As práticas públicas no mundo inteiro parecem apontar para essa vertente. A única coisa pela qual se é julgado é pelo desempenho pessoal. Está em cena, como valor central, a noção de competência e na sua oposição a incompetência ou a insuficiência.

Outro aspecto a ressaltar foram as respostas que faziam referência às influências de sua condição sob seus filhos. É necessário constatar e fazer o apontamento de que os pais negaram influência no processo de aprendizagem, no entanto, de forma sutil descreveram interferência no âmbito emocional.

Referente às questões emocionais, Witter (2011 apud OLIVEIRA; BRAGA; PRADO, 2017) afirmam que é no

convívio familiar que a criança não só aprende a resolver os conflitos, como também a administrar as questões emocionais e os diferentes e diversos sentimentos das relações pessoais e interpessoais, e ainda a enfrentar as adversidades que a vida pode apresentar, pois essas redes de interações incluem fatores emocionais, sociais, afetivos e culturais.

Os pais que participaram por meio de entrevista responderam de forma mais ampla, dado o fato de que a pesquisado-

ra lhes fez questionamentos e os instigou para que aprofundassem mais suas respostas. Ao observar e comparar os quatro, é notável a diferença quanto aos assuntos e detalhes.

Estes pais relataram influências no processo de aprendizagem e emocional dos filhos, todavia descreviam um motivo para tal acontecimento. Deste modo, é possível compreender que estes pais têm consciência de que sua condição afetou o filho em algum aspecto do desenvolvimento.

A riqueza de detalhes e momentos mostraram-se presentes nas entrevistas presenciais, e o tema se tornou desconfortável e fez com que os pais recordassem diversas situações desagradáveis das crises do transtorno, demonstrando que o assunto “Transtorno Depressivo” ainda é algo difícil de ser falado.

6.2.2 Análise geral: entrevista com professores

As entrevistas realizadas com os professores que atendem ou atenderam crianças com pais com transtorno depressivo, ou sintomas dele, ocorreram no mesmo formato que a com os pais. Duas ocorreram via e-mail, e as outras restantes através de entrevista presencial.

Múltiplos aspectos podem ser ressaltados mediante estas entrevistas, uma vez que os entrevistados exemplificaram muitos de seus apontamentos. Alguns dos aspectos a serem ressaltado são a percepção e observação destes professores para com as crianças, filhos (a) de pais com transtorno depressivo, uma vez que relataram mudanças comportamentais que refletirão diretamente em seu processo de desenvolvimento emocional e da aprendizagem. Segundo Galvão (2000 apud CAMARGO, 2019)

Wallon também corrobora a necessidade de se compreender a relação entre professor, aluno e contexto em

sua totalidade. O professor precisa estar atento sobre as emoções manifestadas pelo aluno e também quais são suas próprias emoções nessa relação. Ele também chama a atenção sobre o poder que o professor tem de contagiar seus alunos com suas emoções (poder do contágio).

Os entrevistados demonstraram preocupação com as crianças e suas famílias, visto que em todos os relatos a questão da desmotivação mostrou-se presente, tanto por parte dos pais como pelos filhos. Junto a ela, a desorganização com materiais, tarefas e com a rotina. Entretanto, mencionaram a importância da participação da família nestes aspectos da aprendizagem, principalmente nos anos iniciais.

Fazendo referência ao papel da família na vida escolar, Oliveira, Braga e Prado (2017, p. 41)

Uma família atuante na vida escolar dos filhos pode contribuir significativamente com o aprendizado destes, através da participação nas atividades desenvolvidas e estímulos necessários para a execução das mesmas, por outro lado, se não participar e estimular as crianças, estas podem sentir-se desmotivadas e vulneráveis a apresentar dificuldades no seu desenvolvimento intelectual.

Faz-se necessário realizar a comunicação entre família e escola, uma vez que a criança externaliza, através de comportamentos atípicos, quando está passando por alguma situação difícil. Em muitos casos, é na escola que ela apresenta estas atitudes. Desta forma sempre que possível o professor deve ter um olhar atento para com seus alunos, tornando-se assim porta voz desta comunicação.

Entretanto, este contato deve ser em um momento agradável e não como forma julgamento ou depreciação, assim de acordo com Oliveira, Braga e Prado (2017, p.41) “A escola precisa investir sempre na participação da família no

contexto escolar e na aprendizagem dos filhos, de forma a beneficiar o processo de ensino aprendizagem, não apenas nos momentos em que as crianças apresentarem dificuldades ou o professor chamar.”

Esta comunicação tornará a escola um ambiente mais seguro e acolhedor para a criança, visto que a escola irá lhe assegurar amparo diante da situação difícil (transtorno depressivo dos pais).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O transtorno depressivo é um caso de saúde pública que não escolhe etnia, profissão, idade, classe econômica, nível de escolaridade, ou seja, ele pode acometer qualquer ser humano. Arelado a outras doenças como o câncer, diabetes, cardiopatia, pode tornar-se ainda mais fatal.

Entretanto, apesar dos avanços da humanidade, muitas pessoas ainda têm preconceito com as doenças da psique. Ignoram que “mente doente” é caso de saúde que precisa ser tratado, existem profissionais, medicamentos, existe uma saída.

A negação faz parte do transtorno, no entanto, os pais nesta condição devem considerar seu papel na vida dos filhos. Mesmo sabendo que a doença não é tênue e branda, precisam ter o entendimento de que não buscar ajuda agrava a situação, e isso os afeta. Ressalto também a dificuldade em realizar as entrevistas, uma vez que muitas pessoas que possuem estas condições não a aceitam e têm vergonha de falar sobre.

Mediante os estudos e pesquisas realizados foi possível constatar que pais com transtorno depressivo possuem influência no processo de desenvolvimento da aprendizagem dos filhos. As crianças consideram involuntariamente como base de desenvolvimento a família, e seus componentes contribuem de alguma for-

ma em seu processo de desenvolvimento humano.

A escola deve repensar a inserção de seus alunos e famílias, ou seja, em sua anamnese de matrícula aspectos referentes à saúde mental devem ser inseridos, uma vez que é relevante no que diz respeito ao processo da aprendizagem. De modo polido e respeitoso, a escola pode alertar os pais de que sua condição é capaz afetar o cognitivo e o emocional do filho.

Os professores possuem maior contato com as crianças e famílias afetadas. Assim podem trabalhar aspectos emocionais em seus projetos para identificar se está ocorrendo o transtorno na família ou até mesmo com a própria criança, uma vez que há a herdabilidade e sua manifestação pode ocorrer precocemente.

A pesquisa exploratória elucidou muitos aspectos, uma vez que trouxe para a prática as teorias e estudos abordados neste trabalho. O transtorno depressivo está presente de forma direta ou indireta em nossas salas de aula, nossas metodologias devem ser repensadas para que ele não atinja fortemente as crianças.

Com seu papel social, a escola consegue promover campanhas para conscientização, uma vez que essa doença pode levar o indivíduo à morte. Contudo, o município ou estado deve dar subsídio para que a escola possua atendimento especializado nas áreas da psicologia e psicopedagogia, uma vez que estas possuem conhecimentos específicos para atender da melhor forma estas crianças e famílias.

Os professores entrevistados ressaltaram a importância do atendimento especializado, no entanto, em conversas paralelas e até mesmo em resposta ao questionário, afirmaram não tê-lo, nem ao menos apoio para uma intervenção autônoma. Desta forma surge o questiona-

mento: todas as escolas possuem atendimento de psicólogos e psicopedagogos? Os estados e municípios dão suporte às escolas, para que tenham estes profissionais?

Família e escola devem ter uma boa comunicação e caminhar juntas, lado a lado, para que o processo de desenvolvimento da aprendizagem das crianças possa ocorrer de forma plena e tranquila, mesmo perante as adversidades.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIARIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BEE, Helen; BOYD, Denise. **A criança em desenvolvimento**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnósticos e prevenção**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/depressao#depressao>. Acesso em: 05 nov. 2019.

CAMARGO, Poliana Santos. **Desenvolvimento infantil e processos de aprendizagem e ensino: alguns olhares e contribuições**. Disponível em: <http://www.dentclean.com.br/dentclean/Portuques/manPublicacao.php?c=6>. Acesso em: 10 set. 2019.

CAMINHA, Renato; CAMINHA, Marina; DUTRA, Camila. (org.). **A prática cognitiva na infância e na adolescência**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2017.

CUNHA, Ricardo Vivian da; BASTOS, Gisele Alsina Nader; DUCA, Giovâni Firpo Del. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 346-354, jun. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415->

[790X2012000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2012000200012). Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2012000200012
&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10

ago. 2019.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

IZQUIERDO, Ivan. **Tempo de viver**. São Leopoldo, RS: Editora Unisinos, 2002.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças. **Planejamento estratégico**. 17. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

OLIVEIRA, I. L. S.; BRAGA, A. P.; PRADO, C. M. N. Participação da família no desenvolvimento da aprendizagem da criança. **Estação Científica (UNIFAP)**, Macapá, v. 7, n. 2, p. 33-44, maio/ago. 2017. Disponível em:
<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/2272-8.pdf>. Acesso em: 05 out. 2019.

PINHEIRO, T. Depressão na contemporaneidade. **Pulsional Revista de Psicanálise**, n. 182, p. 101-109, 2005. Disponível em:
http://teopsic.psicologia.ufrj.br/nepecc/files/depressao_na_contemporaneidade.pdf. Acesso em: 12 out. 2019.

Recebido em: 10/06/2020

Aceito em: 12/06/2020