

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO PEDAGÓGICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

EMILIA HELENA DA SILVA FRIZZERA

O SOFRIMENTO INFANTIL: OUVINDO CRIANÇAS NO SERVIÇO DE SAÚDE

**VITÓRIA
2012**

EMILIA HELENA DA SILVA FRIZZERA

O SOFRIMENTO INFANTIL: OUVINDO CRIANÇAS NO SERVIÇO DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação do Centro Pedagógico da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de mestre em Educação, na área de concentração Diversidade e Práticas Educacionais Inclusivas.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ivone Martins de Oliveira

**VITÓRIA
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

F921s Frizzera, Emilia Helena da Silva, 1950-
O sofrimento infantil : ouvindo crianças no serviço de saúde /
Emilia Helena da Silva Frizzera. – 2012.
131 f. : il.

Orientadora: Ivone Martins de Oliveira.
Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Educação.

1. Depressão em crianças. 2. Escolas. 3. Saúde escolar. 4.
Serviços de saúde infantil. I. Oliveira, Ivone Martins de. II.
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Educação. III.
Título.

CDU: 37



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO


EMÍLIA HELENA DA SILVA FRIZZERA

**"O SOFRIMENTO INFANTIL: OUVINDO CRIANÇAS NO
SERVIÇO DE SAÚDE"**

Dissertação apresentada ao
Curso de Mestrado em
Educação da Universidade
Federal do Espírito Santo
como requisito parcial para
obtenção do Grau de Mestre
em Educação.

Aprovada em 28 de setembro de 2012.


COMISSÃO EXAMINADORA



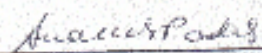
Professora Doutora Ivone Martins de Oliveira
Universidade Federal do Espírito Santo



Professor Doutor Rogério Drago
Universidade Federal do Espírito Santo



Professora Doutora Ângela Nobre de Andrade
Universidade Federal do Espírito Santo



Professora Doutora Anna Maria Lunardi Padilha
Universidade Metodista de Piracicaba

Dedico este trabalho aos meus pais, José (in memoriam) e Clara, à minha avó Aurora (in memoriam) e aos meus filhos, Liliana e Gabriel.

AGRADECIMENTOS

Muitos deveriam figurar nesta lista de agradecimentos por estarem presentes no meu cotidiano e por serem pessoas de importância afetiva. Agradeço a todos que me auxiliaram na minha vida acadêmica, incentivando-me e contribuindo para a realização deste projeto. Meu muito obrigada.

A Deus.

Às crianças que foram sujeitos desta pesquisa (Unimed) e à escola que me recebeu com grande receptividade.

Aos pequenos pacientes do ambulatório e da Enfermaria de Pediatria do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (Hucam) e da Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico (Unimed) que me permitiram pensar esta dissertação.

À professora doutora Ivone Martins de Oliveira que, com competência, paciência e sabedoria, me orientou neste trabalho.

Aos membros da banca de defesa: Prof. Dr. Rogério Drago, Prof. Dr. Ângela Nobre de Andrade, Prof.Dr. Anna Maria Lunardi Padilha pelas enriquecedoras sugestões.

Aos professores do Hucam, do PPGE e do Centro de Educação pela competência teórica, apoio afetivo, solidariedade e desprendimento, que me permitiram desenvolver este trabalho.

Aos colegas, amigos(as), alunos (as) e servidores do PPGE, do Hucam e da Unimed pelo diálogo e aprendizagem.

Ao apoio técnico recebido de Alina Bonella, Raquel, Dalva e Mariana Bonella (revisão).

Aos professores Maria do Carmo, Iguatemi Rangel e Edna Castro Oliveira pelo incentivo e carinho na realização deste projeto e a Glória Maria Campos Vicente e Ema Souza por acreditarem em minha capacidade de expressar na escrita minhas experiências e práticas do trabalho no Hucam.

À minha irmã Elizabeth e às minhas queridas sobrinhas, Alice, Clarice e Isabela, pelo carinho.

A idade de ser feliz

Existe somente uma idade para a gente ser feliz, somente uma época na vida de cada pessoa em que é possível sonhar e fazer planos e ter energia bastante para realizá-las a despeito de todas as dificuldades e obstáculos.

Uma só idade para a gente se encantar com a vida e viver apaixonadamente e desfrutar tudo com toda intensidade sem medo, nem culpa de sentir prazer.

Fase dourada em que a gente pode criar e recriar a vida, a nossa própria imagem e semelhança e vestir-se com todas as cores e experimentar todos os sabores e entregar-se a todos os amores sem preconceito nem pudor.

Tempo de entusiasmo e coragem em que todo o desafio é mais um convite à luta que a gente enfrenta com toda disposição de tentar algo NOVO, de NOVO e de NOVO, e quantas vezes for preciso.

Essa idade tão fugaz na vida da gente chama-se PRESENTE e tem a duração do instante que passa.

(MÁRIO QUINTANA)

RESUMO

Este trabalho parte, desde 1997, da observação de uma equipe multiprofissional no Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes (Hucam). Observa o número crescente de crianças consideradas com dificuldades de aprendizagens e com depressão encaminhadas para atendimento clínico, questionando quem é a criança com diagnóstico de depressão, como se relaciona com a própria família e com a escola, como compreende os acontecimentos que a envolvem. Diante disso, esta pesquisa tem como objetivo analisar como a criança com diagnóstico de depressão compreende e elabora os acontecimentos que vão compondo sua vida em diferentes espaços pelos quais circula, sobretudo no ambiente escolar. Parte de uma visão que entende o homem em uma perspectiva de totalidade, inserido em um dado contexto histórico e cultural e sendo constituído por esse contexto. O estudo busca afastar-se de um modelo medicalizante, que trabalha prioritariamente com fatores biofisiológicos, minimizando a influência de aspectos sociais e históricos na saúde e bem-estar da criança. Para esta pesquisa foi realizado estudo de casos de crianças com diagnóstico de transtorno depressivo, que foram encaminhadas ao Serviço de Saúde pela escola ou por suas famílias. Os sujeitos da pesquisa foram duas crianças com diagnóstico de depressão, na faixa etária de 10 a 12 anos, período próximo à adolescência e considerado de risco em relação à eclosão de transtornos mentais, em algumas teorias. Na análise dos dados dos dois sujeitos, constatou-se a presença de modos de ser complexos, constituições subjetivas marcadas por múltiplos acontecimentos e pela participação de outras pessoas. Compõem a vida dessas crianças aspectos, como: ser filho adotivo, ter sofrido doenças e perdas no ambiente familiar, maus-tratos no ambiente familiar, ter vivenciado nascimento de um irmão mais novo e ter limitação em relação às possibilidades de fazer as próprias escolhas. Embora se possam estabelecer relações com o espaço escolar, nesse contexto, sobressai o ambiente familiar, com suas contradições e também possibilidades no desenvolvimento e expansão na vida dessas crianças. Ressalta-se, neste trabalho, a importância do intercâmbio entre educação e saúde para responder às demandas de garantia de vida e saúde da criança em processo de sofrimento psíquico.

Palavras-Chave: Depressão em crianças. Escolas. Saúde escolar. Serviços de saúde infantil.

ABSTRACT

The paper is based on the observation of a multi professional team in the pediatrics ambulatory, of the University Hospital Cassiano Antonio de Moraes- Hucam, since 1997. We could see the growing number of children considered to have difficulties regarding learning and with depression and who were forwarded to clinics, what questioned us about who is the child with depression diagnosis, how does the child relate with family and school?, how does the child realize the events he/she is involved? Before that, the research aims at analyzing how the children with depression diagnosis realize and elaborate the events that compose their lives in the different space they circulate, especially, in the school environment. From a point of view that sees the man in a perspective of totality, inserted in a certain historical and cultural context and constituted by that context, the study intended to be away of a medicalized model, which works priority with bio physiological factors, minimizing the influence of social and historical aspects in the child's health and welfare. For the research, a study case was done with children with depressive disorder diagnosis, who have been forwarded to be assisted by health services by the school or their own families. The research subjects were two children with depression diagnosis, 10 and 12 years old, period near teenage and considered to be risky in relation to outbreak and mental disorders, in some theories. When analyzing both subjects data, it was found the presence of complex ways of being, subjective constitutions marked by multiple events and by other people's participation. The life of these children is composed by aspects, such as: to be an adopted child, illnesses and losses in the family environment, mistreating suffered in the family environment, the birth of a younger sibling and the limitation regarding the possibilities of making their own options. Although it is possible to establish relations with the school space, in this context, the family environment stands out along with its contradictions and possibilities in the development and expansion as well, in the life of these children. The paper highlights the importance of an interchange between education and health in order to respond the demands of life and health guarantee of the child in process of psychic suffering.

Keywords: Depression in children. School. Health. Children's health services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1— Eu tenho a força!

Figura 2 — Muito só!

Figura 3 — Como é bom ter amizade!

Figura 4 — Ai que dor!

Figura 5 — Como é ruim não poder escolher!

Figura 6 — Vou fugir!

Figura 7 — Coração cheio de alegria!

Figura 8 — Vida e morte! Transformando!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 OBJETIVOS.....	22
3 DEPRESSÃO INFANTIL: O QUE INDICAM OS ESTUDOS SOBRE O TEMA?...23	
3.1 O CONCEITO DE DEPRESSÃO.....	25
3.2 O DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO.....	30
3.3 ASPECTOS SOCIAIS E HISTÓRICOS DA SAÚDE HUMANA.....	36
3.4 ESTUDOS SOBRE DEPRESSÃO INFANTIL E EDUCAÇÃO.....	41
4 CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO, FAMÍLIA E ESCOLA.....	47
4.1 UM MODO DE OLHAR A INFÂNCIA.....	48
4.2 O CONTEXTO HISTÓRICO E SOCIAL E A SINGULARIDADE DA CRIANÇA EM PROCESSO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	50
4.2.1 A criança com diagnóstico de depressão e a família.....	56
4.2.2 A criança com diagnóstico de depressão e a escola.....	58
5 METODOLOGIA	61
5.1. ANÁLISE DOS DADOS.....	65
6 SOFRIMENTO PSÍQUICO NA INFÂNCIA: HISTÓRIAS DE JOSÉ E DE GABRIELA	66
6.1 A VIDA DE JOSÉ.....	70
6.1.1 Acontecimento I: A briga na escola.....	72
6.1.2 Acontecimento II: A adoção.....	74

6.1.3 Acontecimento III: A morte do cachorro de estimação.....	78
6.1.4 Acontecimento IV: A doença do pai e da mãe.....	79
6.1.5 Acontecimento V: A morte do avô e de alguns tios.....	81
6.1.6 O que a criança diz sobre si própria.....	88
6.2 A VIDA DE GABRIELA.....	93
6.2.1 Acontecimento I: Conflitos com a mãe.....	95
6.2.2 Acontecimento II: O nascimento do irmão caçula.....	99
6.2.3 Acontecimento III: A escolha das músicas que Gabriela deve cantar.....	100
6.2.4 Acontecimento IV: As fugas de casa.....	101
6.2.5 O que a criança diz sobre si própria.....	104
6.2.6 O sofrimento psíquico de Gabriela na visão de seus professores.....	107
6.2.6.1 As representações sobre a depressão e a criança na escola.....	109
6.2.6.2 A aluna Gabriela na escola.....	110
6.2.6.3 As ações da escola visando ao envolvimento de Gabriela nas atividades escolares.....	111
6.2.6.4 Possibilidades de atuação da escola diante da criança com sofrimento psíquico.....	113
6.2.7 Família, escola e o sistema de saúde.....	115
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
REFERÊNCIAS.....	120

APÊNDICES.....	125
APÊNDICE A — TERMO DE CONSENTIMENTO.....	126
APÊNDICE B — ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O PROFESSOR.....	128
APÊNDICE C — ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA AS FAMÍLIAS.....	129
APÊNDICE D — ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA AS CRIANÇAS.....	130

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO

Meu interesse por crianças com diagnóstico de depressão é decorrente de minha atuação profissional. Na década de 70, formei-me em Medicina pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), realizando o aprendizado no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (Hucam). Desde a faculdade, eu já tinha interesse em trabalhar na área de saúde mental e fazer Psiquiatria.

Nessa época, o País vivia sob o regime militar, e os estudantes se reuniam para discussões políticas em relação à universidade. Comecei a participar dessas assembleias que, logo depois, foram fechadas. Ninguém podia criticar as ações do governo, e assim foi durante todo o curso. A aprendizagem era realizada de forma rígida e disciplinar, e os espaços da universidade eram controlados, inclusive com o fechamento da biblioteca.

Esse contexto influenciava as discussões e percepções sobre a saúde mental. No Curso de Medicina, não existiam muitas produções acadêmicas sobre a saúde mental, e os alunos precisavam buscar os conhecimentos em livros e acompanhar os profissionais que trabalhavam na área. No terceiro ano de Medicina, eu já frequentava o Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho e os ambulatórios que, na época, eram chamados de ambulatórios de higiene mental. A Psiquiatria era uma especialidade pouco valorizada na graduação, talvez por exigir uma interface com outras áreas de conhecimentos, como a Sociologia, Filosofia, Educação, Psicologia e Antropologia.

Terminado o Curso de Medicina, entrei no Curso de Especialização no Rio de Janeiro, no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). A turma de especialização era formada por profissionais de várias partes do Brasil, assim esse contato possibilitou outro movimento em meu percurso, porque era um momento em que se questionavam as práticas dos hospitais psiquiátricos. Criticavam-se essas instituições com o argumento de que controlavam e despersonalizavam os pacientes. Essas instituições eram comparadas com prisões, por produzirem modos de existência despotencializados.

A reforma psiquiátrica no Brasil estava se constituindo e, diante desse cenário, ao voltar para Vitória, escolhi a prática em ambulatórios como forma de realizar um trabalho arejado, amplo, com práticas psicoterápicas potencializadoras de saúde. No Hospital Adauto Botelho, começava um movimento de comunidades terapêuticas: havia o hospital tradicional e, ao lado, a comunidade terapêutica, ainda numa forma incipiente, como um laboratório de novas práticas.

No início da década de 80, uma abertura política se iniciou no País, o que resultou numa ampliação das discussões também no campo científico com uma maior circulação de conhecimentos na área de Psicologia e em Psicanálise, com estudos de Freud e, posteriormente, de Lacan. Em 1997, retornei ao Hucam para o Ambulatório de Pediatria, onde me inseri na equipe. Já existia a Lei Paulo Delgado, referente à reforma psiquiátrica, mas ela ainda não estava aprovada no Senado Federal.

Trabalhando com a equipe do Hucam, percebi que as novas práticas de saúde mental eram iniciantes. A exclusão dos transtornos mentais ainda existia e, se alguma criança necessitasse de uma internação, ainda seria dentro dos parâmetros da Psiquiatria clássica, ou seja, em outro local que não o hospital geral, o Hucam, possivelmente em outras instituições, ou até em outro Estado.

Num primeiro momento, estudei que tipos de casos eram acolhidos no ambulatório e constatei que a maioria era de crianças com dificuldade escolar com diagnóstico de depressão. O diagnóstico das crianças e adolescentes era feito pela Classificação Internacional de Doenças (CID).

Diante da grande demanda, senti necessidade de estudar a depressão, porém não o diagnóstico em si, mas em sua interface com a educação e com o social. Esse tema também me marcou, porque, quando trabalhava no Estado do Rio de Janeiro, muitas pessoas, por motivos políticos, eram internadas em clínicas como pacientes psiquiátricos.

O encontro profissional com crianças em diferentes faixas etárias, sua escuta e seu acompanhamento com práticas psicoterápicas propiciaram uma reflexão sobre repetência e indisciplina na escola: questões dos professores e das famílias dessas crianças sobre o meio cultural em que esses sujeitos estão imersos, suas histórias

personais e suas escolhas, conscientes e inconscientes. Essas questões me levaram ao interesse pelo estudo do transtorno depressivo e suas implicações na escola nos dias atuais.

Fazendo parte de uma equipe multiprofissional no Ambulatório de Pediatria do Hucam, desde 1997, observei o número crescente de crianças consideradas com dificuldades de aprendizagem e com diagnóstico de depressão encaminhadas para atendimento clínico. As famílias queriam saber sobre fatores biofisiológicos que explicassem o fracasso escolar dessas crianças. Quando esses fatores não eram encontrados, podia-se observar a decepção das famílias diante do olhar alegre da criança.

De modo geral, a mãe chegava para o atendimento da saúde apontando comportamentos indesejados da criança, como a desobediência, a agressividade, a não aceitação da escola, a baixa autoestima e a depressão, as quais eram provocadoras de mal-estar nos adultos que com ela conviviam. A fala da mãe, em tom alto e acusador dirigida à criança, provocava um constrangimento e um desequilíbrio nessa relação.

Por outro lado, no ambiente de saúde (ambulatório), a criança, curiosa com o local, irrequieta, buscava entender, de dentro do seu mundo infantil em desenvolvimento, esse mundo dos adultos, esboçando, algumas vezes, medo da mãe; outras vezes, agressividade em relação a ela.

A criança, dependente do adulto familiar, às vezes ficava em um dos cantos do consultório, sentava-se no chão, encolhia-se e era necessário chamá-la pelo seu nome e lhe oferecer uma pequena cadeira para ela se sentar, ou até mesmo solicitar sua aproximação.

No posto médico, as crianças, acompanhadas em geral de suas mães, deparam-se com outro sistema: o da saúde. Saíram do âmbito educacional e entraram no âmbito da saúde: a díade mãe-filho é então acolhida pela equipe multiprofissional e encaminhada para atendimento especializado que irá investigar fatores biofisiológicos, e, de acordo com o diagnóstico, será indicada a medicação apropriada. Nesse contexto, cria-se, muitas vezes, o ciclo da medicalização do fracasso escolar, e, a partir daí, acumulam-se dificuldades e interrupções da vida

escolar, já que, agora, a criança falta à aula para ir ao posto médico, perdendo conteúdo escolar e podendo alimentar o ciclo do fracasso.

Em alguns casos, as crianças com diagnóstico de depressão e com dificuldades escolares necessitam de um atendimento educacional diferenciado também. As queixas mais comuns de professores e familiares sobre essa criança na escola dizem respeito à alteração de comportamento e ao fato de ela não ir bem nos estudos, atrapalhando a aula e não se interessando por essa atividade.

Entretanto, a escassez de estudos sobre depressão infantil e suas repercussões na escola dificulta uma compreensão maior sobre as possibilidades de atuação com essas crianças.

Por outro lado, Ribeiro et al. (2007) nos chamam a atenção para o crescente aumento dos casos de depressão na infância. Em nossa prática também observamos que muitos casos com diagnóstico de déficit de atenção na escola apresentavam bastantes componentes psíquicos ligados ao diagnóstico do transtorno depressivo, como conflito familiar, isolamento, tristeza e baixa autoestima.

Diante dessa situação, esta pesquisa objetiva compreender como a criança com diagnóstico de depressão entende e elabora os acontecimentos que vão compondo sua vida em diferentes espaços pelos quais circula, sobretudo no ambiente escolar.

Para esta discussão, este estudo foi organizado em sete capítulos: o primeiro capítulo traz uma introdução ao tema da depressão infantil na escola; o segundo capítulo trata dos objetivos geral e específicos; o terceiro refere-se ao que indicam os estudos sobre a depressão infantil, discutindo: o conceito de depressão, o diagnóstico, aspectos históricos da saúde humana e estudos sobre depressão infantil e educação; o quarto capítulo trata de crianças com depressão, sua família e a escola, abordando também um modo de olhar a infância, a criança em processo de sofrimento psíquico; o quinto capítulo trata da metodologia, que é de natureza qualitativa e foi inspirada no estudo de caso; o sexto aborda o sofrimento psíquico na infância, com as histórias dos alunos José e Gabriela, discutindo acontecimentos marcantes na vida dessas crianças na família e na escola e finaliza destacando a necessidade de maior articulação entre a família, a escola e o sistema de saúde, de

forma a promover a saúde da criança em processo de sofrimento psíquico; o sétimo capítulo tece possíveis considerações finais.

CAPÍTULO II

2 OBJETIVOS

Esta pesquisa tem como objetivo geral entender como a criança com diagnóstico de depressão compreende e elabora os acontecimentos que vão compondo sua vida em diferentes espaços pelos quais circula, sobretudo no ambiente escolar.

Como desdobramento desse objetivo maior, destacam-se alguns objetivos específicos:

- a) conhecer alguns fatores que contribuem para um quadro de sofrimento psíquico em crianças;
- b) identificar modos pelos quais a escola pode se organizar para colaborar na superação desse quadro de sofrimento da criança;
- c) analisar possibilidades de atuação da família no movimento de promoção da saúde mental da criança;
- d) refletir sobre possibilidades de contribuição do sistema de saúde para a promoção do bem-estar e saúde da criança com um quadro de sofrimento psíquico.

CAPÍTULO III

3 DEPRESSÃO INFANTIL: O QUE INDICAM OS ESTUDOS SOBRE O TEMA?

A seguir transcrevemos um fragmento de uma história infantil:

“A menina tinha por volta de quatro anos, dá para ter certeza porque era nas vésperas do casamento do tio mais querido, isso não se esquece e deixa conferir a data depois.

– Sua imprestável! Vê se aprende com a Rita Maria a ser uma menina boazinha e prestativa...

Impossível lembrar, tantos anos depois, o que é que a ‘imprestável’ devia ter feito e não fez. Mas também impossível esquecer a dor... É impossível esquecer que Rita Maria era a prima um ano e meio mais velha, que ajudava a tomar conta dos irmãos menores, e que era tão linda, tão parecida com a tia, mãe da menininha imprestável. Por mais que a menina tentasse, não conseguia ser linda e parecida com a mãe, como queria... Vai ver até que não era mesmo filha dela, era filha de um bugre, achada no mato pelo avô que abria estrada de ferro, como todos gostavam de contar e brincar. Vai ver, era por isso que queriam se livrar dela, emprestar para alguém passar adiante aquela menina <emprestável>. E se fizesse como tantas coisas que se emprestam e ela fosse esquecida, ninguém mais devolvesse? Ela ia ficar com tantas saudades da mãe, do pai, do irmãozinho, dos avós... De noite, antes de dormir, chorava, chorava, olhava pro teto, via as lagartixas passeando no forro do casarão do avô e pensava:

– Se eles não me emprestarem, eu fico tão boazinha que até nem grito se um bicho horrível desses cair em cima de mim.

Não caía. Não dava para testar. Chorava até dormir”(MACHADO,1983.p.49).¹

O texto de Ana Maria Machado relatando uma passagem da infância da personagem, prima de Rita Maria, retrata um pouco do drama que perpassa a vida das crianças, sobre o qual muitas vezes os adultos não se dão conta. A personagem chorava à noite, em seu quarto, antes de dormir e pensava: “Se eles não me emprestarem, eu fico tão boazinha que até nem grito se um bicho horrível desses cair em cima de mim”. Esses pensamentos da personagem infantil revelam uma interpretação inadequada do sentido da palavra “imprestável” ouvida pela manhã: “imprestável” deu origem a “emprestar” que, para a criança, significou ficar longe de sua família em um lugar estranho.

¹ “Pra que é que presta uma menininha?” texto de Ana Maria Machado, contido no livro “O mito da infância feliz”. Organização da obra e direção da coleção de Fanny Abramovich.

“Sua imprestável!” Essa crítica, agressiva, sem explicações, por motivo simples, como uma tarefa solicitada pelo adulto e não cumprida como esse adulto esperava, motivo de fala áspera, rude, para ofender, gera sentimentos tristes, melancólicos de abandono e sofrimento mental.

A autora chama a atenção para a percepção do mundo pelas crianças por meio da “doença da linguagem”, dos sintomas da palavra e para os deslizamentos e novos sentidos na mente infantil. O choro à noite, a solidão, os pensamentos tristes, a sensação de não ser amada, a imaginação que produz o medo e o humor depressivo da personagem denotam um sofrimento que é frequente em pessoas com transtornos depressivos.

O recorte da vivência da personagem do texto nos leva a refletir sobre o sofrimento psíquico que pode envolver a criança sem que, muitas vezes, os adultos se deem conta disso.

No meio acadêmico, alguns estudos têm focado esse sofrimento sob a perspectiva da depressão e têm buscado compreender seus modos de expressão, o diagnóstico, os fatores que a provocam e suas implicações no desempenho escolar da criança.

Diante disso, consideramos importante abordar um dos modos pelos quais o sofrimento infantil vem sendo tratado no campo da Psiquiatria e da saúde mental no que diz respeito à depressão infantil.

Neste tópico, discutiremos o conceito de depressão infantil a partir dos pressupostos do psiquiatra Phillippe Pinel (1745-1826) e de outros estudiosos desse conceito, reportando-nos ao diagnóstico da depressão no adulto para chegar ao diagnóstico da depressão infantil, como é destacado nos manuais classificatórios atuais. Buscamos, ainda, nos estudos de Canguilhem (2010) sobre o normal e o patológico, elementos para reflexão sobre o diagnóstico. Em outro subitem, trazemos dois estudos de Cruvinel (2003, 2009) sobre depressão infantil realizados no âmbito escolar e uma pesquisa de Patto (1999) que focaliza o tema sobre a medicalização do fracasso escolar.

3.1 O CONCEITO DE DEPRESSÃO

Para tratar da depressão infantil, é importante mencionar as práticas do psiquiatra Philippe Pinel (1745-1826), que, no século XIX, liberta os loucos de suas algemas do manicômio de Bicêtre, na França, e inicia uma classificação das doenças mentais em quatro categorias: melancolia, manias, demências e idiotias. Dessa classificação inicial de Pinel, interessam-nos as duas primeiras categorias: a melancolia e a mania, alterações mentais ligadas ao afeto e ao humor dos adultos e das crianças.

No século XIX, Kraepelin (apud KOLB, 1976) aborda as psicoses endógenas e suas bases hereditárias. As psicoses são consideradas alterações graves da saúde mental, ocorrendo alterações psicopatológicas severas, como alucinações e delírios.

Kolb (1976) ressalta que Kraepelin designou o estado afetivo, em que se contrastam depressão e mania, como estado mental maníaco-depressivo, considerando-o, apesar do contraste dos afetos envolvidos, como um único processo mórbido baseado em determinantes fisiológicos. Segundo Kolb (1976), nos tempos atuais, o estado mental pode se apresentar apenas como depressão, como mania, ou com alternância dos dois estados.

Mayer-Gross, Slater e Roth (1969) destacam que o estado depressivo, aparentemente, é raro na infância em relação à forma como é vista nos adultos. No entanto, a timidez, o acanhamento da criança, as queixas de esquecimento, o viver sonhando e a incapacidade de concentração escolar podem corresponder às depressões dos adultos. Além disso, queixas físicas, como cansaço, fraqueza e supersensibilidade, podem ter uma base física, uma base psicológica, ou ambas.

Miller (apud CRUVINEL, 2009) atribui o fato de a depressão infantil não receber atenção dos pesquisadores antes da década de 1960 à influência da teoria psicanalítica, que ressalta que, na criança, o superego ainda não estaria desenvolvido, o que tornaria impossível uma criança ter sintomas depressivos.

Estudos mais sistemáticos sobre o tema depressão na infância tiveram início a partir da década de 1970. Para Calderaro e Carvalho (2005, p. 181), o interesse pelo assunto surgiu principalmente devido ao fato de

[...] que essa patologia traz comprometimentos importantes nas funções sociais, emocionais e cognitivas, interferindo no desenvolvimento infantil, de maneira a afetar não só a criança, mas também sua família e o grupo com o qual se relaciona.

Ainda para essas mesmas autoras,

[...] o quadro traz a presença de comorbidades e os sintomas manifestam-se muitas vezes de forma mascarada, sendo mais frequentes os seguintes: transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, baixa auto-estima, tristeza, medo, distúrbios do sono e baixo rendimento escolar. Sintomas somáticos também podem estar associados (CALDERARO; CARVALHO, 2005, p. 181).

Os autores citados neste estudo utilizam como referência os sintomas dos adultos e também as alterações comportamentais para discutir a depressão em crianças, de acordo com a faixa etária. Na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10 (Organização Mundial de Saúde, 1993), há uma relação dos transtornos do comportamento e dos transtornos emocionais que aparecem, habitualmente, durante a infância ou a adolescência (F90-F98).

Tendo como referência a CID-10, Cruvinel (2009) conceitua o transtorno depressivo como uma alteração do humor ou do afeto como um conjunto de sintomas ou comportamentos que causam sofrimento no indivíduo e conduzem à desestruturação de seu cotidiano, além de apresentar outros componentes, como os cognitivos, os comportamentais, os motivacionais e os fisiológicos.

A CID-10 registra que os transtornos desintegrativos da infância são compreendidos como um Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD), caracterizado por um período de desenvolvimento completamente normal até os três anos, acompanhado da perda das habilidades já adquiridas em vários domínios, em poucos meses, como perda de interesse pelo ambiente, e seguido ainda de condutas motoras estereotipadas repetitivas, de maneirismos e de uma alteração do tipo autístico da interação e da comunicação. Entre os transtornos desintegrativos da infância, podem-se citar as psicoses.

De modo geral, a psicose pode ser considerada como uma perda de contato com a realidade. Nas crises mais intensas, podem ocorrer alterações do pensamento (delírios), alterações de senso-percepção (alucinações) e dificuldades de interação social. Conforme a CID-10, sintomas psicóticos podem ocorrer em vários tipos de transtornos. O transtorno afetivo bipolar é considerado o transtorno mais grave, podendo se apresentar também somente em sua forma depressiva, o que nos permite estabelecer relações com a depressão infantil.

De acordo com a CID-10, o transtorno afetivo bipolar é um tipo de transtorno caracterizado por alterações afetivas que oscilam entre a euforia e a depressão, ou apenas com euforia, ou apenas com depressão. Esse transtorno pode ser acompanhado também por agressividade e impulsividade, alterações do pensamento, ou muito acelerado, ou muito lento, além de ideação suicida. Compõem o quadro desse tipo de alteração mental dois ou mais dos episódios citados, nos quais o humor e o nível de atividade da pessoa estão profundamente alterados, podendo ocorrer nas diferentes etapas da vida. Inclui-se no quadro dessa alteração mental também a doença maníaco-depressiva, psicose maníaco-depressiva e reação maníaco-depressiva.

Discorrendo sobre o transtorno afetivo bipolar, Lara (2005, p. 12) cita Hagop Akiskal e Jules Angst, pesquisadores que conceituam a bipolaridade a partir de “[...] uma visão biográfica e temperamental dos pacientes”. De acordo com esses autores, a observação do perfil hipertímico (ousado, energético, empreendedor, extravagante) e do perfil ciclotímico (alternância entre otimismo e pessimismo, alta e baixa energia) é um enfoque atualizado nos estudos do transtorno afetivo bipolar.

O perfil ciclotímico aproxima-se dos quadros depressivos, pela alternância entre estados de euforia e depressão. Crianças também podem estar inseridas nesse perfil ciclotímico. A CID 10 exclui a ciclotimia do transtorno afetivo bipolar e declara: “Algumas pessoas ciclotímicas apresentarão elas próprias ulteriormente um transtorno afetivo bipolar” (p. 176). Ainda para a CID-10 (p.176), “O transtorno se encontra frequentemente em familiares de pacientes que apresentam um transtorno afetivo bipolar”.

Nesse contexto, o transtorno afetivo bipolar depressivo é compreendido como uma alteração do humor ou do afeto. É composto por um conjunto de sintomas ou

comportamentos perpassados pelo sofrimento do indivíduo, o que leva frequentemente à desestruturação de seu cotidiano.

É importante ressaltar que, nas últimas décadas, ocorreram mudanças significativas no modo de ver o funcionamento da mente humana, a doença mental, o transtorno depressivo, a depressão em crianças, devido à tecnologia ligada aos exames do cérebro e suas contribuições para os diagnósticos. Estudos desenvolvidos na área da Psicanálise e dos Estudos Culturais auxiliaram nessas mudanças, na forma de olhar para os transtornos mentais. Essas transformações e os movimentos de desinstitucionalização da loucura culminaram na Reforma Psiquiátrica e nas mudanças no que se refere ao atendimento mental.

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocou a Conferência Internacional de Alma Ata, com o tema central “Cuidados Primários em Saúde”. Dessa conferência, surgiu a “Declaração de Alma Ata”, a qual reconhece a enorme desigualdade social entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento, como o Brasil. Afirma que a promoção e a proteção da saúde dos povos são a condição sem a qual não é possível progresso econômico, social e de qualidade de vida em uma nação.

Acompanhando esse debate, o psiquiatra Lauer (2009) defendeu a reforma da assistência psiquiátrica, aderindo ao movimento antimanicomial, que indica epistemologias alternativas à lógica positivista de pensamento e organização social da modernidade e de uma nova abordagem dos transtornos mentais e dos pactos políticos de uma sociedade. Esse autor propôs, ainda, diante de uma cultura excludente e manicomial, a criação de mecanismos de inclusão do médico psiquiatra no programa assistencial e político do governo.²

Por outro lado, Basaglia (apud FOUCAULT, 1979), antipsiquiatra, afirmou que a característica principal das instituições – escola, hospital e fábrica – é uma separação entre aqueles que têm o poder e aqueles que não o têm. Assim, criticou a hierarquia nas instituições psiquiátricas e propôs a (des)hospitalizações dos doentes

² Vale destacar que, “[...] no Espírito Santo, ainda na década de 70, foi implantado o atendimento comunitário no Hospital Adauto Botelho muito antes que em outros estados brasileiros e se caracterizou como pioneiro na luta antimanicomial” (BRANDÃO, 2001, p. 5).

mentais e seus atendimentos nas comunidades. Visava a tirar esses sujeitos da situação de exclusão social a que estavam submetidos.

No início da década de 2000, foi criada, no Brasil, a Lei Federal de Saúde Mental nº. 10.216, que instituiu a reforma psiquiátrica, a fim de construir um novo estatuto para o doente mental que lhe garantisse cidadania, respeito a seus direitos e à sua individualidade, eliminando gradualmente a internação (confinamento) como forma de exclusão social. A lei, também conhecida como “Lei Paulo Delgado”, trata da desinstitucionalização da loucura e da integração das pessoas com transtornos mentais na comunidade.

No final do século XX, a partir dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, aos poucos delineia-se a ideia de que loucura não é uma entidade fixa, mas sim construída social e política como também medicamento. As instituições que abrigam os sujeitos tidos como loucos são questionadas, e gradualmente são extintas, como os asilos/hospitais de confinamento dos doentes mentais e também, mais recentemente, as clínicas das Associações dos Pais e Amigos dos Excepcionais (Apae), consideradas segregantes e confinatórias.

Ainda como reflexo da reforma psiquiátrica na área de saúde mental, o Sistema Único de Saúde (SUS) instituiu os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), instituições estratégicas do sistema assistencial público em saúde mental. Desse sistema, constam o CAPSi (Infantil) e o CAPSad (antidrogas).

A rede de saúde mental pós-reforma psiquiátrica inclui, ainda, além dos CAPS, centros de convivência e cultura, cooperativas de trabalho protegido (economia solidária), oficinas de geração de renda e residências terapêuticas.

A partir de 2003, as crianças e adolescentes com alterações mentais ou com transtorno depressivo passaram a ser conduzidas, de forma mais sistemática, pela família à escola regular, por meio do “Programa Educação Inclusiva: direito à diversidade”, implementado pelo Ministério de Educação. O programa visa a garantir às crianças e aos adolescentes seus direitos de cidadãos, buscando uma interação maior entre escola e comunidade, bem como a aprendizagem dos alunos, tarefa da escola.

Assim, o que se propõe para a depressão infantil em termos de atendimento na saúde SUS é o CAPSi (infantil) e, nos hospitais universitários, atendimentos em ambulatórios de Pediatria com especialistas psiquiatras e psicólogos, com internações, quando necessárias, em enfermarias de hospital geral, no setor da Pediatria. O objetivo desses atendimentos é promover a saúde mental dessas crianças com diagnósticos de transtornos depressivos. Os tratamentos psicoterápicos e/ou medicamentosos são indicados pela equipe de saúde mental, quando necessários.

3.2 O DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO

Neste tópico, abordaremos o diagnóstico da depressão, conforme a Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID-10 e o Manual Estatístico para Doenças Mentais (DSM-IV), bem como alguns fatores apontados por estudos sobre o tema, que interferem na configuração de um transtorno mental do tipo depressivo.

Segundo Ribeiro et al. (2007, p. 418), a Organização mundial de Saúde (OMS) “[...] conferiu à depressão o quarto lugar entre as vinte doenças de maior AVAD (anos de vida perdidos por morte prematura e ‘incapacidade’) e a projeção é de que ela alcance o segundo lugar nos próximos 20 anos”.

Frizzera (2003), em seu estudo qualitativo em Psiquiatria Infantil, na pesquisa realizada no ambulatório de pediatria do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes (Hucam), a qual teve como objeto a avaliação da demanda de pacientes psiquiátricos, entre 0 a 18 anos, por meio de encaminhamentos feitos pela equipe de profissionais desse ambulatório, aponta que a CID-10 F91 (transtorno de conduta), no ano de 1997, e a CID-10 F81 (transtorno específico do desenvolvimento das habilidades escolares), no ano de 1998, foram os dois diagnósticos mais encaminhados nesse período, além de F91 (transtornos hiperativos), F92.0 (distúrbio depressivo de conduta), verificando-se uma preocupação dos profissionais na abordagem e escuta da demanda em saúde mental da infância nesse ambulatório.

Atualmente, a depressão pode ser abordada como doença, síndrome e sintoma (LIMA, 2004). Como doença, era assim denominada a psicose maníaco-depressiva,

que atualmente se chama transtorno bipolar. Como síndrome, a depressão faz parte de um conjunto de sinais e sintomas que compõem um determinado quadro nosológico e, como sintoma, ou melhor conjunto de sintomas, como nominada nos manuais classificatórios: CID 10 e DSM-IV.

É importante ressaltar que este trabalho aborda a depressão infantil como sintoma. Nosso nível atual de conhecimento nos permite entendê-la como expressão de situações familiares, ou seja, reflexo de interações intrafamiliares não saudáveis com reflexos na vida escolar das crianças, sob a forma de baixos rendimentos e desempenhos escolares, aquém do esperado pelos professores, além de tristeza e isolamento.

Lima (2004) retoma alguns aspectos do DSM-IV para uma melhor definição de depressão, abordados por ele independentemente da idade. O autor destaca a presença de

[...] cinco ou mais dos seguintes sintomas, durante duas semanas, sendo pelo menos um deles humor deprimido ou perda de interesse ou prazer: humor deprimido quase todos os dias; acentuada diminuição do prazer; perda ou ganho de peso (mais de 5% em um mês); insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva; diminuição da capacidade de pensar; pensamentos de morte recorrentes; ideação suicida sem plano específico ou tentativa (LIMA, 2004, p. 512).

Ressalta-se, porém, que esses sintomas não satisfazem os critérios para episódio misto. Para tal, devem ser considerados aqueles sintomas que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo do funcionamento social, não devendo ser efeito de substância ou condição médica geral.

Conforme destaca a CID-10, os conceitos de depressão leve, moderado ou grave, levam em conta os seguintes sintomas: rebaixamento do humor ou humor depressivo, redução de energia ou sentimento de fraqueza, de não dar conta de realizar uma ação e diminuição de atividade, ou seja, a pessoa se sente parada, sem vontade e, nos casos graves, quase imóvel.

Outros sintomas acompanham o cortejo da depressão, como a alteração na capacidade de sentir prazer, a perda de interesse, a diminuição da concentração e a fadiga, alterações do sono e diminuição do apetite. Poderá ocorrer também diminuição da autoestima, da autoconfiança, além de ideias de culpabilidade e indignidade. O humor depressivo poderá estar acompanhado ainda de sintomas ditos somáticos, como o despertar precoce ou a agitação psicomotora.

De acordo com a CID-10, a quantidade e a gravidade dos sintomas irão determinar a condição leve, moderada ou grave de um episódio depressivo. No caso de uma depressão leve, os sintomas mais comuns são rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Na depressão moderada, destacam-se rebaixamento do humor, redução de energia, diminuição da atividade, perda de interesse, fadiga e dificuldades para realizar atividades costumeiras. Na depressão grave, os sintomas são rebaixamento do humor, redução de energia, diminuição de atividade, perda de interesse, fadiga, alucinações e delírios.

Segundo a CID-10, esse mesmo conceito de episódio depressivo no adulto é utilizado para a correlação do diagnóstico de depressão na criança, porque, no momento atual, na área da saúde, o diagnóstico da depressão infantil utiliza esse referencial. Conforme Lima (2004, p. 512), para a criança e o adolescente,

[...] a CID-10 inclui a categoria transtorno depressivo da conduta, que é a combinação de transtorno de conduta na infância (F91) com persistente e marcante depressão do humor (F32), evidenciado por sintomas como sofrimento excessivo, perda de interesse e prazer em atividades usuais, auto-recriminação e desesperança; perturbações do sono ou apetite também podem estar presentes. Alguns requisitos: como os critérios gerais para transtornos de conduta (F91) devem ser satisfeitos e os critérios gerais para transtorno do humor (afetivos ou F30-39) devem ser satisfeitos. Na CID-10, que é destinada a adultos, mas existe uma ressalva para os transtornos do humor afetivos que são classificados no grupo F30-39, devem ser registrados pelo uso de categorias desta seção, desde que se ajustem às descrições fornecidas (transtornos mistos de conduta e emoções ou F92.0).

Para Lima (2004, p. 515-516), a CID-10 apresenta algumas distinções no diagnóstico de crianças e adultos. Os fatores predisponentes podem ser “[...]”

multifatoriais: genéticos, sociológicos e antecedentes psicológicos. A depressão na criança pode ser precipitada por problemas adversos de longa duração, problemas familiares e fatores de personalidade”.

Diante do exposto, surgem os seguintes questionamentos: como ocorre o diagnóstico da depressão? Que instrumentos costumam ser utilizados por profissionais da área da saúde?

De modo geral, os procedimentos utilizados no diagnóstico da depressão infantil têm se baseado em escalas que mensuram aspectos referentes aos estados de humor dos pacientes ou sujeitos investigados. Como ilustração de procedimentos utilizados, citamos os estudos de Cruvinel (2003; 2009).

Cruvinel (2003) utilizou, em sua pesquisa de mestrado, a Ficha de Identificação do Sujeito, o Inventário de Depressão Infantil (CDI), a Escala de Avaliação das Estratégias de Aprendizagem e a Avaliação do Rendimento Escolar do Aluno, com o objetivo de conhecer a prevalência de sintomas de depressão em escolares de 3^a, 4^a e 5^a séries de uma escola municipal de Campinas, além de avaliar o repertório de estratégias de aprendizagem utilizado pela amostra e investigar a existência de relação entre sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar dos alunos.

O CDI é composto por um conjunto de itens que avaliam o modo de pensar, agir ou sentir da criança por meio da seleção de uma entre várias alternativas que melhor descreva seu estado no momento. Por exemplo: item 25 do inventário: “Ninguém gosta de mim realmente. Eu não tenho certeza se alguém me ama. Eu tenho certeza que sou amado por alguém”.

Em sua tese de doutorado, Cruvinel (2009) utilizou Ficha de identificação dos participantes, Inventário de depressão infantil-CDI, entrevista estruturada, estratégias de aprendizagem, roteiro de avaliação de autoeficácia, Escala Infantil Piers-Harris de Autoconceito e entrevista e pranchas para avaliação da regulação emocional de alunos do Ensino Fundamental-EPRE, com o objetivo de identificar a prevalência de sintomas depressivos em crianças no ensino fundamental de uma escola pública da cidade de Campinas e conhecer e comparar o autoconceito e crença de autoeficácia, as estratégias de aprendizagem e as estratégias de

regulação emocional utilizadas pelos participantes com sintomas de depressão e pelos participantes sem sintomas depressivos.

Conforme aponta Cruvinel (2009), a Escala Infantil de Piers-Harris de autoconceito, inicialmente desenvolvida por Piers (1984), foi traduzida e adaptada para a realidade brasileira por Jacob e Loureiro, em 1999. Ela tem como objetivo avaliar o autoconceito total de crianças nas seguintes áreas: *status* intelectual e acadêmico, comportamento, ansiedade, aparência, popularidade e satisfação. A avaliação é feita a partir de 80 itens, com respostas fechadas – “sim” ou “não” – sobre questões que tratam do que a criança sente sobre si própria.

A Prancha para Avaliação da Regulação Emocional é composta por pranchas com desenhos de uma criança (do mesmo sexo do participante) com expressões de tristeza, alegria, raiva, medo, nervosismo. São feitas perguntas pelo pesquisador sobre cada uma dessas emoções. No caso de uma menina, o pesquisador mostrará uma prancha de menina com expressão triste e fará em torno de seis perguntas sobre o sentimento de tristeza com três alternativas: “sim”, “algumas vezes” e “não”. Como exemplo de pergunta, temos: “Você costuma se sentir triste?”. São avaliadas as respostas para mais ou para menos.

Cruvinel (2003) sinaliza para as dificuldades no diagnóstico da depressão infantil. Muitas vezes é possível encontrar comportamentos infantis que produzem dor – quedas frequentes com ferimentos, o ato de roer as unhas até o sangramento, de arrancar os cabelos –, os quais não são acompanhados de queixas ou choro por parte da criança. Esses comportamentos podem mascarar uma depressão infantil.

No que se refere ao diagnóstico, os exames clínicos, as escalas internacionais, como a de Hamilton para avaliação de depressão com 24 itens, e as escalas nacionais são utilizados para identificar as depressões além da história clínica.

Fazem parte da história clínica a identificação, o motivo da consulta, a história da doença atual, a história patológica pregressa, a história familiar, o exame psicopatológico, o exame físico e a história social, a hipótese diagnóstica, o prognóstico e o tratamento.

A avaliação do conjunto formado por exames clínicos, escalas para diagnósticos e história clínica levará ao diagnóstico da depressão, e a instituição de um tratamento

medicamentoso e psicoterápico pode ser a solução.³ Com referência ao diagnóstico quantitativo, se usado de forma única, por exemplo, os testes, sem acompanhamento de história clínica completa, os resultados podem ser duvidosos e sujeitos à crítica.

No que se refere aos fatores que interferem na configuração de um transtorno mental do tipo depressivo, estudos (CRUVINEL, 2003, 2009) chamam a atenção para os aspectos de ordem biológica, psicológica e social.

Cruvinel (2003) trata do tema da depressão infantil e afirma que a etiologia da depressão é multicausal, integrando vários fatores. Entre os fatores de ordem biológica, ela destaca a genética e a influência de neurotransmissores, como serotonina, adrenalina, nor-adrenalina, dopamina neuro-hormônios, os quais, no caso das depressões, estariam diminuídos nas sinapses nervosas, em especial, a serotonina.

Ainda se fazem necessários muitos estudos envolvendo a fisiologia dos transtornos depressivos e a influência de neuro-hormônios em sua causalidade biológica, observando-se, entretanto, na clínica, melhoras comportamentais com o uso de tratamentos com antidepressivos, segundo Kolb (1976).

Em relação aos aspectos psicossociais, Cruvinel (2003) menciona os fatores ambientais e os acontecimentos estressantes, por exemplo, abandono dos pais; morte de ente querido, amigo ou animal de estimação; discórdias entre familiares; doenças crônicas dos pais ou educadores; acontecimentos na escola, como a diminuição do rendimento escolar, repetidos fracassos nas tarefas escolares e dificuldades de relacionamento professor-aluno, entre outros. A autora cita ainda os fatores sociais e econômicos como fatores de risco, podendo desencadear depressão infantil, como as condições econômicas difíceis de pobreza da família, desemprego dos pais, ou subempregos, pouca escolaridade dos pais.

Por outro lado, muitas críticas têm sido feitas à maneira como a depressão é compreendida, diagnosticada e tratada no contexto atual. Uma delas diz respeito ao

³ O Conselho Regional de Medicina é o órgão fiscalizador do exercício da Medicina em sua prática diagnóstica, prognóstica e de tratamento e comportamento ético dos profissionais médicos. O código de ética da profissão médica possibilita esse exercício profissional de acordo com mudanças sociais e éticas de uma sociedade e da relação médico-paciente, protegendo o paciente e resguardando o médico.

modo como a depressão é vista nesses estudos, bem como à visão de doença ou transtorno nos manuais classificatórios e nos testes psicológicos sobre o assunto. Trataremos dessas críticas no próximo item e ao mesmo tempo indicaremos concepções de saúde e de doença que esse trabalho defende.

3.3 ASPECTOS SOCIAIS E HISTÓRICOS DA SAÚDE HUMANA

Em diferentes áreas da clínica médica, encontramos estudos que defendem um modo de olhar a doença e a saúde que se distanciam de uma visão mecanicista e organicista.

González Rey (2011) discute sobre concepções de saúde e de doença presentes na área clínica e chama a atenção para a desconsideração de aspectos subjetivos, culturais e sociais da doença. O autor ressalta a visão organicista que sustenta essas concepções, a qual tende a desconsiderar fenômenos que não possuem uma base orgânica.

Para González Rey (2011, p. 26), esse modelo biomédico não proporciona à pessoa a possibilidade de um papel mais ativo diante da própria doença:

A doença ficou circunscrita a uma representação social que, apoiada nas crenças dominantes da medicina, estendeu-se a um sistema de práticas institucionalizadas que levaram o ser humano a se sentir indefeso, inseguro e incompetente diante da doença e a ver retirada a sua capacidade de discernimento, decisão e ação em relação ao próprio adoecimento.

Discorrendo sobre a visão da doença na atualidade, Berlinguer (1998, p. 76) chama a atenção para o fato de esta ser considerada um “perigo” para si e para o outro:

[...] as doenças vêm sendo consideradas um perigo. Estão aqui interligadas várias motivações: o risco dirigido à saúde dos outros; a pesquisa de um, ‘indivíduo-alvo’, isto é, de um bode expiatório em quem descarregar as desgraças da comunidade para liberar-se; e as dificuldades e angústias introduzidas pela doença na convivência familiar e social.

Especificamente sobre os doentes mentais, Berlinguer (1998, p. 76), ao tratar da Lei nº 180, de 1978, que iniciou a transformação da assistência psiquiátrica na Itália, faz referência ao tipo de tratamento destinado aos doentes mentais até aquele momento: um tratamento “[...] semelhante aos leprosos era reservado aos doentes mentais: diagnóstico de irrecuperabilidade, internação no hospício, abandono, e no prontuário o carimbo ‘já pronto’ ou ‘perigoso para si e para os outros’”.

Outro ponto a ser abordado, em relação às concepções de saúde e de doença que levem em conta aspectos sociais e históricos, refere-se ao diagnóstico que se assenta em processos que se fundamentam prioritariamente em dados quantitativos para realizar diagnósticos no caso de transtornos mentais.

Para o psiquiatra Daniel Lagache (apud CANGUILHEM, 2010, p. 78), “[...] não existem fatos psíquicos separáveis do conjunto da vida mental; um sintoma somente possui sentido patológico quando considerado no contexto de uma perturbação global”. Pesquisas de Canguilhem (2010) e Dolto (1988) também criticam a excessiva compartimentação dos estudos médicos, apontando para a subjetividade humana que escapa às medições e para a visão de totalidade do homem e da mulher.

Os estudos de Canguilhem (2010) sobre o normal e o patológico em saúde – sobre as fronteiras difusas da normalidade – nos fazem refletir sobre algo que escapa às medições, algo que Canguilhem chamou de corpo subjetivo, levando-nos à reflexão de como medir o transtorno depressivo infantil no âmbito escolar.

O autor faz questionamentos acerca de abordagens quantitativas que tomam como referência o estado normal para chegar ao patológico e às ciências do patológico e do normal. Assim, sua crítica se estende aos inventários e às escalas utilizadas para mensurar níveis de sofrimento psíquico.

Para Canguilhem (2010), quando se associa o conceito de saúde ao de normalidade, entendida como frequência estatística, as anomalias se associam às patologias. Nessa perspectiva, qualquer variação do tipo específico, que é a definição de anomalia, para Canguilhem (2010), será uma variação biológica de valor negativo e poderá sofrer uma intervenção curativa e terapêutica.

Portanto, ao questionar a normalização da ciência e da Medicina positivista, Canguilhem (2010) aponta para a não linearidade dos fenômenos ligados ao adoecimento físico e mental.

Segundo esse autor, o que estabelece o estado de doença não são as medições normativas ou os desvios padrão, mas sim o sofrimento. Abordar a saúde implica tratar de prazer e dor e, diante disso, estamos sutilmente introduzindo algo que escapa às medições, o que Canguilhem (2010) chamou de corpo subjetivo.

Pelos pressupostos de Canguilhem (2010), a distinção entre o normal e o patológico é diferente de alterações quantitativas, como alguns pesquisadores, como Claude Bernard ou Augusto Comte, pensaram esses temas. Existe sim uma diferença qualitativa entre um e outro estado que não se reduz a cálculos, médias ou constantes. O patológico implica sofrimento, e o conceito de normal implica duplicidade: de um lado, média estatística e, de outro, conceito de valor, o que é desejável em determinado momento, o que deveria ser.

De acordo ainda com esse autor, o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso para indivíduos quando considerados “simultaneamente”, ou seja, valendo-se de médias, pois o que é classificado doença num determinado caso, em outro poderá não ser entendido como patologia.

Ressalta-se que a fisiologia se distingue da patologia, e essa distinção apresenta um valor clínico, sendo incorreto, segundo Canguilhem (2010), falar em órgãos doentes, ou seja, compartimentalizar o humano. Não há uma ciência biológica do normal, e sim uma ciência das situações e das condições biológicas consideradas normais, que é chamada de fisiologia.

Do ponto de vista semântico, segundo Canguilhem (2010), a partir do normal, o patológico recebe sua designação como “hipo” ou “hiper”, ou seja, pouco ou muito, e não como “a-normal” (no sentido de não) ou “dis” (no sentido de distúrbio, disfunção). Essa distinção feita pelo autor auxilia a pensar nas classificações de alterações mentais leves, moderadas ou graves, dependendo da quantidade de sintomas de depressão, conforme a DSM-IV e a CID-10.

Essas classificações estão em um sentido oposto às ideias de Canguilhem (2010), que questiona essa designação para mais ou para menos e também a redução do

todo a um diagnóstico da parte. Diante disso, pode-se concluir que a criança com diagnóstico de depressão não está alterada somente no seu corpo subjetivo, havendo também uma alteração no contexto em que essa criança vive.

Canguilhem (2010) considera que, na consciência patológica podem existir formas que não tenham equivalentes no estado normal e com as quais a Psicologia Geral não deixa de se enriquecer. Ele ainda cita Jacques Lacan, Minkowsky e Lagache como os psiquiatras que romperam com o método quantitativo em suas pesquisas sobre as psicopatologias ao reconhecerem que o doente mental é um “outro” homem, e não somente um homem cujo transtorno prolonga o psiquismo normal, aumentando-o. Nesse domínio, o anormal possui verdadeiramente outras normas, pois

[...] é pela anomalia que o ser humano se destaca do todo formado pelos homens e pela vida. É ela que nos revela o sentido de uma maneira de ser inteiramente “singular” e o faz primitivamente, de um modo muito radical, e impressionante (MINKOWSKY, apud CANGUILHEM, 2010, p. 79).

Essa circunstância explica por que o ser doente não esgota absolutamente o fenômeno da alienação (“loucura”), que, impondo-se a nós sob o ângulo de “ser de modo diferente”, no sentido qualitativo da palavra, abre imediatamente caminho para considerações psicopatológicas feitas sob esse ângulo (CANGUILHEM, 2010, p. 79).

Os estudos desses diversos autores nos permitem pensar o diagnóstico do transtorno depressivo infantil com ênfase na história clínica e na relação médico-paciente com uma visão “não compartimentalizada”, qualitativa dos transtornos mentais, muito mais que uma visão quantitativa das ciências positivistas e lineares.

Segundo Calderaro e Carvalho (2005, p. 182):

Os sintomas depressivos variam de acordo com a faixa etária da criança e, como ela não é ainda capaz de descrever seus sentimentos verbalmente, é necessário observar as formas de comunicação pré-verbal, tais como a expressão facial, produções gráficas, súbitas mudanças de comportamento e postura corporal [...].

Por fim, um terceiro ponto a ser abordado em relação às concepções de saúde e de doença que levem em conta aspectos sociais e históricos diz respeito à forma como é concebido o tratamento do sujeito doente e, particularmente, com transtorno depressivo. No caso desses sujeitos, é comum o tratamento à base exclusivamente de medicamentos, sem abordagem psicoterápica, ou o uso excessivo de medicamentos que colocam a pessoa “para dormir”, considerando-se que produzem resultados “mais rápidos”.

Discorrendo sobre o papel da pessoa na cura da doença e o uso de medicamentos, González Rey (2011, p. 25) afirma que

O discurso biomédico já no princípio do século XIX, mas com particular força no século XX, afastou-se do importante princípio hipocrático da importância da natureza humana para a cura da doença. De forma progressiva, o desenvolvimento dos medicamentos e instrumentos para o exercício da prática médica foi substituindo a crença nos mecanismos autorreguladores do organismo humano como recurso essencial no processo de cura.

Castiel (1994) nos alerta sobre os “territórios” ocupados por pesquisadores, sobre as fontes de financiamento para pesquisas e suas repercussões nos resultados das pesquisas e das práticas terapêuticas. Discorrendo sobre o ponto de vista da complexidade, Castiel (1994, p. 20) aponta que este pode trazer

[...] novos aspectos ao problema do adoecer humano. Em especial, às possibilidades de melhor delimitação de suas possíveis configurações causais e as conseqüentes formulações de propostas investigativas e terapêuticas mais eficazes.

Em estudo que teve como objetivo identificar os significados socioculturais da depressão infantil, Nakamura e Santos (2007, p. 57) identificam uma maneira de os profissionais verem a depressão infantil em que se destaca a ideia de “adaptação” e “ajuste”, pois,

[...] ao rotularem determinados comportamentos infantis como doença e prescreverem o tratamento, os profissionais explicitaram uma noção de depressão infantil que remete à idéia de adaptação e de ajuste. Para eles, a depressão infantil está vinculada a um, ‘mau funcionamento’ das crianças, sobre o qual a lógica médico-científica garante a possibilidade de intervenção.

Em uma visão diferenciada, esses autores defendem que “[...] o acompanhamento terapêutico também seja recomendado numa abordagem múltipla, de maneira diferente do que ocorre com os medicamentos” (NAKAMURA; SANTOS, 2007, p. 57).

Partindo de uma visão que compreende o homem em uma perspectiva de totalidade, inserido em um dado contexto histórico e cultural e sendo constituído por esse contexto, consideramos importante refletir criticamente sobre o modelo medicalizante que trabalha prioritariamente com fatores biofisiológicos, minimizando a influência de aspectos sociais e históricos na saúde e bem-estar das pessoas.

O presente estudo trata de um fenômeno contemporâneo, que são os transtornos depressivos na sociedade, e todos os passos dessa investigação visam também a refletir sobre os modelos medicalizante e psychologizante da educação que trabalham com fatores biofisiológicos, além de também abordar variantes sócio-históricas e as diferenças e particularidades, buscando mostrar que, muitas vezes, a “diferença” de que se trata é a diferença de oportunidades.

3.4 ESTUDOS SOBRE DEPRESSÃO INFANTIL E EDUCAÇÃO

Atualmente, constatamos o aumento do interesse em estudar a depressão infantil em sua relação com a educação. Entre esses estudos, citamos: Calderaro e Carvalho (2005) e Cruvinel (2003, 2009).

O estudo de Calderaro e Carvalho (2005) objetivou analisar as manifestações depressivas em crianças de três a dez anos de idade no contexto de creches e saúde pública, na cidade de Paranavaí/PR.

Segundo essas autoras, no diagnóstico de depressão infantil, os sintomas são diferentes dos apresentados por adultos, evidenciando-se por meio de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, baixa autoestima, tristeza, medos, distúrbios do sono, enurese e dores abdominais.

A pesquisa envolveu o estudo de caso de nove crianças, por meio da observação, na creche, e a realização de entrevistas semiestruturadas com cinco pediatras, dois médicos do programa da Saúde da Família, seis educadores e quatro coordenadores de creches. Os resultados indicaram que todas as crianças da amostra apresentavam núcleos depressivos significativos, com intenso sofrimento psíquico e necessidade de encaminhamento. Várias das crianças investigadas “[...] estavam sendo qualificadas como ‘desatentas’, ‘hiperativas’, ‘portadoras’ de tendência anti-social” (CALDERARO; CARVALHO, 2005, p. 188). Assim, concluiu-se que a depressão infantil se manifesta de forma bastante significativa, evidenciando-se a necessidade de que as pessoas envolvidas diretamente com as crianças estejam alerta para os sintomas, pois a falta de diagnóstico correto e do tratamento perpetua o sofrimento da criança e de todos os envolvidos.

Analisando a produção que trata do tema educação e depressão infantil nos últimos dez anos, encontramos também os estudos de Cruvinel (2003, 2009).

Cruvinel (2003) contextualiza o fenômeno da depressão na infância, com definição e conceito, instrumentos de medida, critérios de diagnóstico e dados de prevalência da depressão na infância, de acordo com sexo e idade, apresentando os principais modelos de depressão, a partir do enfoque no adulto, com base em autores como R. Harrington (1993, apud CRUVINEL, 2003) e J. White (1989, apud CRUVINEL, 2003).

Em sua dissertação de mestrado, intitulada “Depressão infantil, rendimento escolar e estratégias de aprendizagem em alunos do ensino fundamental”, concluída em 2003, a autora explica a depressão infantil por meio de vários modelos, como o biológico, o comportamental, o cognitivo e o psicanalítico. Aponta ainda que todos os modelos são adaptações dos modelos para adultos e relata que, no Brasil, são escassas as pesquisas sobre depressão infantil. Esses estudos revelam diversidade na prevalência de sintomas depressivos na infância, indicando alta prevalência quando os sujeitos apresentam outras dificuldades associadas. Cruvinel (2003)

focou seus estudos em sintomas depressivos e associações com o rendimento escolar e estratégias de aprendizagem, utilizando, como metodologia, a análise quantitativa.

O estudo teve como objetivos conhecer a prevalência de sintomas depressivos em escolares de 3^a, 4^a e 5^a séries de uma escola municipal de Campinas; “[...] avaliar o repertório de estratégias de aprendizagem dos alunos; investigar a relação entre sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar dos alunos” (CRUVINEL, 2003, p. 51).

Os sujeitos da amostra foram 169 crianças de ambos os sexos e em idade escolar, cursando 3^a, 4^a e 5^a séries do ensino fundamental. A idade variou de 8 a 15 anos. As crianças eram residentes de Campinas/SP e frequentavam uma escola pública municipal que atendia a uma população de nível socioeconômico desfavorecido. Participaram da única entrevista grupos de quatro alunos, cujos pais autorizaram sua participação, e isso no próprio ambiente escolar. Foram aplicados, durante a entrevista, a Escala de Estratégias de Aprendizagem e o Inventário de Depressão Infantil. Dados relacionados com o desempenho escolar foram coletados após o término do primeiro bimestre.

Cruvinel (2003) sugere um olhar cauteloso e uma avaliação ampla e crítica da aprendizagem. A autora encontrou, como resultados, indicações de que os sintomas depressivos estão presentes na infância e interferem de maneira negativa no rendimento escolar, mais especificamente no desempenho em Matemática dos sujeitos investigados. Os dados apontam a importância dos professores e da família no reconhecimento e identificação precoce de sintomas depressivos, facilitando o encaminhamento adequado, bem como a necessidade da criação de novos programas de intervenção, visando não somente à intervenção em estratégias cognitivas, mas também às estratégias afetivas ou de apoio.

Da mesma forma, Cruvinel (2003) aponta as dificuldades da utilização dos parâmetros diagnósticos da depressão do adulto na avaliação da depressão da criança, em vista da variabilidade dos sintomas presentes na criança em relação aos adultos.

Quanto à segunda pesquisa de Cruvinel (2009), intitulada “Correlatos cognitivos e psicossociais de crianças com e sem sintomas depressivos”, o objetivo foi investigar as variáveis cognitivas, como o uso de estratégias de aprendizagem, e variáveis psicossociais, como autoconceito, crenças de autoeficácia e autorregulação emocional de crianças com e sem sintomas depressivos.

O estudo tem sua fundamentação teórica na Psicologia Cognitiva e na Teoria do Processamento da Informação, discutindo conceitos como estratégias de aprendizagem, metacognição e aprendizagem autorregulada relacionada com a depressão infantil.

Cruvinel (2009) selecionou uma amostra de 157 alunos de 3^a, 4^a séries do ensino fundamental de uma escola pública de Campinas e, após a aplicação do Inventário de Depressão Infantil, foram escolhidas 54 crianças: 27 crianças com sintomas depressivos (G1) e 27 crianças sem sintomas depressivos (G2). As crianças dos dois grupos eram comparáveis quanto ao sexo, à idade: 8 a 11 anos e à série escolar: terceira e quarta séries. Após a identificação dos participantes com e sem sintomas depressivos, os grupos foram comparados no que concerne às estratégias de aprendizagem, às crenças de autoeficácia, ao autoconceito e à autorregulação emocional.

A hipótese de que as crianças com sintomatologia depressiva relatariam um uso menos frequente e eficiente de estratégias de regulação da emoção, apresentariam um autoconceito negativo, baixa crença de autoeficácia e estratégias de aprendizagem menos funcionais apresentou-se positiva por meio do uso de instrumentos e materiais, como Inventário de Depressão Infantil (CDI), Entrevista Estruturada, Estratégias de Aprendizagem, Roteiro de Avaliação de Autoeficácia, Escala Infantil Piers-Harris de Autoconceito, Entrevista e Pranchas para Avaliação da Regulação Emocional de alunos do Ensino Fundamental (EPRF) e Ficha de Identificação da Criança.

No entanto, a autora sugere novos estudos com crianças que apresentam uma pontuação mais elevada no CDI, acima de 30, já que, em suas pesquisas, os sujeitos apresentaram esse resultado, que corresponde à depressão leve. Também sugere a aplicação de estratégias de intervenção e ações preventivas (BENETTI et

al., 2007) e redução dos agentes estressores nas escolas e famílias, atuando como medidas preventivas para a saúde mental das crianças.

Os estudos de Cruvinel (2009) mostraram que os sintomas depressivos estão presentes na infância e interferem negativamente no uso de estratégias de aprendizagens, bem como no rendimento escolar. Apontam ainda para o reconhecimento e a necessidade de identificação precoce de sintomas depressivos pelos professores e pelos familiares, encaminhamentos e orientação de programas de intervenção em estratégias cognitivas e também estratégias afetivas.

Cruvinel (2009) afirma que o transtorno depressivo é uma alteração do humor ou do afeto; é um conjunto de sintomas ou comportamentos que causa sofrimento e desestruturação do cotidiano de crianças e adultos.

As primeiras questões que surgiram em nosso estudo, quais sejam, quem é a criança com depressão hoje e quais as possíveis causas da depressão infantil, encontraram eco na tese de Cruvinel (2009), que cita Porto Hermolin e Ventura (2003), por apontarem a etiologia multicausal da depressão, que integra fatores de ordem biológica, psicológica e social.

Alguns questionamentos podem ser feitos aos estudos desenvolvidos por Cruvinel (2009), como a utilização de escalas e pranchas avaliativas.

Conforme ressalta Cruvinel (2003), tem havido uma tendência de se encaminhar crianças com algum tipo de comportamento que se distancia do que é considerado “normal”, especialmente na escola, para tratamento clínico, o que tem gerado um processo de medicalização dessas crianças.

Patto (1999) investiga, em seus estudos, as possíveis causas do fracasso escolar e seus fatores associados, sinalizando que uma das causas que podem estar relacionadas é a tendência de medicalização das crianças consideradas com comportamento “anormal”. Subjacente a essa prática, encontra-se a supremacia de abordagens que enfocam mais fatores biofisiológicos do que variantes sócio-históricas. Segundo Patto (1999, p. 337),

A presença da medicalização do fracasso escolar é marcante entre entrevistados (mães e pais de crianças) em consonância com a

prática escolar de encaminhar para serviços médicos as crianças que não correspondem às expectativas da escola.

De acordo com essa autora, o olhar médico-terapêutico que se estende à escola atingia também os pais e mães que foram sujeitos de sua pesquisa. Ao serem entrevistados, esses sujeitos reproduziram o discurso ideológico da escola, quando se referiam aos filhos, usando termos como “nervoso”, ou “falta de cabeça para estudar” ou ainda “irresponsabilidade” em frente às tarefas da escola. O discurso da família repete o discurso dos professores e passa a impressão de que o fracasso escolar é ouvido e repetido de forma igual tanto pela escola quanto pela família.

A presente pesquisa diferencia-se de estudos como os descritos acima por seu modo de olhar o sofrimento infantil, as formas de identificá-lo e tratá-lo. Destaca-se uma preocupação com a abordagem de dados mais qualitativos do que quantitativos. Também é nosso interesse abordar a história pessoal e familiar de cada sujeito da pesquisa, mais do que a aplicação de vários testes e escalas, que pressupõem sujeito acabado. Esses testes buscam validação por meio de dados puramente quantitativos. Pretendemos, ainda, abordar a criança com diagnóstico de depressão infantil, seja na escola, seja na família, em uma perspectiva que coloque em foco não propriamente a doença, mas as possibilidades desse sujeito diante do sofrimento psíquico – possibilidades que, entendemos nós, estão associadas às condições concretas de existência oferecidas a esse sujeito.

CAPÍTULO IV

4 CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO, FAMÍLIA E ESCOLA

Agora eu era o rei, era o bedel e era também juiz, e pela minha lei, a gente era obrigado a ser feliz e você era a princesa que eu fiz coroar e era linda de se admirar [...]

(CHICO BUARQUE)

A ideia que circula no senso comum de que crianças não sofrem não é bem assim, como foi destacado no texto de Ana Maria Machado, em “O Mito da Infância Feliz”, em que a personagem chora até dormir, em seu quarto, com pensamentos sombrios em relação ao seu futuro: seria ela emprestada e ficaria longe de sua família? O sofrimento também faz parte da vida da criança em suas tentativas de entender o mundo circundante, em seus conflitos com os adultos, em seus pesadelos. O mito da infância feliz em nossa sociedade se apresenta até mesmo como imposição, como retratado na música de Chico Buarque, “João e Maria”.

De modo geral, quando se oferece à criança com diagnóstico de depressão um ambiente em que ela se sinta segura e lhe possibilite se expressar, constatamos que ela fala de muitas situações que a afligem. Muitas vezes essa criança reclama dos colegas de escola que a maltratam e alega que nada é feito diante dessa situação – a família não a escuta nem a compreende; a solidão; a companhia de adultos que não se interessam por ela; as diferenças entre o que ela sente e o comportamento da família de colocar limites, vistos pela criança como falta de amor ou como castigos não merecidos, tudo isso evidencia, de maneira pungente, seu sofrimento.

Buscando aprofundar a discussão sobre essa criança, neste capítulo discorreremos sobre a infância, com o auxílio dos estudos de Ariès (1981) e Sarmiento (2010); e também trataremos da criança em processo de sofrimento psíquico, momento em que traremos algumas contribuições de Vigotski (1998) e Dolto (1988). Faremos, ainda, uma breve discussão sobre o que é considerado normal e o que é patológico na perspectiva de Canguilhem (2010). Concluiremos a reflexão sobre a condição da criança com diagnóstico de depressão tratando da família e da escola.

4.1 UM MODO DE OLHAR A INFÂNCIA

Para aprofundar a discussão sobre quem é a criança hoje, é oportuno trazer algumas ideias de Ariès (1981) e de Sarmiento (2010). Phillipe Ariès, historiador francês, que discute a emergência do sentimento de infância e da família nuclear, traz contribuições para este estudo na medida em que permite uma compreensão maior da própria infância na atualidade. Ainda que o autor trate de um tipo especial de infância e de família, a família burguesa do século XVII, entendemos que seus estudos possibilitam compreender algumas questões que atravessam a situação atual da criança com transtorno depressivo no ambiente escolar e familiar.

Para o historiador, a definição da infância, como um período distinto da vida adulta, ocorre paralelamente à estruturação da família nuclear burguesa e à emergência de um novo lugar da criança na família, um processo que teve seu início na transição do século XVII para o século XVIII. Segundo Ariès,

[...] em certa época, digamos, a metade do século XVII, a criança vivia até os seis, sete anos em uma muito grande liberdade de toda ordem com os adultos. E se nos situarmos vinte e cinco ou trinta anos a montante, então as proibições constatáveis para a criança de sete anos deveriam ser infinitamente menos pesadas, embora, sem dúvida, alguma coisa mudasse por volta da idade de sete anos: não se tinha mais os mesmos jogos e contatos corporais com ela depois. Quero dizer que na primeira metade do século XVII houve um início de moralização que não atingiu os primeiros anos de vida, mas que se fazia sentir fortemente uma vez passada a idade de seis, sete anos (ARIES, apud DOLTO, 1988, p. 353).

Ariès afirma que, durante muito tempo, a criança foi vista como uma miniatura do adulto, e não como um ser em desenvolvimento, em um estágio específico. Nesse contexto, não se ressaltava um sentimento de família nem uma percepção dos adultos em relação a uma responsabilização maior sobre a criança. Os estudos sobre os sentimentos de infância surgiram na sociedade moderna com a disciplina e a separação das crianças do mundo dos adultos.

Para esse autor, na Modernidade, surge a família nuclear, constituída por pai, mãe e filho, e a criança passa a ser alvo do controle familiar ou do grupo social. A criança

começa a ser olhada pelos adultos como um indivíduo com características próprias, dentro da coletividade (ARIÉS, 1981).

Sarmiento (2010) afirma que a ideia de infância surge com a modernidade, começando a se configurar no Renascimento e consolidando-se a partir do Século das Luzes. Segundo o autor:

Remetidas para o limbo das existências meramente potenciais, durante grande parte da Idade Média, as crianças foram consideradas como meros seres biológicos, sem estatuto social nem autonomia existencial. Apêndices do gineceu, pertenciam ao universo feminino, junto de quem permaneciam, até terem capacidade de trabalho, de participar na guerra ou de reprodução, isto é, até serem rapidamente integrados na adultez precoce. Daí que, paradoxalmente, apesar de ter havido sempre crianças, seres biológicos de geração jovem, nem sempre houve infância, categoria social de estatuto próprio (SARMENTO, 2010, p. 3).

Para Sarmiento (2010), vários fatores contribuíram para a institucionalização da infância. Entre eles, destaca-se o surgimento da escola pública, destinada às crianças:

Com efeito, a escola está associada à construção social da infância; dado que, a sua constituição pelo Estado de meados do século XVIII institui, pela primeira vez, a libertação das atividades do trabalho produtivo para um setor do grupo geracional mais novo (inicialmente constituído só por rapazes de classe média urbana), sendo progressivamente alargado a toda a geração, com a proclamação da escolaridade obrigatória (SARMENTO, 2010, p. 3 - 4).

Outro fator apontado por Sarmiento (2010) diz respeito às mudanças na família. Na atualidade, várias mudanças sociais, econômicas e políticas ocorreram, o que gerou transformações na própria organização familiar. Em diferentes contextos socioeconômicos, as famílias se organizam de maneiras distintas, e essa organização tem um impacto na vida das crianças. Para esse autor, essas transformações

[...] exprimem-se no aumento da monoparentalidade, na precocidade da maternidade – especialmente em países como o Brasil, vários países do hemisfério sul, e, na Europa, Inglaterra e Portugal – no aumento de famílias reestruturadas, no incremento do número de lares sem crianças, especialmente nos países do norte e centro da Europa, e ainda no aumento do número de crianças investidas de funções reguladoras do espaço doméstico (SARMENTO, 2010, p. 8).

Nesse contexto, Sarmiento (2010) aponta a existência de diferentes tipos de infância, caracterizados especialmente pelas desigualdades de diversas ordens. Crianças de diferentes classes sociais, de diferentes etnias e oriundas de famílias de orientações religiosas distintas são marcadas por infâncias também diferenciadas. Assim, não se pode falar de um único tipo de infância.

Neste trabalho, nós nos interessamos pela infância da criança com diagnóstico de depressão: quem é essa criança, como vive, quais seus temores e suas alegrias?

4.2 O CONTEXTO HISTÓRICO E SOCIAL E A SINGULARIDADE DA CRIANÇA EM PROCESSO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

Os estudos de Sarmiento (2010) nos auxiliam a pensar na criança situada historicamente, sendo o seu desenvolvimento permeado pelo contexto em que vive. Vigotski (1998) é um autor que também se interessou em discutir o desenvolvimento infantil em uma perspectiva social e histórica, podendo contribuir para a abordagem da criança com diagnóstico de depressão.

Para Vygotsky (1998), os seres humanos podem produzir e dominar os produtos da cultura e, ao se apropriarem dos conhecimentos produzidos na cultura, podem dar um passo decisivo no sentido de emancipação em relação à natureza. Os traços especificamente humanos são adquiridos no domínio da cultura, por meio da interação social com os outros.

Ao discorrer sobre o desenvolvimento infantil, Vigotski (1998) chama a atenção para a inter-relação entre o biológico e o cultural e reconhece a base biológica do homem, mas afirma que, sobre essa base, a cultura modela seus contornos, o que é

oportuno para pensarmos a abordagem de aspectos biológicos que envolvem a depressão, tanto em relação ao que a produz, quanto às formas de tratamento.

Vigotski (1998b) busca compreender o homem em uma perspectiva de totalidade, o que o leva a considerar as inter-relações não apenas entre os aspectos biológico e cultural, como também entre o cognitivo e o afetivo, o individual e o social. Esse autor defende ainda que não é possível compreender o desenvolvimento infantil sem um olhar que integre esses variados aspectos, o que nos auxilia a observar a criança em processo de sofrimento psíquico, considerando os múltiplos acontecimentos que atravessam sua existência e a maneira como esses acontecimentos a afetam como um todo.

Para o autor, nós nos tornamos humanos na relação com os outros homens. As funções psicológicas superiores emergem das relações do indivíduo em seu contexto social e cultural e, portanto, não são inatas. O autor apresenta uma lei básica para o desenvolvimento: “[...] qualquer função no desenvolvimento cultural da criança aparece em cena duas vezes, em dois planos – primeiro no social, depois no psicológico, primeiro entre as pessoas como categoria interpsicológica, depois, dentro da criança” (VIGOTSKI, 2000, p. 26).

Nessa acepção, o desenvolvimento mental humano não é dado, não é imutável e universal, não é passivo, nem independente do desenvolvimento histórico e das formas sociais de vida humana.

No transcorrer da vida, na relação com os outros em diferentes espaços, nós nos apropriamos de modos de ser, de pensar e de sentir. Aprendemos a ser filhos/filhas, pais/mães, aluno/aluna; apropriamo-nos de comportamentos e sentimentos que, no transcorrer da história, foram sendo sedimentados como próprios ou esperados, considerando-se os diferentes lugares que ocupamos (OLIVEIRA, 2007).

Para um desenvolvimento sadio, Dolto (1988a) chama a atenção para a necessidade de um ambiente que acolha e proteja a criança, oferecendo-lhe segurança e a sensação de que é aceita e amada. A autora indica que quando ocorrem dificuldades afetivas nos primeiros anos de vida, associadas ou não aos distúrbios orgânicos, poderão ocorrer, na vida escolar, inibições sociais e/ou

motoras. Acrescenta que “[...] tudo que a criança vive aí inscrever-se-á nela” (DOLTO, 1988, p. 255).

Assim, considerando as condições do ambiente em que a criança vive, especialmente no lar ou na escola, pode-se configurar um quadro de sofrimento. No ambiente familiar ou escolar, às vezes a criança não é ouvida nem compreendida pelos adultos que com ela convivem.

Este estudo interessa-se por momentos em que o fluxo desse desenvolvimento parece comprometido ou em risco, considerando situações adversas enfrentadas pela criança.

Nesse sentido, as considerações de Canguilhem (2010) sobre o normal e o patológico, a saúde e a doença são relevantes para este estudo.

Discorrendo sobre o normal e o patológico, o autor afirma que:

Para julgar o normal e o patológico não se deve limitar a vida humana à vida vegetativa. Em última análise, podemos viver, a rigor, com muitas malformações ou afecções, mas nada podemos fazer de nossa vida, assim limitada, ou melhor, podemos sempre fazer alguma coisa, e é nesse sentido que qualquer estado do organismo, se for uma adaptação a circunstâncias impostas, acaba sendo, no fundo, normal, enquanto for compatível com a vida (CANGUILHEM, 2010, p. 151).

Assim, o autor nos leva a ir além dos limites do corpo físico num dado momento para abordar o que é o normal e o patológico na vida humana e situar esse corpo num dado contexto histórico e cultural e num momento particular da vida do próprio sujeito.

Canguilhem (2010, p. 175) aponta que a vida é sempre permeada por certas normas. “Não é a ausência de normalidade que constitui o anormal [...] o estado mórbido é sempre uma certa maneira de viver”.

Nesse contexto, a saúde emerge como a capacidade de delinear novas formas de vida:

O homem é na medida em que é normativo em relação às flutuações do meio. Na nossa opinião, as constantes fisiológicas têm, dentre todas as constantes vitais possíveis, um valor propulsivo. Ao contrário, um estado patológico expressa a redução das normas de vida toleradas pelo ser vivo, a precariedade do normal estabelecido pela doença (CANGUILHEM, 2010, p.175).

Portanto, ressaltamos nessa visão o olhar para o particular, o singular no sujeito em um dado contexto – familiar, escolar –, ouvindo as palavras no movimento, em processos que possibilitam preencher lacunas de sofrimento e modificar interpretações equivocadas na criança com transtorno depressivo.

Castiel (1994, p. 18) nos traz também esta ideia-chave do fenômeno humano como múltiplo/singular e faz suas críticas, apontando que, em certas circunstâncias, a multiplicidade/singularidade do fenômeno humano não é tratada com a acuidade que o tema merece nas abordagens de causalidade, e isso em cenários dirigidos tanto para o suposto nível individual (biomédico), como na dimensão coletiva (saúde pública).

Para esse autor,

[...] a ótica da complexidade permite que concebamos o conhecer de modo menos limitado que os instrumentos de filiação positivista. Permite também uma melhor delimitação das possíveis configurações causais do adoecer humano e consequentes propostas investigativas e terapêuticas mais eficazes (CASTIEL, 1994, p. 20).

Aponta ainda Castiel (1994, p. 22) que os problemas corpo-mente sejam considerados como não determinados estritamente por via inata, mas dependentes também da cultura, e diz que alguns autores atribuem causas mentais para a depressão no Ocidente e causas orgânicas na cultura chinesa.

Os estudos de Vigotski (1998a, 1998b e 2000) e de Canguilhem (2010) permitem-nos olhar para além do corpo físico e do organismo individual para compreender processos psíquicos e fisiológicos em curso. No caso de transtornos mentais,

possibilita a compreensão de que sua análise deve envolver também aspectos de ordem social, econômica e cultural.

Diante disso, é interessante trazer o estudo de Lombardi (2009) que contribui para a reflexão, ao considerar os aspectos sociais e econômicos mais amplos, a exclusão social e o abandono pelo Poder Público, das condições de saúde de comunidades desfavorecidas economicamente.

Lombardi (2009) discute o adoecimento de crianças carentes e a dificuldade escolar na própria comunidade a partir de duas pesquisas, uma realizada em 1990 e outra em 2008.

A pesquisa desenvolvida em 1990 teve como objetivo descrever o perfil biopsicossocial de crianças que estavam na primeira série, utilizando como metodologia o estudo de caso. Os sujeitos foram 39 crianças da primeira série da escola pública, escolhidas aleatoriamente entre as 465 crianças que cursavam essa série. O estudo indicou que, no início da primeira série, a maioria dessas crianças já se apresentava impactada em sua saúde física, psíquica e social, e suas famílias já apresentavam muitos problemas. Em 1993, a amostra estava sendo prejudicada devido à evasão desses alunos da escola.

Após essa pesquisa, o autor continuou a realizar o seu trabalho na comunidade e observou que estava acontecendo um fenômeno de exclusão social, que envolvia a comunidade, e que os problemas escolares eram um dos sintomas desse fenômeno.

Diante disso, em 2008, Lombardi (2009) realizou nova pesquisa, que teve como objetivo estudar os impactos biopsicossociais do processo de exclusão social sobre esse grupo de pessoas, em diferentes momentos de seus ciclos de vida.

A metodologia teve duas partes: a primeira parte foi uma releitura da sua própria dissertação de mestrado, cujos achados foram reinterpretados com base na Pediatria-Psiquiatria e em teorias do desenvolvimento de crianças, tendo como fundo a exclusão social. A segunda parte foi realizada em 2008, sendo entrevistadas 26 pessoas dos 39 participantes da sua pesquisa de mestrado em 1990. Foram utilizadas, como procedimentos, as entrevistas abertas, as entrevistas semiestruturadas e as histórias de vida da amostra. Os tópicos analisados foram a

trajetória escolar, a trajetória no trabalho e as queixas de saúde ao longo dos 18 anos que separam as duas pesquisas.

A análise e a interpretação da releitura da dissertação de mestrado mostraram como o processo de exclusão social pode ter produzido os múltiplos impactos nos sujeitos. A pesquisa de 2008 indicou que esse processo excludente continuava atuando sobre a amostra de forma negativa na trajetória escolar, no trabalho, além de influir no surgimento de reações psíquicas ao estresse que causou prejuízos na inclusão social dos sujeitos da amostra. As histórias de fracasso provavelmente afetaram as estruturas psíquicas das pessoas.

Outros fatores relevantes encontrados nos relatos de história de vida foram o envolvimento com drogas e/ou tráfico e os assassinatos e prisões. O entendimento é que a chegada da droga na comunidade, já vitimizada pela exclusão social, precipitou o extermínio de jovens que aderiram ao tráfico e/ou uso de drogas.

A constatação da existência de um processo evolutivo articulado justificou a denominação “síndrome da exclusão social” para o quadro clínico descrito, e esse termo parece preencher uma lacuna existente na literatura. Indica como determinantes sociais podem produzir impactos devastadores na saúde e entre as gerações. O estudo aponta ainda caminhos para a intervenção, a prevenção e a promoção da saúde, ao descrever a evolução dos efeitos de exclusão social sobre os sujeitos nos diferentes momentos do ciclo de vida.

O trabalho de Lombardi (2009) é interessante em seu aspecto evolutivo, com intervalo de quase duas décadas. O autor trata do fenômeno de exclusão orientando seu trabalho na comunidade em atenção primária, pelos aspectos sociais e políticos do fenômeno da exclusão social abordados. Contribui para o estudo da depressão infantil, com suas definições e com o estabelecimento de relações da exclusão social com a sintomatologia depressiva nos adultos e nas crianças. Essa visão social é importante para o presente estudo, já que pretendemos trabalhar com abordagem social do sofrimento psíquico da criança com diagnóstico de depressão infantil. Diante disso, é importante considerar a problemática dos pais, da comunidade, da escola e do sistema de saúde.

Assim, para dar continuidade a esta discussão, faremos algumas considerações sobre a criança no contexto familiar e escolar.

4.2.1 A criança com diagnóstico de depressão e a família

Neste momento, é importante tecer alguns comentários sobre a família para compreendermos melhor o contexto em que vive a criança com diagnóstico de depressão, na atualidade.

Teodoro et al. (2007, p. 324) apontam que a composição da família inclui “[...] parentes com ligações sanguíneas ou pessoas ligadas por casamento, união estável ou adoção, em que os membros cooperam economicamente, cuidam das crianças ou consideram sua identidade como sendo intimamente conectada”.

Para esses autores, a intimidade física e emocional entre os membros também compõe o universo relacional da família. Assim, o sistema familiar, segundo eles,

[...] é reconhecido por vários teóricos como sendo de fundamental importância para a socialização primária e para a formação da identidade da criança. Refere que o estresse e a doença mental nos pais estão associados à psicopatologia em crianças do tipo depressivo (TEODORO et al., 2007, p. 325).

De modo geral, a família constitui-se no primeiro grupo social em que a criança é inserida e, diante disso, tem um papel fundamental em sua constituição pessoal e na forma como a criança compreenderá a realidade que a cerca. Entretanto, o cenário social e econômico atual tem trazido muitos desafios para a organização desse grupo social e para o suporte que pode oferecer ao desenvolvimento das crianças.

A era da informação traz consigo a globalização e reforça a ideia de que todos devemos ser iguais, em um mundo onde se consomem os mesmos produtos e se produzem necessidades homogêneas a fim de se ter um mesmo perfil consumidor. A globalização cria uma forma de vida e produz subjetividades despotencializadas, ao mesmo tempo em que tenta negar as desigualdades sociais. Frigotto (1995, p. 81) ressalta que, no plano histórico, a globalização significa “[...] uma exacerbação

de exploração e alienação e de todas as formas de exclusão e de violência, produção de desertos econômicos e humanos [...]”.

Esse contexto de exploração e de exclusão afeta a vida familiar. Nesse universo, a grande maioria das famílias urbanas se vê imersa em um contexto em que as pressões pelo sustento de seus membros, pelo estabelecimento de padrões mínimos de condições de vida, a leva a se submeter a formas de relação de trabalho que interferem nas próprias relações familiares e expectativas de vida nesse grupo social. O nascimento de um bebê pode representar, para os pais, horas sem dormir para cuidar dele. Após a licença-maternidade, a necessidade de retorno ao trabalho implica deixar a criança aos cuidados de outra pessoa ou aos cuidados de uma instituição do tipo creche, podendo gerar sentimentos conflituosos por parte dos pais e da criança; se os pais já têm outros filhos, a organização e manutenção do grupo familiar pode se tornar mais complicada.

Estudos indicam que, nesse contexto, a doença e o processo de medicalização da população têm aumentado significativamente. Em nossa sociedade, atualmente, há uma tendência ao imediatismo e à medicalização de pessoas por comportamentos não aceitos socialmente. O diagnóstico de depressão, muitas vezes, cria um estereótipo e retira possibilidades de vida e de alegria da pessoa.

Lima (2004, p. 511) ressalta que a depressão pode se apresentar

[...] como um sintoma, quando o afeto é a tristeza, ou como uma síndrome ou transtorno, quando apresenta um grupo de sintomas que aparecem juntos, com a tristeza fazendo parte de um grande elenco de problemas que pode incluir a perda de interesse nas atividades, sentimento de desvalia, perturbações do sono, mudanças de apetite, entre outros.

Nakamura e Santos (2007, p. 53) destacam que,

[...] na década de 1990, os relatórios da Organização Mundial da Saúde acerca da saúde mental e consequências dos problemas mentais na população indicam que houve um aumento da depressão na população mundial, atingindo na década de 1990 cerca de 330 milhões de pessoas, principalmente mulheres. Os relatórios estimam

ainda que em 2020 a depressão será a segunda maior causa de doença, perdendo apenas para as doenças do coração.

No caso das crianças, os movimentos de medicalização e patologização do comportamento infantil produzem estigmas e rótulos limitantes à expansão da saúde mental dessas crianças. Nesse contexto, a depressão infantil é identificada pelo discurso médico-científico dominante como doença grave (NAKAMURA; SANTOS, 2007).

No contexto familiar, a escola representa o setor mais importante nas preocupações dos pais em relação à educação de seus filhos. Quando a criança apresenta alguma dificuldade na escolarização de modo geral, surgem momentos de sofrimento e culpabilizações da criança ou dos genitores entre si. Dolto (1988a) escreve sobre os sentimentos de vergonha da família quando a criança é recusada na escola. O sentimento da família é de ser agredida a partir do exterior; além disso, a família sente necessidade, diante das frustrações da vida, de ter compensações de satisfação, por meio do sucesso escolar de seus filhos e de sua saúde mental. Quando isso não acontece, a frustração da família recai sobre seus filhos, com comportamentos agressivos e autoritários.

Em termos de saúde mental, a organização familiar de uma dada cultura irá influenciar seus membros por meio da capacidade de compartilhar suas diferenças entre si e na relação com outras pessoas.

A complexidade dos relacionamentos na contemporaneidade implica a necessidade de aceitação e convivência com as diferenças. No Brasil, país em que o transtorno mental mais frequente é o alcoolismo, que acomete geralmente o cônjuge do sexo masculino, as influências funestas nos laços familiares levam a comportamentos agressivos, e a depressão nos filhos de alcoolista é caso frequente na prática de atendimentos na área de saúde mental.

4.2.2 A criança com diagnóstico de depressão e a escola

Discorrendo sobre o contexto escolar, Dolto (1988a) faz uma reflexão crítica sobre a maneira como a escola percebe e trata as crianças, especialmente aquelas que

possuem algum traço que a diferencie dos outros. A escola tem uma forma de organização que pressupõe a homogeneidade. Desse modo, as peculiaridades de cada criança se perdem nos procedimentos que se embasam em perspectivas massificadoras. As formas particulares de as crianças verem e sentirem os acontecimentos e a forma como elas são impactadas por esses acontecimentos raramente se constituem em objeto de reflexão.

Nesse sentido, a autora faz a crítica à sociedade que estigmatiza o sujeito como diferente, negando particularidades do humano e não possibilitando oportunidades iguais de direito.

Um dos aspectos mencionados pela autora diz respeito aos testes aplicados na clínica, como o teste de Binet-Simon, usado para avaliar inteligência, que estigmatizava como irrecuperável a possibilidade de aprendizagem das crianças que manifestavam dificuldades cognitivas na escola. Embora o uso de testes como esse não sejam tão frequentes na escola atual, a estigmatização da criança permanece sob outras formas, bem como a exclusão do acesso ao conhecimento e à vivência de experiências que potencializem essa criança no ambiente escolar.

Dolto (1988a) critica ainda a ausência do diálogo transformador do outro diante da maneira pessoal de cada criança reagir à situação escolar tal como a sente. A autora cita a exclusão escolar realizada devido a notas insuficientes ou comportamentos perturbadores e as dificuldades para essas crianças manterem sua autoestima perante seus pais e colegas. Critica também o uso de métodos escolares que levam à repetição e não estimulam o novo, o criativo, o conhecimento desejado, as experiências sociais.

Segundo Dolto (1988), a criança tem seu olhar voltado para a obrigatoriedade da escola e destaca a discriminação e o preconceito, além do clima social desfavorável que pode ocorrer na escola com crianças com alterações afetivas. De forma semelhante, Amaral (1998) também trata do preconceito àquele que apresenta diferenças na escola. A autora discorre sobre diferenças relacionadas com aspectos socioculturais, cognitivos, étnico-raciais, religiosos e outros, como o fato de estar gordo, de usar óculos, de ser paraplégico e sobre as dificuldades desses sujeitos no contexto escolar, recebendo apelidos: “quatro olho”, para a criança que usa óculos;

“tadinho” e “mula manca”, para o deficiente físico. Para Amaral (1998, p. 12), a presença de preconceitos e a “[...] decorrente discriminação vivida dificultam viver os direitos de cidadão e a própria infância”.

Collares e Moyses (1985) enfatizam a necessidade da reflexão crítica por parte dos profissionais da saúde e da educação:

É nas malhas do viver e do fazer pedagógico, cotidianamente nas escolas, que se poderá apreender como se articulam e se concretizam as causas do fracasso escolar. Conhecer a vida real de crianças, seu ambiente sócio-cultural, suas habilidades, expectativas, valores, sonhos, suas necessidades e dificuldades [...] enfim, sua história [...] deve ser o ponto de partida do ato pedagógico (apud FREITAS, 1995, p. 29).

Em uma perspectiva de potencialização do ambiente escolar e da possibilidade de se constituir um espaço de vida e de desenvolvimento pleno para todas as crianças, Dolto (1988a) propõe, na escola comum, métodos vivos e flexíveis, para que todas as crianças possam ter conhecimentos desejados que possam ser utilizados na vida atual, na família e no mundo que as rodeia.

Dessa forma, nesta pesquisa coemerge o sujeito em movimento, constituindo-se nas relações com seu mundo familiar e escolar, interessando o que emerge e é captado no momento da pesquisa. Em princípio, como se delinea o cotidiano de crianças com diagnóstico de depressão infantil? Como elas compreendem o mundo a sua volta? Como se percebem nesse mundo? Como lidam com situações de possíveis sofrimentos? Como a escola e a família se entendem e se organizam para auxiliar a criança a enfrentar situações de sofrimento psíquico?

CAPÍTULO V

5 METODOLOGIA

Em direito, administração e medicina foram e ainda são usados como recurso didático, seja com a finalidade de ilustrar o uso de um procedimento, seja para estimular, em situação de ensino, o debate de um tema.

(MARLI E. D. A. DE ANDRÉ)

O presente estudo trata do tema da depressão infantil relacionado com o contexto escolar e com suas implicações inclusivas e sociais.

A fim de atender às questões do estudo, a metodologia escolhida foi de natureza qualitativa. Essa abordagem permite construir um retrato rico e detalhado da vida humana, a partir da maneira como os sujeitos veem determinado fenômeno da realidade, pois tomam como base a ideia de que “[...] a realidade pode ser vista sob diferentes perspectivas, não havendo uma única que seja a mais verdadeira” (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 20).

Nessa perspectiva, há a possibilidade de uma abordagem mais ampla da maneira como os aspectos social e político se entrelaçam nas histórias dos sujeitos. De acordo com Lüdke e André (1986, p. 21):

A preocupação central ao desenvolver esse tipo de pesquisa é a compreensão de uma instância singular. Isso significa que o objeto estudado é tratado como único, uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada.

Ressaltamos ainda o envolvimento do pesquisador com a pesquisa, que é tratado nessa abordagem para além de uma visão de neutralidade, considerando-se a impossibilidade de o pesquisador manter-se neutro, sem interferir de alguma forma no processo de pesquisa. Acrescentamos a isso a sua escuta sensível e a atitude compreensiva em relação aos sujeitos investigados.

No contexto da abordagem qualitativa de pesquisa, foi escolhido o estudo de caso como metodologia para o estudo de crianças com diagnóstico de depressão infantil. Segundo Lüdke e André (1986, p. 17):

O estudo de caso é o estudo de *um* caso, seja ele simples e específico, como o de uma professora competente de uma escola pública, ou complexo e abstrato, como o de classes de alfabetização (CA) ou do ensino noturno. O caso é sempre bem delimitado, devendo ter seus contornos claramente definidos no desenrolar do estudo. O caso pode ser similar a outros, mas é ao mesmo tempo distinto, pois tem um interesse próprio, singular.

De acordo com André (2008), o estudo de caso deve ser usado quando há interesse em conhecer uma instância particular, compreender profundamente essa instância em sua complexidade e totalidade e retratar o dinamismo de uma situação de forma próxima à do seu acontecer natural.

Essas ideias orientaram o presente estudo, que buscou compreender e analisar a criança com diagnóstico de depressão e a sua inserção no espaço escolar.

Para André (2008), coletar dados numa situação de campo é característica importante da pesquisa qualitativa. Entre os procedimentos da pesquisa qualitativa do estudo de caso para o entendimento de como a criança com diagnóstico de depressão se envolve no seu cotidiano escolar, foram utilizadas observação e entrevistas informais, realizadas durante sessões lúdicas, envolvendo a pesquisadora e a criança numa brinquedoteca.

Os sujeitos da pesquisa foram duas crianças: José e Gabriela. O critério para a definição dessas crianças está associado ao diagnóstico de quadro depressivo, feito por profissional da área da saúde que encaminhou as crianças para acompanhamento e orientação. De acordo com o encaminhamento do profissional, as crianças apresentam sintomatologia depressiva e dificuldades na aprendizagem.

A escolha por crianças dessa faixa etária (10 a 12 anos) teve como critério o fato de estarem próximas ao período da adolescência, momento considerado de risco em relação à eclosão de transtornos mentais, de acordo com algumas teorias.

Nesse espaço, foram criadas situações para a criança brincar livremente e interagir com a pesquisadora enquanto brincava. Nas sessões lúdicas, foram utilizados jogos e brinquedos com escolha da criança envolvida e também da pesquisadora, de acordo com aceitação e autorização das pessoas envolvidas (APÊNDICE A). Em algumas sessões, a criança teve a possibilidade de escolher com que materiais gostaria de brincar; em outras – nas últimas –, com base no conhecimento obtido sobre as crianças, foram criadas atividades lúdicas específicas que permitissem ao pesquisador obter informações relevantes para o estudo.

As últimas sessões lúdicas foram feitas com intencionalidade, solicitando-se às crianças, em um primeiro momento, que lessem livros de história infantis de acordo com o tema que mais havia se destacado nas primeiras sessões da pesquisa e também com a solicitação de desenhos dos principais sentimentos envolvidos nas primeiras sessões.

Segundo Lüdke e André (1986, p. 25), “Para que se torne um instrumento válido e fidedigno de investigação, a observação precisa ser antes de tudo controlada e sistemática”. Assim, durante as brincadeiras, foram observados aspectos referentes à expressão de sentimentos, por meio de relatos verbais, desenhos e brincadeira de faz de conta. Nesses momentos, as crianças manifestaram-se sobre a vida familiar e pessoal, as relações e os conflitos com colegas e professores na escola e os estudos. Para o registro dessas observações, foi utilizado o diário de campo e gravações das sessões.

Durante as sessões lúdicas, as entrevistas informais buscaram obter informações sobre sentimentos, vivências e atitudes da criança de forma espontânea, sem muitas perguntas ou interpretações por parte da pesquisadora naquele momento. Ela se envolveu nas brincadeiras e também com alguns relatos de sua própria vivência, para que a criança não se sentisse só em frente às suas vivências-experiências, e sim participante.

Também foram realizadas entrevistas com pais, pedagoga da escola e professores das crianças sujeitos da pesquisa. Tratou-se de entrevista semiestruturada, com pequenos roteiros definidos previamente (APÊNDICES B, C e D).

Lüdke e André (1986, p. 35) afirmam:

Ao lado do respeito pela cultura e pelos valores do entrevistado, o entrevistador tem que desenvolver uma grande capacidade de ouvir atentamente e de estimular o fluxo natural de informações por parte do entrevistado. Essa estimulação não deve, entretanto, forçar o rumo das respostas para determinada direção. Deve apenas garantir um clima de confiança, para que o informante se sinta à vontade para se expressar livremente.

Esses cuidados foram tomados durante as entrevistas.

As entrevistas com os pais ocorreram na sala – consultório – da pesquisadora para maior comodidade dos pais com relação a horário e privacidade das informações, as quais foram gravadas e tiveram como objetivo obter mais informações sobre a vida da criança na família e na escola e avaliar os sentimentos e os obstáculos possíveis na relação com a criança. As entrevistas com os professores só ocorreram com relação a uma das crianças e foram realizadas na escola.

As entrevistas com o pedagogo e os professores foram feitas na escola. Somente tivemos autorização para entrevistar os profissionais da escola de uma das crianças investigadas. As entrevistas, também semiestruturadas tiveram como objetivo identificar aspectos da vida escolar das crianças.

Foram realizadas entrevistas com sete professores da escola de Gabriela, além da entrevista com o pedagogo (APÊNDICE B). Cada entrevista teve a duração aproximada de uma hora. Os professores ministravam as disciplinas Português, Matemática, Língua Espanhola, Artes, História, Geografia e Ciências. Essas entrevistas obedeceram a um roteiro semiestruturado de oito questões (APÊNDICE B). A última questão foi livre para o professor se expressar, sugerir, opinar sobre a aluna sujeito deste estudo. Foi ainda informado aos professores que o tema da entrevista era criança com diagnóstico de depressão infantil na escola.

O registro das informações colhidas durante as entrevistas foi feito por meio de gravação em áudio das entrevistas, tomando os devidos cuidados para evitar identificações e exposições das crianças pesquisadas.

5.1 ANÁLISE DOS DADOS

Durante a pesquisa de campo, foram feitas análises parciais dos dados obtidos, o que nos permitiu avaliar o rumo da pesquisa e fazer possíveis reorientações do percurso, conforme apontam Lüdke e André (1986, p. 45):

Desde o princípio do estudo, no entanto, fazemos uso de procedimentos analíticos [...]. Tomamos então várias decisões sobre as áreas que necessitam de maior exploração, aspectos que devem ser enfatizados, outros que podem ser eliminados e novas direções a serem tomadas.

Para a organização e análise dos dados, todas as entrevistas foram transcritas. Juntamente com os dados registrados em diário de campo, as transcrições foram analisadas com base no referencial adotado. Para a análise dos dados, este estudo inspirou-se na análise de conteúdo (BARDIM, 1997).

No processo de análise, observamos a pertinência de organizar a reflexão a partir de dois eixos: “A vida de José” e “A vida de Gabriela”. No Capítulo 6 apresentaremos o resultado dessa análise.

CAPÍTULO VI

6 SOFRIMENTO PSÍQUICO NA INFÂNCIA: HISTÓRIAS DE JOSÉ E DE GABRIELA

Onde estiver espero que esteja feliz, encontre seu caminho, guarde o que foi bom e jogue fora o que restou. Sonhar e não desistir, cair e ficar de pé.

(NX ZERO)

Neste capítulo, buscamos compreender a criança com diagnóstico de depressão a partir da maneira como ela vê a si e a realidade que a cerca. Para auxiliar nesse percurso, buscamos a companhia de autores que nos auxiliassem a olhar para essa criança como um ser social e histórico, que se constitui em relação com o outro. Fomos também em busca de estudos que tivessem uma visão mais ampla de saúde e de estados patológicos, além de formas estritamente biológicas de conceber o corpo e a vida. Procuramos autores que colaborassem em formas mais apropriadas de compreensão e de diálogo com crianças em situação de sofrimento psíquico. Encontramos Vigotski (1998a, 1998b, 2000), Canguilhem (2010) e Dolto (1988), que nos acompanharam nesta reflexão.

Nesse percurso, uma primeira orientação vislumbrada foi em relação à forma de contato e relação com as crianças que foram sujeitos da pesquisa. O caminho escolhido para isso foi a inserção da criança em um contexto propício às atividades lúdicas.

Discutindo sobre a imaginação e a brincadeira, Vigotski (1998b) chama a atenção para a imaginação que corre solta e permite à criança elaborar situações difíceis que vivenciou. Para o autor, “A essência do brincar é a criação de uma nova relação entre o campo do significado e o campo da percepção visual, ou seja, entre situações do pensamento e situações reais” (VIGOTSKI, 1998b). Assim, podemos perceber a importância do brincar, imaginar, para elaborar situações difíceis, permitindo um novo olhar, uma nova relação em frente à vivência em que o ser humano pode até rir de sua situação real, chorar, ou expressar sentimentos de raiva

ou outros, ou seja, pode dar vazão às emoções e aos desejos por meio de sua fala e criação.

Neste estudo de casos, o trabalho da pesquisadora promoveu situações lúdicas para as crianças sujeito da pesquisa. A pesquisadora se colocou como participante de brincadeiras informais com as crianças, ouviu-as e relatou passagem de sua vida infantil. Essas atividades possibilitaram uma abertura maior dessas crianças para falarem sobre suas alegrias, medos e angústias, bem como para algumas elaborações pessoais.

Assim, neste capítulo, vamos nos deter em acontecimentos destacados por José e Gabriela, sujeitos desta pesquisa, ao falarem sobre sua vida, durante sessões de atividades lúdicas realizadas na brinquedoteca. Vamos olhar para os sofrimentos e também para as possibilidades dos sujeitos, tendo o cuidado para não inferir a priori, não olhar para as faltas, nem para os déficits e desvios. A questão do sofrimento não diz respeito a todas as esferas da vida das crianças envolvidas neste estudo.

Entendendo, como Gonzalez Rey (2011, p. 25), “[...] a natureza humana como sistema complexo de caráter gerador e seus processos protetores diante da doença”, buscamos na relação com os sujeitos da pesquisa olhar também para sua potência em busca de formas de envolvimento com a vida geradora de bem-estar, de satisfação e de enfrentamento/superação dos acontecimentos que lhe provocam sofrimento psíquico.

Em outubro de 2010, iniciamos as sessões de atividades lúdicas, com cerca de uma hora de duração cada uma, em um total de quatro horas para cada criança, com o objetivo geral de escuta psicológica que nos permitisse levantar indícios do que estava acontecendo na vida emocional desses “pequenos”. Sobre a escuta psicológica, Dolto (1988c) comenta que as “[...] pessoas, na presença de um psicanalista, começam a falar como falariam com qualquer indivíduo e, no entanto, a única forma de escutar do psicanalista, uma escuta no sentido pleno do termo, faz com que o discurso delas se modifique, adquira um sentido novo aos seus próprios ouvidos”.

Assim, procuramos ocupar sempre o lugar da pessoa que está junto, escuta e ouve o desejo do outro e não o lugar do profissional avaliador. A opção da não utilização

de testes psicológicos limitantes baseou-se na ideia de que esses encontros seriam mais ricos e apropriados aos objetivos desta pesquisa ao possibilitarem a livre expressão das crianças.

Buscamos promover condições para a criança falar, brincar, desenhar, pensar e agir distanciando-nos das experiências anteriores dessas crianças atendidas em consultório a partir de uma concepção de atendimento calcada no modelo médico avaliador, homogeneizador e limitante, com o tempo de 15 minutos, o que restringia o trabalho psicoterápico e num espaço físico que apresentava poucas possibilidades de acolhimento e liberdade para a criança se expressar. Nessas condições marcadas por relações de poder pouco flexíveis e tempo mínimo para consultas realizadas em consultório, este estudo não teria condições de se efetivar de uma forma ampla e adequada aos bons encontros humanos, como ocorreu na brinquedoteca. Estava em foco a qualidade do tempo e do espaço.

As sessões lúdicas foram marcadas por pensamento crítico diante dos diagnósticos e rotulações psicopatológicas e do excesso de medicamentos para tratamentos mentais, privilegiando o estar junto com a criança, em escuta constante. Tomamos como base a visão de que a vida se constitui de acontecimentos ruins e bons, o mundo de fantasias infantis e suas elaborações, e que o sentir emocional e o refletir engendrariam, por parte das crianças, uma ampliação dos conhecimentos sobre si e sobre o meio circundante (de suas experiências e vivências). Destacamos também a ênfase na relação de compreensão das crianças e das famílias nos encontros e nas entrevistas semiestruturadas com os pais, não tendo, nesses encontros, a interpretação como objeto e sim a escuta psicológica e o entendimento das questões analisadas.⁴

Nesse percurso, o diálogo com os autores do referencial teórico foi fundamental, permitindo consistência às ideias e práticas realizadas. Afinal, como ressalta Vigotski (1998a, p.85), “[...] o método torna-se um dos problemas mais importantes de todo o empreendimento para a compreensão das formas caracteristicamente humanas de atividade psicológica”.

⁴ Nesse intervalo, o atendimento no consultório continuava sendo realizado com o tempo de 15 minutos em sala apropriada para consultas médicas, com intervalo de 30 dias entre uma consulta e outra.

Após sete meses desses primeiros encontros, foram realizadas mais duas sessões lúdicas na brinquedoteca com cada criança, com duração de uma hora cada sessão. Diante da escuta e dos problemas apresentados pelas crianças com alguns temas específicos, como a morte, maus-tratos, ciúmes, raiva, alegria, potência e outros, o objetivo era utilizar a leitura de livros de histórias infantis e a realização de desenhos sobre esses sentimentos para uma melhor compreensão dos problemas apresentados pela criança, além da elaboração possível desses problemas.

Nesses sete meses de trabalho de pesquisa, observamos mudanças nas crianças: mudanças físicas, ligadas ao crescimento, como altura no menino e na menina, o desenvolvimento das mamas, visíveis ao esforço do olhar cuidadoso e atento por parte da pesquisadora; nas elaborações sobre a realidade e de si mesmo expressas em suas falas e desenhos. Criticando a ciência instrumentalista e objetiva que “[...] substitui o saber da pessoa enferma pelo saber ‘científico’ do especialista e exclui da análise da doença aspectos não passíveis de medição, controle e intervenção diretos”, Gonzalez Rey (2011, p. 25) afirma que, nessa perspectiva, há um deslocamento da saúde, como produção do organismo humano, para a doença, que passa a ser o foco de estudos e práticas da Medicina moderna. Ainda segundo Gonzalez Rey (2011, p. 26), nesse contexto,

[...] a pessoa é reduzida a sua condição individual, e se perde de vista a importância do modo de vida como forma de articulação com o mundo e com a sociedade, assim como a forma em que os processos sociais e institucionais de natureza diversa comprometem a saúde pelo tipo de práticas institucionalizadas de diversas formas no cotidiano das pessoas.

Procurando nos afastar desse modo de ver a saúde, a doença e o sujeito, buscamos na vida das crianças investigadas elementos para compreender seus sofrimentos e suas possibilidades de expansão diante da vida.

Assim, para dar continuidade a esta reflexão, inicialmente vamos focar alguns acontecimentos da vida de José e, em seguida, os de Gabriela. Em cada caso são apresentadas a criança e sua respectiva família, bem como informações sobre sua vida escolar; em seguida, tratamos de acontecimentos vividos por elas que emergem como possíveis geradores de sofrimento psíquico bem como da

percepção que essas crianças têm de si próprias nos diferentes contextos em que transitam.

6.1 A VIDA DE JOSÉ

José é um menino de 12 anos que está cursando a 6ª série, que, na atual legislação de educação, corresponde ao 7º ano. É uma criança que foi adotada quando recém-nascida por pais com mais idade, ou seja, após os 40 anos. O pai tem filhos já adultos de um primeiro casamento e a mãe também. Os dois filhos do primeiro casamento da mãe e uma filha moram com a família, que reside em um bairro nobre da região metropolitana de Vitória.

Nos últimos meses, José estava fazendo uso do medicamento Cloridrato de Fluoxetina, que era remédio da mãe. Ela experimentou dar do seu próprio medicamento para o filho e disse estar fazendo um bom efeito em José: ele “ficou mais calmo”.

Até o momento da pesquisa, José havia estudado em duas escolas privadas. Com seis anos de idade, começou estudar no Colégio 1 e lá permaneceu até os dez anos. Há cerca de um ano estuda no Colégio 2. Por ter ficado reprovado no ano de 2011, atualmente estuda em seu terceiro colégio particular.

José foi encaminhado para consultas psíquicas por suas dificuldades em aprender as primeiras letras, por sua relutância em fazer os deveres escolares sozinho, pelo desejo de brincar durante essas atividades, por sua atenção reduzida e por não aceitar alimentação que não fosse a de sua casa (o que deixava os pais constrangidos quando viajavam a passeio e ficavam hospedados em pousadas).

Ao final do ano, José foi reprovado nessa escola. Diante disso, “[...] fez ameaças de jogar uma bomba” na escola, segundo relato dos pais. Quanto aos comentários dos professores de José, não foi possível incluí-los neste texto, devido ao fato de não obtermos autorização para conversar com eles, com a justificativa de que a escola estava com todos os horários ocupados em sua tarefa de ensino e por ser norma da escola.

José afirma não gostar da escola, mas, quando indagado, não apresenta justificativa para isso. Em uma das sessões lúdicas na brinquedoteca, após a leitura do livro “O menino maluquinho”,⁵ a pesquisadora conversa com José sobre sua escola:

Pesquisadora: Você tem retrato de colégio?

José: Não gosto de retrato de colégio. Não gosto de colégio!

[...]

Pesquisadora: Você diz que não gosta de escola?

José: Nunca gostei.

Pesquisadora: Por quê?

José: Odeio a escola e não sei por quê.

Pesquisadora: Você sofreu “bulling”, deboches, foi chamado de maluquinho?

José: Mas Maluquinho é o nome dele.

Pesquisadora: Às vezes teve algum deboche. Esta já é a sua terceira escola.

José: É a quinta escola e não gostei de nenhuma.

Pesquisadora: O que você não gosta?

José: Tudo (Encontro do dia 22-5-2012).

No diálogo sobre a vida escolar de José, ele expressa sofrimento e ódio, embora não conseguisse olhar o que estaria movimentando esse sentimento, mesmo com insistência da pesquisadora. Apesar de tentarmos buscar, nas relações escolares com professores e colegas, um entendimento para justificar esse sentir, não foi possível avançar nessa tarefa.

Por outro lado, nas entrevistas semiestruturadas realizadas com seus pais, eles informaram que José apresentava “fácil relacionamento” com eles e com as crianças da vizinhança. Também aceitava a frequência cotidiana ao ambiente escolar com tranquilidade.

Os primeiros contatos com José foram realizados no consultório de seu plano de saúde, geralmente com a presença dos pais, que quase não o deixavam falar. Mesmo assim, ele reclamou das viagens que os pais queriam fazer, já que ele não

⁵ O livro “O menino maluquinho” aborda a história de um menino que brincava, gostava de estudar e era chamado carinhosamente de maluquinho devido às suas travessuras. Apresenta passagens típicas da vida de uma criança de classe média de zonas urbanas na família e na escola.

queria ir no entanto, os pais insistiam em levá-lo e também queriam que ele se alimentasse com o alimento servido nas pousadas: “Como levar a comida dele?”, era a pergunta dos pais.

Nos encontros no consultório, ao solicitar que os pais aguardassem um pouco fora da sala, José manifestava desagrado e, só após muita insistência, algumas vezes concordava com a saída dos pais da sala.

Porém, nas sessões lúdicas na brinquedoteca, José aceitou entrar sem a presença do pai, que ficou esperando em uma sala próxima. Apresentou uma reação de tranquilidade no espaço da brinquedoteca e se interessou pelos objetos da sala. O ambiente diferente, o espaço amplo e a quantidade de brinquedos e novidades encantaram José e permitiram, juntamente com a relação estabelecida com a pesquisadora, uma confiança maior no outro de forma a possibilitar o afastamento do pai.

Nas sessões de atividades lúdicas realizadas na brinquedoteca, encontramos algumas pistas para compreender um pouco mais sobre o modo como a criança percebia o contexto em que vivia, sobre seus medos, angústias e possibilidades de superação de situações difíceis vivenciadas por ela. Abordaremos esses aspectos a partir de alguns acontecimentos que se ressaltaram em sua fala.

6.1.1 Acontecimento I: A briga na escola

Na sessão lúdica de 23-5-2012, durante a realização da atividade de leitura do livro “Menino Maluquinho”, ocorreu um diálogo sobre a reprovação de José na escola anterior. José explicava que perdera a prova, porque o pai não o levava para a escola.

Pesquisadora: Nessa escola em que ficou reprovado você falou em jogar uma bomba?

José: Não.

Pesquisadora: Os professores ficaram com medo de você?

José: Não.

[...]

Pesquisadora: Na história do “Menino maluquinho”, ele falava em bomba e todos ficavam com medo.

José: Quando eu estou com raiva, eu sempre falo que vou acabar com a pessoa.

Pesquisadora: Vai ver que você falou isso no colégio.

José: Prometia. É só mexer com o sentimento das pessoas. Quando eu estou com raiva eu faço isto.

Pesquisadora: O que aconteceu?

José: Estava na aula de Filosofia e eu tive uma briga com meu colega, bati a cabeça dele no quadro, ele puxou meu pé e eu dei um chute na barriga dele.

Pesquisadora: E o professor não viu?

José: Ele é doido. Nem percebeu. É todo caído.

Pesquisadora: Você ficou suspenso das aulas?

José: Não. Lá é uma bagunça. Falei que ia acabar com todo mundo.

[...]

José: A sorte do meu colega foi que ele não bateu a cabeça na quina. Poderia morrer.

A partir de uma pergunta da pesquisadora se ele, José, teria falado em jogar uma bomba na escola, como seus pais haviam comentado nas entrevistas, a criança passa a falar sobre que faz quando está “com raiva”: “Quando eu estou com raiva, eu sempre falo que vou acabar com a pessoa”; “É só mexer com os sentimentos das pessoas. Quando estou com raiva eu faço isto”. Pouco depois, descreve uma briga com um colega na sala de aula.

José relata que, na relação com os outros, ao ser contrariado, fica com raiva e ameaça. A criança apresenta uma percepção de seus sentimentos ao ser contrariada, nomeia o que sente e, diante disso, faz ameaças. Indica perceber também que mexer com os sentimentos do outro, com ameaças, pode amedrontá-lo. Para ele, esse comportamento era uma forma de expressar sua raiva e também de exercer poder sobre o outro.

As palavras dessa criança indicam a maneira como ela vai elaborando situações difíceis pelas quais têm passado no transcorrer de sua vida e que foram evidenciadas durante as atividades lúdicas na brinquedoteca.

As elaborações de José podem ser observadas na continuidade do diálogo com a pesquisadora: “Eu quero é ser lutador. [...] Meu professor luta. A faculdade que ele fez eu não sei”. Esse desejo expresso por José nos leva a indagar se, em seu mundo, tornar-se um lutador como o professor não seria para ele uma forma de ser respeitado e aceito, sentimentos não presentes em sua vida escolar, expressos na briga em que se sente ofendido quando o colega “zoa” dele pela nota inferior. José, que foi rejeitado pela mãe biológica, parece tentar se afirmar como forte e capaz por meio da agressão aos outros.

Para Dolto (1988a, p. 133),

É pela palavra, pela criação, que o ser humano chega a ultrapassar seu sentimento de impotência; está consagrado ao sofrimento, devido à disparidade entre seus desejos, que são incomensuráveis, e a impossibilidade de satisfazê-los. Existe, portanto, um sofrimento fundamental e necessário que jamais evitaremos. Porém podemos, pela palavra, pela simbolização, pela criação propiciar que esta disparidade entre desejos e suas realizações sejam menos dolorosas.

Diante disso, entendemos que esse foi um momento importante para José por permitir a ele se mostrar com seus sentimentos agressivos em relação aos outros e, de alguma maneira, poder dar vazão à hostilidade sentida.

6.1.2 Acontecimento II: A adoção

José foi adotado ainda recém-nascido, e seus pais adotivos o foram buscar no hospital. Tiveram fácil acesso para se cadastrar para adoção e, como não manifestaram nenhuma preferência sobre cor, idade e sexo, conseguiram passar à frente de muitas pessoas na fila de adoção.

A condição de criança adotada era de conhecimento de José e foi esclarecida pela família desde o primeiro encontro, mas não verbalizada por ele nos encontros. Durante as sessões de atividades lúdicas, falava sobre o mundo à sua volta e até de pessoas que ele não conhecia, mas que tinham algum vínculo com a família que o adotara.

Na entrevista com a mãe de José, ela fez um comentário que traz elementos interessantes para compreendermos como ele vê sua situação de filho adotado. Relata a mãe que, anteriormente, José costumava falar muito sobre sua mãe biológica. Em vários momentos de sua vida, perguntava por ela, sofria, pedia para conhecê-la.

Mas a mãe informa que, desde que José começou a usar o medicamento Cloridrato de Fluoxetina, por volta dos 12 anos, parou de perguntar sobre a mãe biológica e ainda deixou claro que, quando ele quisesse conhecê-la ele falaria.

O medicamento, por ser um psicotrópico, tem, como a maioria desse tipo de medicamento, um efeito ansiolítico sobre o sistema nervoso central, mas por si só não justifica a mudança de comportamento de José. Outros acontecimentos estariam envolvidos e teriam provocado essa mudança?

No encontro do dia 25-10-2011, quando José comentou sobre sua criação em meio a pessoas adultas, a pesquisadora perguntou se sentia falta de criança. Como resposta, ele falou sobre a irmã que, nessa época, tinha em torno de 25 anos. Comentou de uma ideia “muito louca” que teve: “Eu tive uma ideia muito louca. Minha irmã me trata como mãe. Ela é perfeita!”.

A ideia “muito louca” de José suscitou-nos questionamentos: estaria mais feliz com a irmã como mãe do que com a própria mãe adotiva? Seria uma criança com três mães? A biológica, a mãe adotiva e a irmã também como mãe: “Ela é perfeita”. Os pais com idade avançada só “pensavam em viajar”. José não queria viajar para ficar com a irmã-mãe que, na época de sua adoção, era a mais jovem dentre os irmãos por parte de mãe adotiva?

Com o objetivo de obtermos mais elementos para compreender os sentidos que perpassavam essa fala de José, buscamos informações na entrevista concedida pela mãe.

A mãe fala da relação de sua filha com José como de muito carinho, caracterizada por um tipo de relação mãe-filho. Relata que as brincadeiras de José com a irmã, a mais jovem da família, se aproximavam mais de brincadeiras infantis.

É possível que o contato com a irmã-mãe lhe tenha trazido alívio, potência e novas expectativas em relação à vida, em frente às vivências tão funestas a que sua vida esteve exposta desde os três anos de idade, quando se iniciaram – ou se intensificaram – os acontecimentos de perdas em sua vida.

Diante da insistência de José em conhecer a mãe biológica, seus pais possibilitaram esse contato. No encontro do dia 22 de maio de 2012, José fala espontaneamente do assunto.

José: Eu conheci minha mãe: Joana. Meus pais procuraram e acharam a minha mãe da barriga.

[...]

Pesquisadora: Quando você conversou com sua mãe biológica, a da barriga, ela tratou você bem? Abraçou, beijou e explicou por que não pôde criar você?

José: Sim, porque ela queria melhor condição de vida para mim.

Pesquisadora: Uma família que pudesse dar a você educação, viagens, conhecimentos.

José: Mas eu não gosto de viagens.

Pesquisadora: Eu sei que você não gosta de viagens. E você pensa em voltar para sua família biológica?

José: Só para aborrecer, para a mamãe chorar, eu falo isto, só por brincadeira [risos].

Pesquisadora: Para ter certeza de que ela gosta de você?

José: Certeza eu tenho, é só por brincadeira (Encontro do dia 22-5-2012).

Esse encontro com a mãe biológica pedido e adiado em vários momentos, segundo a família, é o encontro fundamental de um ser humano com a sua origem, com a mãe que possibilitou sua presença no mundo e que poderia contar a sua versão da história da vida, um saber de sua origem pela fala de quem o gerou.

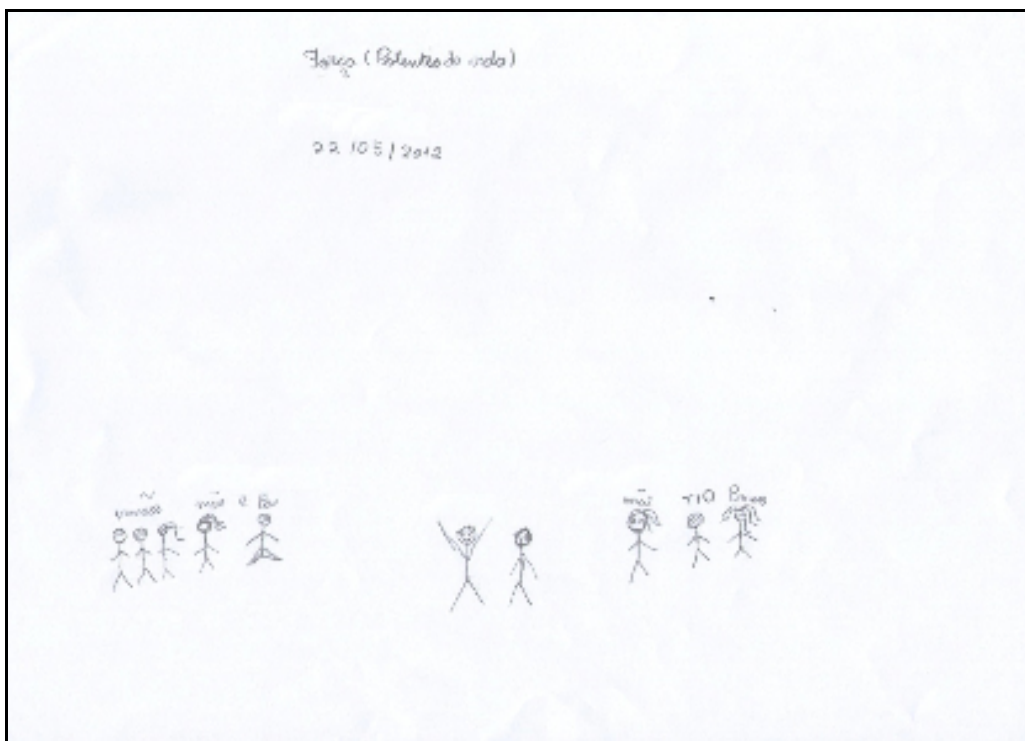
Conforme indica o diálogo transcrito, esse encontro permitiu a José saber por que sua mãe o “abandonara”, qual o motivo de não poder criá-lo, um motivo aceito socialmente, que é o da impossibilidade de dar a ele alimentos e estudo, que foi o que ele ouviu dela, mas também o do desejo de bem-estar para ele, desejo “oficial” de mãe. Também possibilitou a José pensar o seu comportamento de aborrecer a

mãe que o adotou e se certificar de seu amor. Consideramos um momento importante de escolha na vida dessa criança.

Podemos pensar nesse momento como de integração, de fio condutor e de ampliação da percepção de seu comportamento. A emergência de uma percepção de que sua família é maior, mais ampla, embora os laços sejam mais próximos com o pai e a mãe adotivos e os irmãos e a irmã adotiva do que com sua mãe biológica e seus irmãos biológicos. Em maio de 2012, a vivência das experiências do abandono da mãe, da adoção e do reencontro com a mãe biológica parece se integrar em uma nova configuração que possibilita a José ultrapassar, se perceber de outra forma, como filho adotivo.

Em seu desenho realizado em 22-5-2012, ao representar o sentimento de força, potência de vida, ele retrata a família que o adotou e sua família biológica. Incluiu-se com sua representação de braços levantados nesse desenho (Figura 1).

Figura 1 — Eu tenho a força!



6.1.3 Acontecimento III: A morte do cachorro de estimação

José, em um trecho de sua fala, durante uma sessão, relata um tempo vivido com seus animaizinhos de estimação. Descreve a sala de seu apartamento e o comportamento de sua mãe, que faz muitas compras.

José: A última vez que cheguei em casa, quebrei um objeto da mamãe. Lá tem espaço. A mamãe compra muita coisa e fica sem espaço (mostra o tamanho da sala de sua casa). A sala seria bastante grande, mas graças à mãe fica cheia. A cachorrinha pulou e quase quebrou um objeto da sala, mas ele salvou. Ela, quando ele chega da escola, fica pulando, pulando, daí o nome Kika, quicava em cima dele. Eu tinha futebol e chegava cansado, e ela pulava em cima de mim (mostra o tamanho da cachorrinha: a raça é egípcia). Raça cara. É egípcia e é cara. Já tive uns quatro cachorros. Um deles era grande e eu ficava em cima dele e fazia ele de cavalo. É por que ele morreu, ou foi doado. O outro era pequenininho: Poodle branco e minha mãe pintou de azul. Aí eu coloquei ele no vaso e dei descarga, mas ele não morreu. Depois ele fugiu e morreu.

Pesquisadora: Será que ele fugiu e morreu por causa da descarga?

José: Não, ele fugiu e depois morreu. O outro estava tomando banho, quebrou a pata e morreu. Não sei por que morreu. Aí chorei muito e ganhei outro cachorro. Antes da Kika, teve Mel, porque minha tia me chamava de pão de mel. Eu queria as duas. Tinha mais ração lá em casa do que comida. A Mel foi doada pro meu primo. Quando cheguei em casa, já não estava. Eu queria as duas. Mas a Mel rasgava as poltronas. Me deu uma raiva. Cadê a Mel? A Mel estava acabando com a casa de sua mãe e aí ela foi doada.

Pesquisadora: Naquela época, você era muito pequenininho. Hoje você sabe que não pode jogar cachorro na água que ele pode afogar, nem dar banho e machucar (Encontro no dia 21-10-2011).

Essas lembranças relatadas por José representam os primeiros indícios de perdas relacionadas com seus animaizinhos de estimação por fuga, porque os pais doaram para outro membro da família, ou por morte, de acordo com sua imaginação. Os pais, em suas entrevistas, não confirmaram morte dos animais como a criança imagina ter ocorrido na época.

Discorrendo sobre a atenção dispensada às crianças no âmbito da família, Dolto (1988b, p. 82) afirma que “Nosso corpo está estreitamente ligado às palavras que recebemos de nossos pais. É por esta razão que é muito importante responder às crianças sobre a morte, e não colocar um véu de silêncio sobre este tema”.

Para uma educação dos filhos que priorize a vida e a expansão de suas possibilidades de crescimento, o diálogo sobre acontecimentos que trazem insegurança e angústia é fundamental. No caso do animal de estimação de José, parece haver fatos pouco esclarecidos e interpretações confusas perpassando a perda.

6.1.4 Acontecimento IV: A doença do pai e da mãe

Além da ocorrência das duas mortes, a do avô e a do tio, em menos de 15 dias, comenta a mãe de José que seu marido, nesse mesmo período, sofreu um acidente. Viajando para o interior, para o velório do irmão, ele cochilou ao volante, embreando-se no meio de um matagal ao sair da estrada no veículo que dirigia. Não aconteceu nada de grave, mas foi um grande susto.

A mãe de José comenta que, quando o filho se viu diante das doenças pelas quais eles próprios passaram, José demonstrou sofrer mais com a doença e a internação do pai do que quando ela própria precisou ficar internada para tratamento de doença grave. Segundo seus comentários, José não queria comer, não dormia e queria ficar esperando o pai voltar para casa. Em sua opinião, José ficou muito desestruturado com a doença do pai, mais do que quando ela própria ficou internada para tratamento.

O que estaria acontecendo com essa criança tão pequena imersa em um momento de sofrimento dos pais? Como via a doença dos pais, o choro da mãe, a doença do pai? A mãe de José relata:

Meu pai faleceu no dia primeiro e foi enterrado no dia dois. O tio morreu no dia dois e foi enterrado no dia três, um cunhado [marido] faleceu no dia quatorze e foi enterrado no dia quinze. Tudo aconteceu de uma vez, isto em quinze dias.

Quando o pai ficou doente e internado, José não comia, não dormia, dizia que ia ficar esperando o pai. Quando a mãe estava doente, ele também ficava preocupado, mas, segundo a mãe, “[...] não como em relação ao pai”. Diz a mãe que José ficou três dias sem comer quando o pai estava doente, às vezes dormia: “Quando eu fiz a cirurgia da tireoide, ele não ficou assim. Não chegou a desestruturá-lo tanto. Ele sentia mais falta do pai do que de mim”.

Referindo-se aos pais, José relata:

José: Eu vi meu pai cair na minha frente. Foi para o hospital. Fez cirurgia de marca-passo, meu pai está vivo e isso é bom demais.

Pesquisadora: Explico sobre o marca-passo.

José: Só me preocupa que ele estava vivo.

Pesquisadora: Seu pai me falou isso, mas você tomou um susto muito grande.

José: Minha mãe teve câncer, agora está boa. Estava morrendo por causa de meu pai e minha mãe.

Pesquisadora: Você entende que seus pais têm mais idade? Seus colegas têm pais mais jovens?

José: Tem. Mas pai novo dá problema também. A mãe da minha colega é nova e está respirando por aparelhos. Ela era médica e pegou uma doença grave, fica só deitada, a filha dela é que faz as coisas para ela (Encontro do dia 25-10-2011).

José, ao ver o pai caído no chão, devido ao início de um enfarte do coração, ficou em um estado emocional alterado: “Estou morrendo por causa do meu pai...”. O mesmo ocorre em relação à mãe em outro momento, por causa de um câncer na tireoide. Na linha do tempo emocional de José, esses dois momentos estão unidos na expressão: “estou morrendo”, o que dimensiona sua dor em frente a esses acontecimentos: doença e possibilidade de morte.

Seus relatos nos dão uma pista sobre seu medo de perder os pais pela segunda vez e de sua percepção de que a morte pode rondar a vida em qualquer idade, profissão ou condição social.

O medo de perder os pais se revela também em outro comentário de José a respeito de seus anos de existência: “Minha mãe tem 54 a 56 anos e meu pai vai durar até 200 e poucos anos, vai ultrapassar o recorde do *Guinness* que é de 120 anos”.

Diante desses acontecimentos e da situação angustiante que estava vivenciando pela possibilidade de perda dos pais, José relata que “estava morrendo”: “Estava morrendo por causa do meu pai e da minha mãe”.

José vivia num mundo de adultos de sua família. Ouvia comentários, participava de diálogos, interpretando as palavras também de forma adulta, mesmo sendo criança.

A angústia de José se expressa em suas palavras ao se lembrar dos períodos de doenças de seus pais adotivos. Dolto (1988b p. 81) aponta:

Toda criatura viva se encontra, desde o dia do seu nascimento, num caminho que a conduz para a morte. Aliás, não temos outras definições para a vida a não ser através da morte, e para a morte a não ser através da vida. Portanto, a vida é parte integrante de um ser vivo, assim como a morte. A morte faz parte do destino mesmo de um ser vivo. E as crianças sabem disso muito bem.

As experiências com perdas e doenças colocam José em contato com a possibilidade de fim da vida. Com a pesquisadora, devido à confiança estabelecida, permite-se partilhar esses momentos e retomar a esperança de que seus pais vão viver muitos anos. Diante de situações trágicas, poder partilhar e ter esperanças nos ajuda a enfrentar o nosso próprio medo da morte.

6.1.5 Acontecimento V: A morte do avô e de alguns tios

Nesse acontecimento, José relata sobre a morte do avô, dos tios e do primo e, ao mesmo tempo em que relata, comenta sobre o sofrimento que esses acontecimentos lhe causam.

Em outros fragmentos das sessões de José, ele relata ter chorado na época da morte do avô, além de preocupações com os pais em seus momentos de doença:

José: Eu já chorei, se for muito trágico, uma lágrima só. Chorei muito quando meu avô morreu. Eu entendi a parte que ele estava morrendo, o resto não. E eu fiquei chorando, minha tia pagou um sorvete, chorei tanto que derreteu, chorei tanto que parecia que ia morrer.

Pesquisadora: Seu avô brincava com você? É muito triste. Quando minha avó morreu eu chorei muito. A minha avó contava histórias de bruxas, a bruxa andava com um bote, rema, rema 60 léguas, rema, rema 70 léguas. Eu adorava esta história. Também chorei muito.

José: Depois do meu avô, os tios começaram a morrer em sequência. Parecia exterminação, três, quatro, cinco tios morrendo.

Pesquisadora: Tios?

José: É uma exterminação, morriam não sei de quê. Um primo que eu não conhecia tinha acabado de sair, era novo, um ladrão tentou assaltar a mulher dele e ele morreu com tiros.

Pesquisadora: Foi o de Guarapari?

José: Não, foi há muito tempo, eu não conhecia ele nem ela. Eram desconhecidos.

Pesquisadora: Está certo.

José, em sua fala, expressa as diversas mortes que ocorreram na sua família e os momentos de tensão e angústia vividos por ele e seus familiares. Lembra-se de detalhes como a morte do primo durante um assalto. Fala do seu choro persistente e do seu sorvete dado por uma tia ter derretido em meio às suas lágrimas. A riqueza com que se expressa dá indícios de seu contexto familiar compartilhando todo este sofrimento com ele.

Os enunciados de José trazem indícios para compreendermos o modo como o tema da morte foi organizado no seu pensamento e na sua fala.

Comentando sobre José, a mãe relata que a morte do pai dela o marcou muito. Ele era bem pequenininho, nessa época, contava três anos. Também nesse período ocorreram muitas coisas em sua família e na família de seu marido. A situação mais grave que aconteceu nesse período, ao mesmo tempo, foi a internação do pai dela em um hospital e a internação do irmão do marido em outro hospital devido a um atropelamento. Ela contou que o marido alternava ora levando-a para ver o pai, ora

para ver o irmão dele. Ao chegar em casa, José vigiava-a para não chorar, dizendo: “Mamãe, você não vai chorar”. Repetia frequentemente essa frase.

Para a mãe, José não era muito ligado a esse avô. Entretanto, o pai tem uma outra compreensão da situação. Há nos relatos dos pais divergências quanto à ligação afetiva de José com seu avô.

O pai de José comenta que, nos finais de semana, passava sempre no quiosque perto da praia, onde seu sogro, antes de ser internado e vir a falecer, trabalhava. Dali seguia, juntamente com a esposa e o filho, para a casa da sogra, onde passavam o restante do dia.

Segundo o pai, José mostrava-se alegre com as brincadeiras do avô que o chamava de “frangote”. Gostava do avô e de suas brincadeiras, mesmo não tendo com ele uma convivência diária. Eram alguns momentos nos finais de semana em que podia estar com um adulto do mesmo sexo que não o pai, ouvir outras palavras e até brincadeiras, em um ambiente aberto à beira-mar.

A morte tem sido vista como trágica na percepção de José, com um tumulto emocional nos familiares, um acontecimento irreparável, bem no sentido de nossa cultura ocidental em que não há preparativos para um acontecimento do viver que é o morrer.

Para o autor Elias (2001), em épocas mais antigas, o nascimento e a morte, fatos inerentes ao existir humano, eram situações mais presentes na vida pública do que atualmente. A vida familiar era mais pública e a morte era um acontecimento com maior participação de pessoas mais próximas, mesmo que não fossem da mesma família. Os nascimentos e as mortes eram considerados como situações do viver e do morrer, sem o caráter privado e de certa maneira oculto dos dias atuais.

Ressalta o autor que atualmente não há um preparo para os eventos ligados à doença e à morte. O funeral precisa ser rápido, os lamentos rápidos, sem um tempo para a elaboração das perdas o que, entendemos, pode provocar em uma criança um desamparo em frente aos adultos que deveriam se apresentar como referência de segurança emocional, mas que, nesse momento de perdas, estão tão desamparados quanto as crianças.

Atualmente, a maneira como os adultos se comportam socialmente diante das perdas, sentidas como impotências, reflete-se no modo como a criança elabora situações de perda e morte de pessoas próximas; sobressai mais a angústia diante dessa realidade que congela esse tempo emocional como algo ruim que precisa ser expulso da mente, sem pensar nos ciclos vitais do biológico, como experiências humanas do viver.

Com a finalidade de tratar do tema da separação e da morte com José, a pesquisadora leu para ele o livro “História de uma folha”, de Leo Buscaglia.⁶ Após a leitura, a pesquisadora inicia um diálogo com a criança:

Pesquisadora: A morte, as doenças, a velhice, as crianças fazem parte deste mundo. A vida é em ciclos de nascimento, infância, vida adulta, velhice e morte. Nasce, cresce, amadurece e morre como na história da folha.

José: É assim.

Pesquisadora: Quando seus pais ficaram doentes, você não sentiu medo de perdê-los?

José: Me senti muito sozinho e chorei com medo de perdê-los.

Pesquisadora: Não tinha ninguém para conversar com você? Sua irmã morava com você?

José: Não, ela mora em Aracruz há muito tempo.

Pesquisadora: Você ainda tem esses sentimentos de perdas? Estão atrapalhando seu crescimento?

José: Sempre.

Pesquisadora: Esses sentimentos às vezes ficam muito tempo dentro da gente. É preciso falar para arejar igual ao vento na história da folha. Nós temos um sentido para a nossa vida.

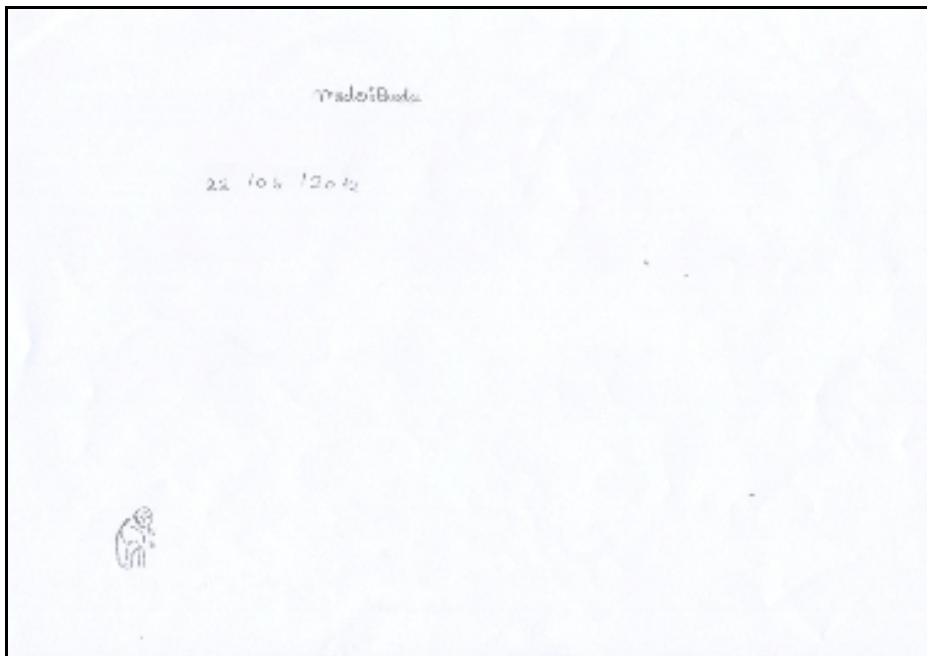
Pesquisadora: Você também perdeu alguns cachorrinhos que foram doados como a Mel. Ficou até hoje com a Kika, não é?

José: Sim.

⁶ O livro “A história de uma folha” trata das diferenças das folhas de uma mesma árvore, das estações do ano e da morte das folhas, com sua queda pelo vento.

Após comentar com José sobre suas perdas e considerando que ele sempre expressa que essas situações o angustiam, a pesquisadora solicita a ele que expresse pelo desenho os sentimentos vivenciados de perda (Figura 2).

Figura 2 — Muito só!



José desenha um menino sozinho e chorando. A desproporção do desenho, num cantinho da folha, com um “vazio” grande no restante da mesma folha de papel, permite-nos pensar a extensão do sofrimento e da solidão sentida.

Como parte do trabalho realizado com a criança, foi indagado a ela sobre as outras pessoas que a acompanhavam nesse momento. José faz referência à irmã, que estava em Aracruz e ligava para ele, e à cachorrinha Kika, que lhe fazia companhia. Diante disso, foi solicitado a José que tentasse desenhar o sentimento de amizade que experimentou com os telefonemas da irmã e com as brincadeiras da Kika (Figura 3).

Figura 3 — Como é bom ter amizade!

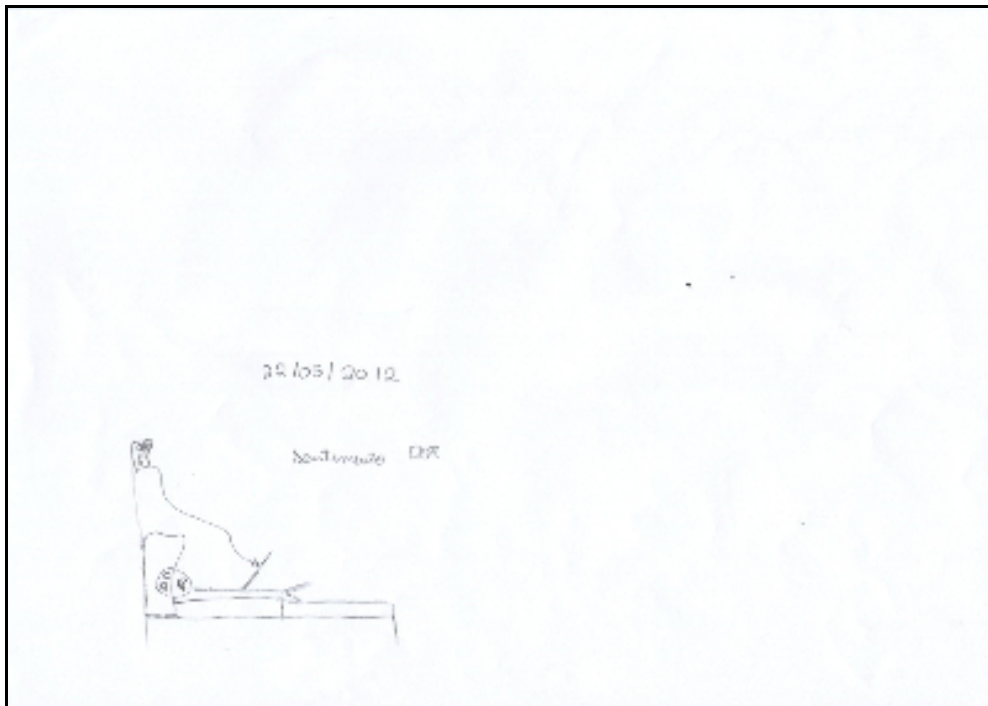


José retrata o sentimento de amizade quando do recebimento do telefonema de sua irmã, as puladas da Kika em cima dele e o sentimento de não estar sozinho.

Durante a sessão, conversando sobre o período de doença dos pais e do contato diário por telefone com a irmã, que morava em outra cidade, a pesquisadora indaga a José sobre como a irmã o trata e ele responde: “Como um filhinho”. Essa frase nos auxilia na análise dos sentimentos que José percebe na relação com sua irmã. José vê a irmã como uma mãezinha?

A seguir, fez o desenho, que trata dele próprio. José, tendo passado mal com alterações gástricas e febre foi internado para observação e precisou ser hidratado com soro fisiológico e fazer exames do sangue (Figura 4).

Figura 4 — Ai que dor!



José desenhou os sentimentos de dor vividos por ele no hospital, recebendo soro. Os pais se alternavam para acompanhá-lo. Relatou não sentir muito a dor, mas sim o incômodo de precisar tomar soro e ter de ficar quietinho para a agulha não sair da veia. Os pais também não podiam ficar juntos com ele, um ficava e o outro ia para casa, devido às normas do hospital, que admitia só um acompanhante.

Nos primeiros encontros, ao falar sobre a superação da doença do pai, José vai além e expressa outra possibilidade de vivência: “Meu pai está vivo e isso é bom demais”. Traz a vida do pai novas possibilidades ao seu viver? Sobre o viver humano, o autor Rubem Alves (1999, p. 44) destaca:

Confesso que, na minha experiência de ser humano, nunca me encontrei com a vida sob a forma de batidas de coração ou ondas cerebrais. A vida humana não se define biologicamente. Permanecemos humanos enquanto existe em nós a esperança de beleza e da alegria. Morta a possibilidade de sentir alegria ou gozar a beleza, o corpo se transforma numa casca de cigarra vazia [...] cascas duras que as continham (eram ataúdes) [...].

A recuperação do pai e da mãe estaria, ao olhar de José, como o impossível se tornando possível? Parece que sim. A irmã, de quem ele tanto gostava, já havia se casado e morava em Aracruz. Os irmãos mais velhos trabalhavam. Atualmente a mãe está aposentada e tem mais tempo para José. A esperança, a beleza e a alegria parecem se aproximar mais de José, com a recuperação de seus pais.

6.1.6 O que a criança diz sobre si própria

A análise dos dados indica que a condição de José como criança com diagnóstico de depressão parece ser atravessada pelas possibilidades que se apresentam a ele de elaborar acontecimentos angustiantes, relacionados principalmente com a adoção, as doenças dos pais e perdas de familiares e animais de estimação. Vigotski (1988b, p. 59) afirma que “[...] as mais elevadas funções mentais do indivíduo emergem de processos sociais” e nos possibilitam romper os paradigmas dos fatores biofisiológicos na produção dos sofrimentos, ultrapassando esses fatores e nos permitindo abordar o tema do sofrimento infantil a partir dos fatores sócio-históricos.

Contribuindo para essa situação, destaca-se também a proximidade da adolescência, um período marcado por grandes transformações biológicas e também psíquicas em nossa cultura.

Na sessão lúdica de 23-5-2012, após a leitura do livro “O menino maluquinho”, foi estabelecido um diálogo entre a pesquisadora e José, que traz mais elementos para compreender a maneira como ele vai elaborando os acontecimentos de sua vida e a si próprio nesse contexto.

Pesquisadora: Na história do “Menino maluquinho”, ele era muito agitadinho [...].

José: Ele era feliz.

Pesquisadora: E você não é?

José: Não sei.

Pesquisadora: Você não é sozinho. Tem duas famílias.

José: Fico no meu quarto e fico mais feliz. Prefiro ficar sozinho.

Pesquisadora: No início da adolescência, às vezes se quer ficar sozinho. Agora, tratar as pessoas para elas ficarem com medo não acho legal.

José: Tem vantagens... das pessoas fazer coisas para a gente.

Pesquisadora: Tipo ser escravo?

José: É. Exatamente.

Pesquisadora: Não é legal as pessoas terem medo. Melhor ter respeito.

José: A porteira do meu prédio reclama do lugar onde deixo a bicicleta, que não está atrapalhando nada.

Pesquisadora: No seu condomínio tem lugar para as bicicletas?

José: Sim. Fico pensando que o trabalho da porteira é ficar abrindo e fechando porta. Por que ela fica falando isto?

Pesquisadora: No seu prédio tem meninos da sua idade que colocam as bicicletas no lugar?

José: Ela só reclama comigo.

José: Dependendo do que ela fizer comigo vou bater nela.

José começa a falar de seu círculo maior de relacionamento como em seu condomínio e também em relação à escola. Demonstra insatisfações e raiva nessa situação com a porteira de seu prédio que, ao exercer seu trabalho, coloca limites e estabelece o local para deixar a bicicleta e certamente chama a atenção dos meninos que fazem alguma bagunça, além de avisar os pais. Isso incomoda José, e ele começa a fazer ameaças e a se irritar com a funcionária do condomínio onde mora. José tenta se firmar como quem tem poder perante seus colegas de vizinhança e moradores do mesmo prédio.

Destacamos os pontos conflituosos do comportamento de José em relação ao grupo de vizinhos, também crianças, em fazer ameaças e se irritar com limites estabelecidos pela funcionária do condomínio. Tenta se impor, sofre com ciúmes das outras crianças que não são chamadas a atenção. Retomando o contexto em que essas elaborações da criança surgem, concordamos com Dolto (1988b, p. 161) que afirma que: “[...] uma criança que ofende outra criança, muitas vezes faz isso porque está sofrendo e quer que essa outra, que lhe parece mais amada do que ela, sofra também”.

O novo diálogo indica as dificuldades de José em estabelecer laços de amizade o que pode ajudar na compreensão das elaborações de seu comportamento.

José: Gosto de ficar sozinho.

Pesquisadora: Mas fazer amizades também é muito bom.

José: Não tenho amigos. Eu só falo com eles porque não tenho nada para fazer.

Pesquisadora: Não tem amigos, não sente amizade?

José: Meu amigo é o computador.

Pesquisadora: Amizade a gente sente.

José: Sinto pela família.

Pesquisadora: Ter amizade na família e também fora da família.

José: Eu não gosto. Se for amigo de infância, na hora de trabalho vou precisar derrubar ele e então é melhor não ter amigos.

[...]

José: Eu só tenho um amigo que é o José Felipe.

O diálogo ressalta a solidão e a restrição de relacionamentos com os outros; o computador parece ocupar as lacunas que se delineiam em sua vida social restrita. Após comentar que “não gosta” de ter amigos, José reporta-se ao futuro e ao mundo do trabalho: “Se for amigo de infância, na hora de trabalho vou precisar derrubar ele”, o que parece ser uma justificativa para a dificuldade de ter amigos. Esse tipo de argumentação nos parece muito avançada para uma criança, que ainda é estudante. Dolto (1988b, p. 4) coloca-nos uma questão para ajudar a pensar na relação da criança com o mundo externo à família: “Como se pode ajudar uma criança a adquirir seu próprio sistema de defesa, ou mesmo de autonomia, num meio que não é o familiar?”.

José encontra-se numa fase da vida em que, no contexto histórico e cultural onde vive, é esperado dele que comece a expandir as relações com os outros em universos que extrapolem o ambiente familiar, constituindo grupos de amigos mais próximos na escola ou em outros espaços. Entretanto, ele não se sente com disponibilidade para isso. E as relações existentes no ambiente escolar são tensas. Há conflitos com os outros, José agride colegas, mas, diante da família, parece não assumir essa condição tensa.

Por outro lado, a família não acredita que ele bate nos outros, conforme indica o comentário feito por ele: “Tipo: meu pai não acredita que eu faço isto. Teve uma situação com um colega e amigo, em que fizemos um trabalho juntos e ele ficou com

nota maior do que a minha e ainda me zoou. Eu dei um soco na cara dele”. Uma relação complicada parece se delinear entre José e a família, em que ele não deixa transparecer para os pais uma faceta de seu modo de ser atual. Segundo Dolto (1988b, p. 3):

Não existe maior infelicidade, para os pais do que constatar sua impotência diante do sofrimento físico ou moral de seu filho, nem maior infelicidade para uma criança do que perder o sentimento de segurança existencial, o sentimento de confiança natural que ela deposita no adulto.

Diante disso, consideramos que os comportamentos agressivos de José podem trazer conflitos para ele próprio na relação com seus pais, tendo em vista a maneira como eles o veem.

A forma como José lida com os acontecimentos pelos quais tem passado e os modos de relações possíveis com os outros delineiam uma configuração subjetiva, marcada por angústias, medos, certa agressividade na relação com algumas pessoas. Por outro lado, num contexto mais lúdico, permeado pela brincadeira, em alguns momentos José aponta para elaborações que indicam potência no modo de se ver diante da vida.

Brincando de “embaixadinhas” com a bola, no dia 21-10-2011, José conversa, derruba alguns brinquedos que estão próximos, como em uma reação ao que está sendo falado, e continua a brincar com a bola. Durante a conversa, a pesquisadora conta alguns eventos de sua vida e José diz: “Já passei por muitas coisas, não me conte mais nada, agora que está tudo bom, para ficar tudo bom”.

Nesse momento José fala:

Eu já tinha feito assim, jogar bola e conversar, a gente fica conversando e jogando. Eu jogo bem e presto atenção. Aprendi. Eu faço coisas impossíveis que ninguém nunca imaginou. Eu faço coisas impossíveis se tornarem possíveis (21-10-2011).

José expressa suas habilidades com a bola ao mesmo tempo em que comenta sobre as “[...] coisas impossíveis que ninguém nunca imaginou”, sobre as coisas por

que já passou. Nesse momento, revela um modo de ver a si próprio como alguém capaz de enfrentar os desafios que a vida lhe colocou, como as perdas e doenças.

Como já foi comentado, nos diferentes encontros realizados, emerge, no caso de José, uma constituição subjetiva complexa. Essa constituição complexa se delinea em um contexto de vida também complexo, indicando que, conforme Vigotski (2000), os processos humanos têm sua origem nas relações com outros homens, em dadas condições históricas e culturais.

Esses “muitos Josés” se revelam nos diferentes acontecimentos da vida dessa criança, como o abandono pela mãe biológica, a perda de animais de estimação, a morte do avô e as doenças de seus pais, a superproteção dos pais, a impossibilidade sentida por ele de cultivar amizades, considerando a competitividade no mundo do trabalho.

Entretanto, os diálogos estabelecidos nas sessões lúdicas apontam também comentários de José que indicam, em alguns momentos, potência emocional psíquica em seu desenvolvimento e sentimento de esperança no viver, melhora de autoestima, autoconfiança. José revela essa potência em suas tentativas de compreensão de seu mundo familiar, mesmo considerando os vários momentos de dor própria (sua doença) ou de sofrimento pela doença de seus pais adotivos, a morte de parentes, o afastamento da irmã (por mudança de casa), a concordância com o encontro com a mãe biológica, mesmo tendo sofrido abandono quando bebê.

Mas há aspectos que precisam ser trabalhados em José, como o comportamento agressivo em frente às frustrações; a necessidade de dedicação aos seus estudos, que irá promover seus sucessos futuros; e a capacidade de fazer amigos, que irá possibilitar crescimento pessoal fora de seu círculo familiar.

Essas múltiplas faces da configuração subjetiva de José e seu modo de lidar com a realidade e com as pessoas indicam os riscos que se pode correr ao circunscrevê-lo em um diagnóstico fechado, que, por vezes, pode produzir mais a restrição em seu desenvolvimento como um todo do que possibilidades de conhecimento dessa criança. As considerações de Vigotski (2000) sobre o papel do meio social no desenvolvimento do sujeito auxiliam-nos a pensar nesses riscos, ao afirmar que: “A natureza psicológica da pessoa é o conjunto das relações sociais, transferidas para

dentro e que se tornaram funções da personalidade e formas da sua estrutura” (VIGOTSKI, 2000, p. 27). Nessa passagem em que Vigotski faz uma paráfrase de Marx, encontramos elementos para pensar a vida de José como perpassada por múltiplas possibilidades de configuração subjetiva, as quais podem se constituir e se alterar a partir das condições sociais a que é exposto.

6.2 A VIDA DE GABRIELA

Apresentamos agora outra criança desta pesquisa, a menina Gabriela de dez anos, moradora de um bairro mais afastado de outro município que compõe a região metropolitana, porém também estudante de uma escola particular, com pais jovens e trabalhadores à época do atendimento e com a mãe grávida de um menino e bastante ansiosa com o comportamento de Gabriela.

Gabriela foi levada ao ambulatório por estar fugindo de casa, nervosa, chorando muito. Os pais reclamavam das notas baixas na escola. Relataram que trabalhavam muito e que Gabriela ligava para eles no trabalho para voltarem para casa mais cedo, dizendo que algo de grave havia acontecido com ela. Tudo alarme falso.

No ano em que a pesquisa foi realizada, Gabriela estudava em escola particular e cursava o 6º ano. No ano anterior, estudara em escola pública. Nas primeiras sessões lúdicas, ela reclamava que a mãe não tinha paciência, brigava e batia nela.

No que se refere à escola, foi possível obter um relatório descritivo de seu desenvolvimento estudantil e comportamental. Inicialmente, o relatório trata de seus primeiros meses na escola:

O ano de 2011 foi o primeiro ano da aluna em nossa escola. Ela veio de uma escola pública, já tendo algumas dificuldades na aprendizagem, conforme conversa com sua mãe. No início do ano apresentou ser uma aluna muito tímida, com reservadas amizades e pouca socialização. Não tirava dúvidas com os professores, mantendo suas dificuldades quanto à resolução de conteúdos. Após as primeiras avaliações, Gabriela apresentou notas muito baixas, sendo então necessário convidar seus pais para virem à escola (ESCOLA, 2011, p. 1).

Tendo constatado as dificuldades de socialização e de realização das tarefas escolares por parte de Gabriela, a escola entra em contato com a família e obtém novas informações sobre a aluna:

Conversando com eles, soubemos então que Gabriela apresentava ações e temperamento de ciúmes, quanto ao seu irmão recém-nascido e isto lhe causava insegurança, baixa-estima, como também reação de afastamento do irmão. No relato de seus pais, aos poucos ela tinha desejos de se aproximar do irmão, pegá-lo, mas logo reagia entendendo que ele havia pego <seu lugar na família> (ESCOLA, 2011, p. 1).

Ao compreender toda essa situação vivenciada por Gabriela, a escola procurou promover ações para integrá-la ao ambiente escolar:

Colocamos ela para participar mais de grupos, ajudar em tarefas de projetos escolares, entre outras atividades que trabalhassem a socialização e a autoestima da aluna. Com tudo isso, já no terceiro e último trimestre, pudemos perceber que Gabriela estava mais alegre, já se chegava à coordenadora e à pedagoga pedindo para de alguma forma ser útil, ficando até mais conhecida pela equipe escolar, bem diferente do início do ano. Trabalhamos para que Gabriela a cada dia supere suas dificuldades pessoais, como também passe a ser uma aluna ativa em sala, tendo confiança em si mesma e alcançando bons resultados em todos os aspectos de sua vida social e psicológica (ESCOLA, 2011, p. 2).

Os primeiros contatos com Gabriela, também no mesmo consultório do atendimento de José, foram positivos devido à facilidade de expressão da criança. Gabriela relatou suas queixas sobre sua família, seu desejo de ser tratada com acolhimento e respeito. Nesse período, sua mãe estava gestante de seu irmãozinho. A criança não estava tímida e sim com uma aparência de revolta em seu comportamento. Nesses primeiros contatos, a mãe de Gabriela nada revelou sobre sua própria adoção quando bebê, fato desconhecido pela pesquisadora.

Na brinquedoteca, durante as sessões lúdicas, Gabriela teve curiosidade de ver os brinquedos e jogos, de escolher e de tocar o pianinho, demonstrando seu gosto

musical, de representar com os fantoches, de criar histórias e se divertir, manifestando um modo de ser criança também marcado por potência emocional e expectativas diante da vida.

Trataremos a seguir do relato de alguns acontecimentos da vida de Gabriela, que se ressaltaram nos diálogos mantidos com ela durante as sessões de atividades lúdicas na brinquedoteca.

6.2.1 Acontecimento I: Conflitos com a mãe

Em um dos recortes de sua fala, na brinquedoteca, Gabriela dá indícios das dificuldades no relacionamento com sua mãe: “Mamãe fica brava”, quando tenta escolher sua roupa e a mãe não concorda:

Gabriela: O papai está trabalhando. A mamãe fica brava porque eu vesti essa roupa .Ela queria que eu colocasse outra roupa.

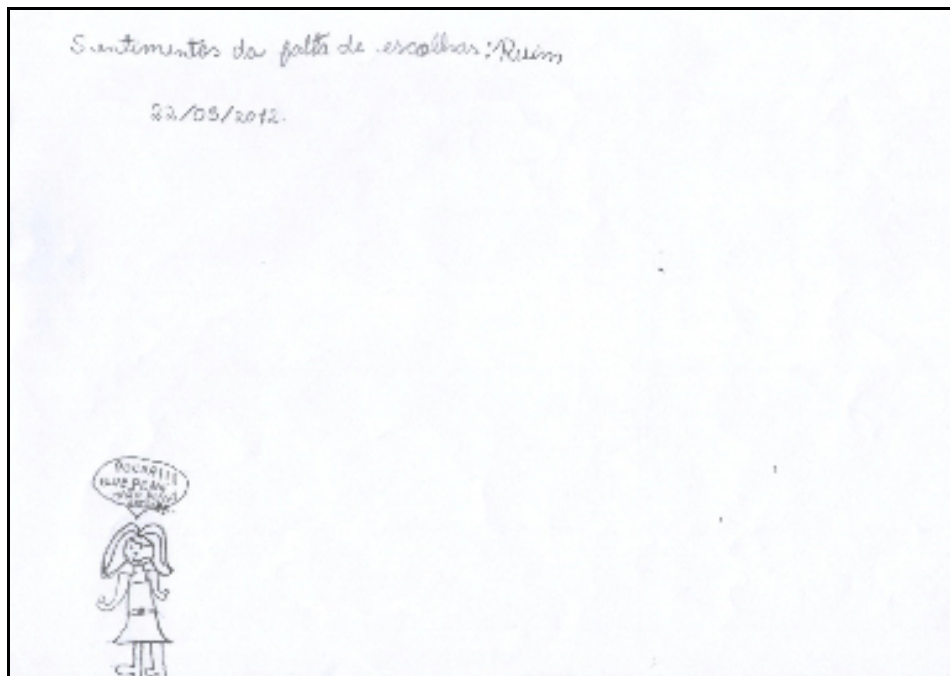
Pesquisadora: Ela, sua mãe, não quer que você escolha. Quando você bateu o pé que não queria a roupa, ela bateu a mão em você.

Gabriela: Eu fiquei com a mesma roupa.

A criança relata passagem de sofrimento ao vivenciar emoções de raiva na relação com a mãe. O relato indica que seu desejo de autonomia e decisão está sendo impedido na relação com a mãe, gerando frustrações e dor.

Na sessão lúdica realizada no dia 25-5-12, após conversa com Gabriela sobre a mudança no comportamento de sua mãe, que, antes dessa sessão lúdica, não brigara com ela, como já havia acontecido em sessões anteriores, por causa de escolhas das roupas, a pesquisadora solicita a ela que desenhe o sentimento da falta de liberdade de escolha. Gabriela diz que vai desenhar duas pessoas fazendo compras e só uma escolhe, o que para ela era um tipo de sentimento ruim (Figura 5).

Figura 5 — Como é ruim não poder escolher!



Gabriela desenha uma menina com uma expressão de desapontamento, lamentando-se por “não pode escolher”. Gabriela desenha só uma figura, mas havia falado em desenhar duas.

Entretanto, nesse contexto conturbado, Gabriela diz que se entender com a mãe é o que “ela mais queria”.

Diante disso, levantamos algumas indagações: o que estaria por trás dessas atitudes da mãe? Seria ela adotada e por isso tem esse comportamento de agressão física e mental com Gabriela?

Em uma sessão, a menina relata o segredo da família, segundo ela, contado pela amiguinha: a adoção de sua mãe quando bebê por seus avós.

A mãe de Gabriela confirma a sua adoção desde quando bem pequenininha, o que não era do conhecimento da pesquisadora, que pensou ser uma fantasia e segredo de família, o que Gabriela estava desabafando no encontro na brinquedoteca.

Há poucos meses, a bisavó de Gabriela faleceu, e ela era a pessoa da família, segundo sua mãe, que não guardava segredo da adoção dela para ninguém da família, comentando, inclusive na presença dela quando criança e de outras crianças que eram da família ou até mesmo crianças que não eram da família, o que a deixava bastante constrangida.

Sua adoção parece representar um “peso” emocional na sua vida, o que é expresso sob a forma de choro durante o seu relato.

O sentimento da mãe em frente à própria adoção denota sofrimento e dificuldades de elaboração e superação. Estaria com ciúmes de sua própria filha, criada por ela, mãe biológica, e também pelo pai biológico, bem diferente dela que não fora criada pelos próprios pais?

Em entrevista com a mãe de Gabriela, esta revela o drama pessoal e familiar com a chegada dos filhos: “Fiquei grávida, chegou Gabriela e aí acomodei. Deixei passar. Este ano fiz inscrição, passei e aí chegou Pedro. Pronto, tive de parar. Se vier mais gente, o pai vai fazer vasectomia. Eu não posso ter mais, é risco para mim”.

Por outro lado, Gabriela traz outras informações sobre a gravidez da mãe, relatando: “Mamãe perdeu uns três nenéns e então ela ficou com medo de morrer quando meu irmãozinho nasceu. Agora está mais calma”. Em seus comentários, Gabriela traz informações que não foram mencionadas pela mãe durante a entrevista.

Comentando sobre sua própria vida, a mãe de Gabriela conta que foi adotada quando bebê e que nunca quis conhecer sua mãe biológica. O que lhe foi passado é que sua mãe biológica era de outro Estado, ficara grávida e o namorado não assumiu a paternidade e nem sua família queria aceitá-la, rejeição familiar que poderia ser diluída com a doação da criança, e foi essa a decisão que tomou sua mãe biológica. Foi adotada por uma família que não podia ter filhos e criada como filha única.

Seus sonhos de ser professora foram interrompidos com o nascimento de Gabriela. Mais tarde, quando pensou novamente em retomar seus estudos, ficou novamente grávida do irmãozinho de Gabriela. Diante de dificuldades vivenciadas na gravidez, a mãe informa que agora não pode ter mais filhos, pois isso seria um risco para ela. A

chegada do novo filho e de novo a necessidade de adiar seus sonhos de estudos e trabalho na área do ensino aumentam os motivos de frustrações e ansiedades.

O relato dessa mãe a deixa emocionada e aponta para dificuldades de aceitação de sua história pessoal, o que acentua a sua relação conflitiva com Gabriela, atribuindo ao seu nascimento o fato de ter adiado os seus sonhos de ser professora.

Ao ser indagada se apanhou de seus pais adotivos quando criança, a mãe de Gabriela comenta que não. Diz que eles eram bem carinhosos com ela, mas com Gabriela ela perde o controle. Nesse contexto, os problemas vivenciados por Gabriela na escola e na família parecem ter relação com o relacionamento tenso vivido com a mãe, que, por sua vez, teve uma história de relação com a própria mãe biológica traumática, devido à rejeição que sofreu. Isso nos leva a destacar que o “[...] transtorno não é uma limitação intrínseca da pessoa que o sofre, como sinaliza a ideia de patologia” (GONZALEZ REY, 2011, p. 104). Há um contexto histórico e social que produz o estado emocional caracterizado pelo diagnóstico de Gabriela como depressão infantil.

A mãe se refere a um melhor relacionamento de Gabriela com o pai. Com ela ocorrem muitos conflitos. Comentando sobre a relação com Gabriela, ela diz como a menina se coloca entre a ela e o marido. Na entrevista realizada com o pai, ele demonstrou carinho e preocupações com a esposa e manifestou seu desejo de levá-la para conhecer sua mãe biológica, acreditando que isso a deixaria mais feliz em relação a essa questão; no entanto, ela se recusa a conhecer a mãe biológica.

Constatamos que o diálogo esclarecedor entre mãe e filha não está podendo acontecer devido ao tumulto emocional entre ambas. Retomando o pensamento de Dolto (1988) acerca do papel da palavra na elaboração de conflitos e angústias, é oportuno realçar a importância do diálogo, da palavra, para simbolizar, assim como o desenho, os sentimentos conflituosos, na relação mãe-filha, e a possibilidade de entendimento entre as duas. Um diálogo em que possa emergir a potência de desejo de Gabriela e também do desejo de sua mãe.

6.2.2 Acontecimento II: O nascimento do irmão caçula

Em outro momento do encontro, Gabriela expressa os sentimentos de ciúmes com o nascimento do irmãozinho:

Pesquisadora: Enfim, Gabriela, você precisa conversar com sua mãe e procurar se entender com ela. Aqui, nesta brinquedoteca, não pode brigar e nem quebrar os objetos. Eu pensei que sua mãe estava nervosa por conta da gravidez do seu irmão.

Gabriela: Eu tive ciúmes, mas antes já tinha brigas, tem muito tempo, muito tempo...

Sua fala indica que o nascimento do irmãozinho aumentou os conflitos já existentes com a mãe. Durante muitos anos, Gabriela foi o centro das atenções dos pais e agora mudanças nessas relações estavam ocorrendo. O sentimento de ciúmes revela-se como outro indício das dificuldades no relacionamento com os pais e também com a avó.

Diante desses acontecimentos, Gabriela fica com ciúmes da avó, o que é expresso em sua fala: “Ela só dá atenção para ele” (28-10-2011).

Na relação com Gabriela, que demonstra sentir ciúmes e raiva do irmão, a mãe diz em tom de brincadeira: “Está vendo como você é excluída?” (28-10-2011).

Para a Dolto (1988b), as dificuldades afetivas vividas pelas crianças podem levar a inibições sociais ou motoras na vida escolar. A autora chama a atenção para a necessidade de se auxiliar alguns pais “[...] a refletirem sobre o sentido das dificuldades de seus filhos, a compreendê-los e vir em seu socorro, ao invés de procurarem fazer calar ou ignorar os sinais de sofrimento infantil” (DOLTO, 1988, p. 3).

Por vezes, de acordo com o senso comum de que as crianças não sofrem ou se esquecem rápido de situações que lhes trouxeram sofrimento, os adultos nem sempre percebem a dor delas. No caso de Gabriela, ao que parece, a dor vivida pela mãe se coloca acima de suas possibilidades de ser receptiva à dor da própria filha.

6.2.3 Acontecimento III: A escolha das músicas que Gabriela deve cantar

Embora a relação de Gabriela com o pai seja menos tensa e conflituosa, em entrevista, ele relatou que percebe que ela sofre com os limites que ele tenta lhe impor.

O pai de Gabriela a ensina a tocar violão, e ela diz tocar várias músicas. Também canta na igreja evangélica. Numa dramatização realizada na brinquedoteca, Gabriela canta um trecho de uma música escolhida por ela:

Pesquisadora: Gabriela chegando ao teatro. Eu sou a apresentadora. Qual é a música? Não é em inglês?

Gabriela: “Aonde estiver”

Pesquisadora: Vamos, coragem.

Gabriela: “Aonde estiver, espero que esteja feliz, encontre seu caminho. Guarde o que foi bom e jogue fora o que restou”.

Pesquisadora: Não é do Restart [nome do conjunto musical]?

Gabriela: “Pois acredito nos meus sonhos, Ho! Ho! Ho!, Acredito na minha vida, e no meio dessa guerra”.

Pesquisadora: E no meio dessa guerra o que vai acontecer?

Gabriela: “Nenhum de nós pode ganhar”.

Pesquisadora: Quando eu era criança, eu cantava e estou pensando em voltar a cantar. Essa música é muito bonita. A letra fala dos sonhos de vida.

Gabriela: Papai não gosta, não. Quando ele ouviu os caras cantando não gostou.

Gabriela, nesse encontro, tem a liberdade de cantar uma canção que o pai não aprova, não gosta, e caso ela cantasse essa música em sua casa, seria repreendida pelo pai.

O pai quer que ela cante música religiosa e não as músicas populares que tocam em rádios ou nos programas de televisão. Gabriela, nesse encontro, pôde cantar a música que ela gosta sem críticas por parte do pai.

Em entrevista com o pai de Gabriela, realizada em 11-4-2012, ele comenta dos perigos sociais e vitais do bairro onde mora com a sua família, informando que, no bairro, existe até “toque de recolher” substituído por pessoas ligadas ao tráfico de

drogas. Isso faz com que ele não permita a saída de Gabriela para ir à casa das amigas e que também não quer que ela se enturme com meninas que gostam de dançar *funk* e vão para baladas. Percebe o sofrimento que causa em sua filha, mas o medo de perdê-la é maior. Aqui também aparece o sentimento de possível “perda” por parte do pai de Gabriela.

6.2.4 Acontecimento IV: As fugas de casa

Nesse contexto de vida conturbado, as elaborações de Gabriela envolvem a desobediência, o emprego da mentira e o desejo de fugir de casa.

Gabriela fica com a avó enquanto seus pais estão trabalhando. De vez em quando, Gabriela sai de casa sem avisar a avó para ir brincar com colegas que moram longe de sua residência, colocando em risco sua integridade física.⁷ Embora a menina indique ter uma relação boa com a avó, ela não sabe de suas fugas do lar: “Ontem eu tive um dia legal! Mas, às vezes, tenho que ir escondida porque ela não deixa”.

A criança também sai da casa dos pais sem avisar: “Agora, eu saio escondida e sem falar com minha mãe. Ela também não deixa” (Encontro de 7-11-2011).

Algumas das elaborações e dos sentimentos de Gabriela são expressos durante a encenação de um teatrinho de fantoches na brinquedoteca. Na brincadeira de faz de conta, o personagem diz: “Estou escondendo da mamãe e não da vovó”. Seu enunciado expressa situações reais de sua vida. Na brincadeira criativa com o teatrinho de fantoches, foge de casa e vai para a casa de uma amiga que mora um pouco mais distante de sua residência (Encontro do dia 7-11-2011).

Nesse mesmo encontro, Gabriela, ainda com o teatrinho de fantoches, inventa história com personagem do folclore e da literatura infantil, cujo tema é a desobediência:

Gabriela: Agora rapidinho para terminar: “Um certo dia teve um anúncio que avisava que o Mickey passaria para todas as crianças no programa de televisão, passaria

⁷ Já que os riscos, como o pai dela expressou, são reais, a pesquisadora faz uma orientação direta de forma educativa e solicita que Gabriela não saia de casa sem avisar onde vai para que a família possa ajudá-la em caso de necessidade.

para todas as crianças assistirem, as que estão em casa, e depois o Saci-Pererê (outro programa televisivo), isso para que as crianças ficassem em casa e não ficassem na rua, as crianças desobedientes. Teve uma criancinha que ficou na rua, e o Saci-Pererê, com um vento forte, com cachimbo, rodando, carregou a menina desobediente”.

Pesquisadora: Nossa, e ela não voltou mais para a casa dela?

Gabriela: Esta é a história.

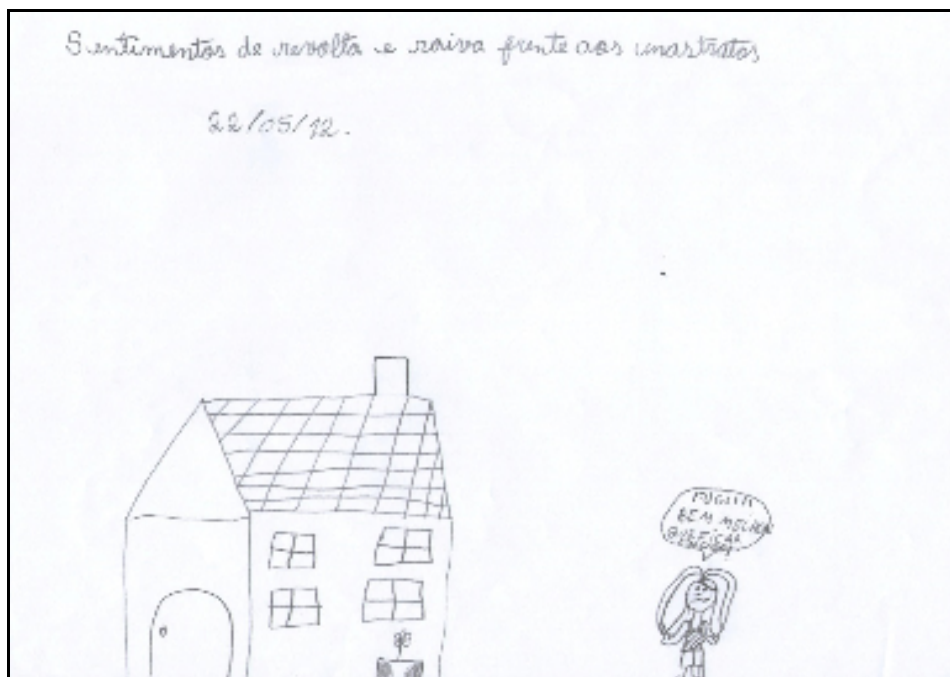
Pesquisadora: Não sei. Tem continuação? Será que o Saci-Pererê vai devolver a menina desobediente?

Gabriela: Tchau. Palmas.

Tendo como base histórias que conhece pela televisão, Gabriela apresenta uma dramatização em que conta sua história, fala de seus medos infantis, possivelmente falas de sua família com ela. O sentimento de castigo também aparece com o Saci-Pererê que carrega a menina desobediente.

Na sessão lúdica de 22-5-2012, a pesquisadora comenta sobre as pessoas grandes, os adultos que inventam histórias de que meninos e meninas têm infância só de alegrias, mas que também não é só isso. Há momentos de sofrimentos. Retoma sua relação com a mãe, que não a deixava escolher suas roupas, ficava nervosa e acabava batendo nela; com o pai que não a deixava sair, nem escolher músicas para cantar; as fugas do lar que a deixavam em risco. Ressalto que quando se pode falar dos sentimentos e nomeá-los, é mais fácil para eles sofrerem mudanças e transformações. É também uma elaboração dos sentimentos vividos, conclui a pesquisadora e solicita o desenho do sentimento de revolta e raiva que a menina sentiu em frente aos maus-tratos em casa (Figura 6).

Figura 6 — Vou fugir!



No desenho, a criança é retratada fora da casa e não dentro. Está fora e ainda fala que fugiu e que a rua é bem melhor do que a casa. Enfrenta o medo do Saci-Pererê que carrega a menina desobediente, como na primeira sessão lúdica que dramatizara na brinquedoteca. Em sua angústia, enuncia que é “bem melhor que ficar em casa”. A casa é o lugar que devia abrigar a criança e a família, aquela que devia protegê-la. Entretanto, Gabriela se retrata fora de casa e solitária, o que indica uma configuração subjetiva marcada por tensões e sofrimento.

Dolto (1988b) nos ajuda a compreender essa situação e a possibilidade do sofrimento psíquico da criança. Para a autora, muitas vezes, a criança

[...] perde a alegria de viver por nunca conseguir se fazer entender, e apresenta distúrbios do desenvolvimento que são pedidos de ajuda dirigidos àqueles de quem, por natureza e por ser seu filho, tudo espera. Provocando a angústia deles, ela angustia-se ainda mais (DOLTO, 1988, p. 3).

6.2.5 O que a criança diz sobre si própria

Nos comentários a respeito de si própria, expressos em diferentes momentos, Gabriela revela perceber-se “grande”, querendo ser ouvida e respeitada como ser humano. Quando isso não acontece, fica com raiva e expressa esse sentimento com palavras e em seu comportamento.

Por outro lado, seus comentários apontam também o gosto pela música, o desejo de fazer ginástica rítmica, de trabalhar e ajudar os pais economicamente.

Em seus comentários sobre a mãe, Gabriela reclama que ela não a deixa escolher suas roupas na hora de sair. Diante disso, ela diz que já é “grande” e que pode escolher o que quer vestir. Algumas vezes sua mãe a deixa escolher a roupa, mas não diz aonde elas vão e depois critica a escolha com surpresa da inadequação da escolha:

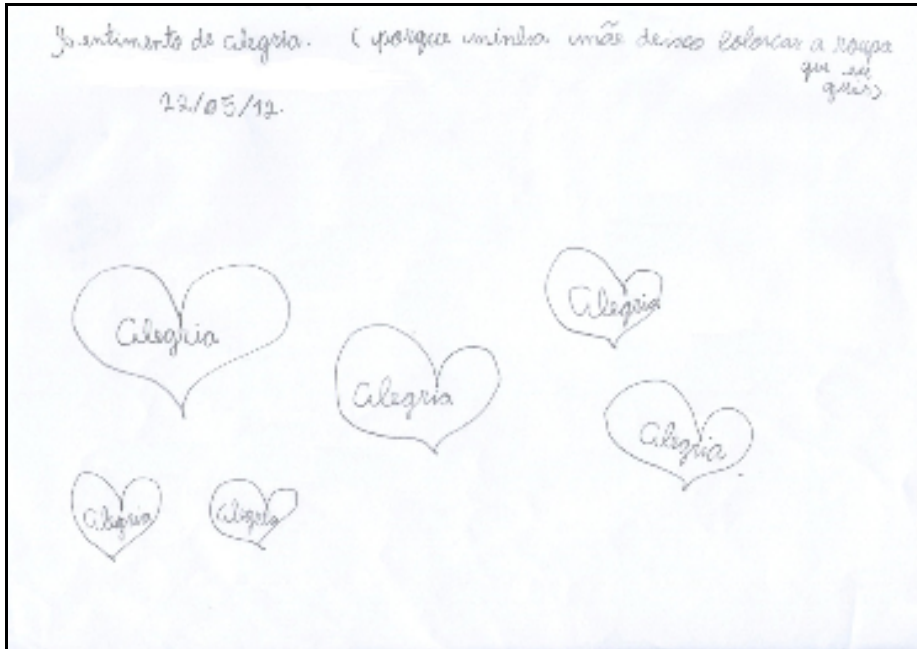
Mamãe e papai falam isso comigo. Eu pergunto: aonde vamos? A Mamãe fala: ‘Pode usar qualquer roupa’. Aí eu coloco o short e uma blusinha. Mamãe diz: ‘Você vai assim comigo? Vamos ao shopping’. Você disse para eu vestir qualquer uma roupa. Dependendo do lugar que vou, tenho que usar um tipo de roupa, mas preciso saber que lugar eu vou.

Na relação conflituosa com a mãe, Gabriela diz que a mãe quer que ela obedeça, mas ela a desafia: “Eu não obedeco, tem hora que eu me irrito. Só que eu tenho que obedecer a eles, mas eles têm que me respeitar. Eu sou um ser humano”.

Mesmo diante dos conflitos com a mãe, Gabriela revela uma potência emocional geradora de novas expectativas e buscas em relação à mãe, numa tentativa de superar a condição que lhe traz sofrimento psíquico.

Em outro momento, a pesquisadora comenta sobre a fala inicial de Gabriela relatada com alegria por ter escolhido a roupa que estava usando, sem brigas com a mãe, que estava mais calma. Perguntamos se ela poderia desenhar esse sentimento (Figura 7).

Figura 7 — Coração cheio de alegria!



Gabriela desenha vários corações com nomes: da avó, do avô, da mãe, do pai, do irmão e com o nome dela. Esses corações representam pessoas de sua família, perpassadas por sua alegria, quando a mãe permite que ela escolha a roupa que ela quer vestir.

Na sessão do dia 22-5-2012, a intervenção lúdica foi mais dirigida, e alguns desenhos foram pedidos a ela. Por conta da morte de sua bisavó, solicitamos o desenho a seguir do ciclo da vida e das transformações que ocorrem do nascer ao morrer com os seres humanos (Figura 8).

Figura 8 — Vida e morte! Transformando!



Nossas análises indicam que, entre os acontecimentos que parecem ter impactado Gabriela e gerado um possível quadro de sofrimento, podemos destacar: os maus-tratos de sua mãe com ela, batendo com as próprias mãos ou atirando objetos em sua pessoa; os ciúmes com o nascimento do irmãozinho após dez anos do seu próprio nascimento; a impossibilidade de visitar as colegas da vizinhança; o fato de não poder escolher a própria roupa e até músicas para cantar; os limites colocados pela mãe e pelo pai.

Os sinais de maus-tratos da mãe, com agressões físicas, como tapas e arremesso de objetos, e também psicológicas, ao não deixar a escolha de roupas pela criança, acrescidos dos ciúmes vivenciados no nascimento do irmão e mais o controle das saídas de Gabriela levam a pensar que as dificuldades enfrentadas por essa criança em sua vivência familiar se refletiram em sua vida estudantil. Ela passou de ano, mas suas notas estavam baixas. Era considerada tímida pela escola e recebia apoio dos professores para sua adaptação, o que possivelmente produziu algum alívio no mundo emocional dessa criança.

Por outro lado, os diálogos com Gabriela durante as atividades lúdicas também revelam uma constituição subjetiva complexa, caracterizada pelas “Gabrielas” que se delineiam nos diferentes acontecimentos de conflito com a mãe, no nascimento do irmão, na escolha pelo pai das músicas que deve cantar, em suas fugas de casa, no enfrentamento e autoafirmação diante da mãe e nas brincadeiras na brinquedoteca.

De forma semelhante a José, chamamos a atenção para a pertinência da não cristalização da constituição subjetiva de Gabriela como depressiva. Ao discutir o perigo dos rótulos, Amaral (1998, p.15) ressalta que:

[...] normalidade e anormalidade existem, mas o que interessa na experiência do cotidiano é problematizar os parâmetros que definem tanto a normalidade quanto a anormalidade. A partir da exploração e do questionamento desses parâmetros pode-se pensar a anormalidade de forma inovadora.

Influenciados pelo modelo médico, que se guia pelos critérios de normalidade e de anormalidade, nem sempre os profissionais da educação e familiares conseguem perceber os riscos de um olhar que cristaliza e dificulta as possibilidades de desenvolvimento das crianças. Como aponta Vigotski (2000, p. 36), ao tratar da constituição do sujeito, a “personalidade” diz respeito ao *agregado de relações sociais transferidas internamente*; aos papéis e funções sociais desempenhados pelo indivíduo [...]. Como “agregado de relações sociais” produzidas no seio da vida social, a pessoa reflete, em parte, essa realidade, o que significa dizer que a cristalização de modos de ser que caracterizam a doença pode vir a suplantar as possibilidades de o sujeito assumir um papel ativo no enfrentamento dessa doença, caso não encontre no meio social um suporte para esse enfrentamento.

6.2.6 O sofrimento psíquico de Gabriela na visão de seus professores

Nesse momento, vamos discutir a visão que os professores de Gabriela têm sobre ela na escola.

Dolto (1988a, p. 256), ao abordar o tema da escola, faz uma crítica ao “[...] modo de escolarização baseado sobre um nível homogêneo de inteligência utilizável e um

ritmo comum de produtividade [...]”, e, neste estudo, o discurso dos professores sobre Gabriela nos parece pertinente ao nos possibilitar um olhar para além de grupo homogeneizador, para além de medidas e testes que não dão conta da complexidade humana.

A análise de conteúdo das entrevistas dos professores de Gabriela nos permitiu abordar, em seus discursos, o tema sofrimento infantil na escola, a partir da representação da depressão no imaginário dos entrevistados, de seus conhecimentos e vivências, do ambiente escola e de suas possibilidades organizadoras e estabilizadoras das interações sociais, além da percepção da família dessa criança por esses educadores.

Foi necessário apresentar este item na pesquisa separado para um melhor entendimento do sofrimento psíquico de Gabriela, segundo seus professores. Por meio da fala dos professores, pudemos entender um pouco do funcionamento da escola e ainda saber a opinião dos professores sobre representações da depressão e o que a escola pode proporcionar de recursos saudáveis para ajudar crianças na superação de suas dificuldades pessoais e familiares.

Para uma melhor compreensão deste estudo, iniciamos com uma apresentação geral dos professores. O grupo de professores é composto, em sua maioria, por professoras, há apenas um professor. Todos os entrevistados possuem curso superior e a idade varia entre 25 e 47 anos. Joana, a professora, tem 25 anos e é a mais jovem do grupo de educadores que participou da pesquisa. Alessandro tem 32 anos, Maristela tem 28 anos, Priscila 34 anos, Camila 30 anos, Luana tem 35 anos e Elisa 47 anos.

É importante ressaltar que constatamos que alguns desses professores não sabiam o que se passava com Gabriela.

A análise das respostas dos professores indicou a possibilidade de organizar por temas, considerando os objetivos do presente trabalho. Os temas são os seguintes: as representações sobre a depressão e a criança na escola; a aluna Gabriela na escola; as ações da escola visando ao envolvimento de Gabriela nas atividades

escolares; as possibilidades de atuação da escola diante da criança com sofrimento psíquico.

6.2.6.1 As representações sobre a depressão e a criança na escola

Nesses comentários mais amplos da professora Joana, optamos por extrair sua primeira fala espontânea do que para ela significava transtorno mental do tipo depressivo e o que implicava sofrimento para a criança. Para a professora, a depressão remete a possíveis sintomas, como o isolamento, não manter a atenção por mais tempo e sintoma fisiológico que tanto pode ser emagrecimento como o aumento de peso.

O professor Alessandro apresenta a depressão infantil como isolamento, baixa autoestima e também o sintoma da alteração do humor e o medo de se expor ao fazer perguntas ao professor. A timidez é também clara para esse professor:

A gente percebe o isolamento, um certo preconceito contra eles mesmos, como se fossem menos que os outros, com baixa autoestima. Ficam com medo de perguntar, de tirar alguma dúvida e, quando alguém faz alguma pergunta, se perguntam com raiva: por que esta pessoa faz perguntas e não eu? E o professor fica como responsável, mas não é. Eu tenho uma disponibilidade maior de ir de mesa em mesa e, quando vejo que a criança está mais fechada, incentivo para fazer o dever. Ela não faz e ainda diz que não fez porque o professor não ajudou. Eu acredito que é uma fuga.

Em sua representação, a professora Maristela fala da tristeza como o indício de que algo não está bem com a criança, como também sua dificuldade de interagir com outras crianças, sua baixa autoestima e timidez.

A professora Priscila também chama a atenção para a criança que fica quieta ou tímida demais, que não se socializa com os amigos. Afirmo que isso não é “normal” para uma criança de 10 ou 12 anos. A professora relata: “Já tive casos de alunos muito inteligentes, mas que não olhavam nos olhos, cabisbaixos, não interagem,

eram muito ansiosos, então, nem conversavam, ficavam isolados, o que pode ser um indício, sim.”

A professora Luana destaca que entende que a depressão não é apenas a tristeza, mas também a euforia. Segundo a professora:

Tem crianças que têm bipolaridade, muito eufórico e, às vezes, quieto, na dele. Tem muitas crianças que têm altos e baixos. No contexto da aula [...] às vezes percebo alegria contagiante de uma criança e depois ela se afasta, fica mais triste, arredia, não quer contato, não quer conversar.

Assim, vemos que, na fala dos professores, a depressão infantil está relacionada principalmente com: isolamento, falta de interesse, falta de concentração, tristeza e, às vezes, euforia e baixa autoestima.

A fala dos professores sobre a depressão infantil leva-nos a pensar no olhar social, nas projeções, nas expectativas do outro e nas frustrações do professor quando a criança não corresponde às expectativas que foram feitas a seu respeito. Leva-nos a indagar, a partir de Canguilhem: o que é normal e o que é patológico? Leva-nos a olhar para além do que pode ser medido, já que não temos medida para a complexidade humana e seu porvir.

6.2.6.2 A aluna Gabriela na escola

De modo geral, ao comentar sobre o comportamento e as atitudes de Gabriela na escola, os professores chamaram a atenção para o fato de ela ser “tímida”, isolar-se dos colegas e ficar dispersa nas aulas.

Sobre a aluna Gabriela na escola, o professor Alessandro se expressou assim:

A Gabriela, no comportamento, era muito fechada, isto no começo do ano. Ela sentava atrás, se isolava de todo mundo, era tímida para

conversar e o rendimento escolar estava baixo. Pedi para ela se sentar mais à frente; atrás é para quem fala alto e levanta a mão para falar. Ela aceitou sentar mais à frente e o rendimento melhorou. Ela passou de ano, mas correu o risco de reprovar.

A professora Maristela informou: “Não soube de nada, nem ouvi nada sobre a família com os colegas. Só a dificuldade de aprender, dispersa.” Destacou que Gabriela começou a participar mais no final do ano, mas falava com a voz bem baixinha.

A professora Camila informou que Gabriela não interagia com os outros alunos: os colegas reclamavam dela e ela também reclamava deles. Gabriela só interagia com Celina, uma colega que sempre era vista junto com ela na hora da entrada e da saída da escola. “Até para conversar com a gente, eu tinha que pedir para ela falar mais alto, muito introspectiva, mas depois que veio se sentar mais à frente, melhorou, isto mais para o final do ano”.

Os três professores mencionam certa mudança no comportamento da aluna com o transcorrer do ano. Isso porque houve um investimento da escola em auxiliar Gabriela na interação com os outros e no envolvimento com as atividades escolares.

6.2.6.3 As ações da escola visando ao envolvimento de Gabriela nas atividades escolares

Os professores apontam que o caso de Gabriela foi discutido na escola, em reunião de professores e no planejamento. As ações da escola parecem ter surtido efeito e, ao final do ano, o envolvimento de Gabriela com as atividades escolares já era maior. “Aqui, nesta escola particular, a Gabriela se sentiu ‘chamada’ e essa atitude da escola pode ajudar muito as crianças”, diz a professora Priscila.

Com relação a esse tema, a professora Joana considerou que a prática pedagógica e interativa de trazer o aluno para mais próximo do professor é procedimento que facilita e proporciona a aprendizagem ao aluno com dificuldades escolares. Segundo a professora, a escola, ao proporcionar a atividade de representações de

personagens, como foi a personagem índia encenada por Gabriela, possibilitou um distanciamento de seu sofrimento familiar e um envolvimento com a atividade que lhe permitiu outro critério de valor que não somente seu desempenho em suas notas.

O professor Alessandro disse que soube que Gabriela teve um acompanhamento mais individualizado por conta da timidez. Comentou também que os jogos e as brincadeiras na escola promovem o intercâmbio afetivo entre os alunos e a possibilidade de superarem o “critério validativo” da escola em relação ao desempenho cognitivo. Para ele, o prazer e o lúdico nas competições saudáveis na educação é uma possibilidade para a aprendizagem.

O professor ressalta que procede diante de crianças com sofrimento psíquico de várias maneiras: ele se esforça por inserir a criança no grupo, chama todos pelo nome na hora da chamada, faz elogios aos alunos, procura valorizá-los. Para o professor, alguns pequenos detalhes ajudam o aluno a se abrir: pedir um favor a ele, solicitar que se sente em outro lugar, acertar a fila: “A base é o elogio e o incentivo, para quebrar barreiras”.

O professor relatou, ainda, o caso de um aluno que teve:

No ano passado, tivemos um aluno extremamente fechado. Os outros professores notaram e também os outros alunos. Eles são cruéis. Ninguém entendia por que eu estava tentando que ele se inserisse na turma. Eu incentivava, elogiava para que a autoestima melhorasse e, então ele começou a dar sinais de melhora. Eu, quando chego na sala, chamo todos pelo nome na hora da chamada e não por números, e este menino não respondia. É uma forma de valorizar. Muitos colegas chamam por número da chamada e pecam por aí, chamando a sala de coletivo, não chama a identidade. Eu fiz este espaço com o menino fechado, mas é muito demorado, levou um ano inteiro, e aí ele conversava só comigo. Eu conversei com a turma. Foi um passo grande em um ano.

Por outro lado, a professora Priscila concorda que os jogos e brincadeiras são importantes, mas pondera sobre as mudanças que ocorrem quando a criança entra no ensino fundamental: “A educação infantil tem jogos e brincadeiras, até a 4a série, mas na 5a série não. É aquela história de adulto em miniatura, mas isso já caiu”.

Os jogos e brincadeiras parecem ter contribuído para possibilidades de a aluna Gabriela superar suas dificuldades de mudança de escola pública para escola particular, enfrentar seus conflitos com sua família, principalmente na figura de sua mãe, o nascimento de seu irmãozinho nesse período e suas possibilidades de novas amizades nessa nova escola.

Outro ponto destacado por Priscila que dificulta um trabalho educativo mais envolvente para criança com essa peculiaridade é a falta de tempo do professor para planejamento: “Estou aqui no horário de planejamento, não tem como trocar, é difícil remover uma pessoa”.

A professora Maristela comenta que o diretor pede sempre que os professores fiquem atentos aos alunos, ajudem, olhem o caderno, perguntem a eles sobre como estão entendendo as atividades escolares. Os professores também recebem orientações para inserir as crianças nos grupos, propiciar ambiente para elas se comunicarem e conversarem, enfim, ajudar na interação da criança com seus colegas de turma.

A fala dos professores de Gabriela nos possibilita compreender o grau de envolvimento de seus professores com as questões da educação e o quanto, dentro de seus conhecimentos, puderam utilizar a potência contexto social no espaço escolar.

6.2.6.4 Possibilidades de atuação da escola diante da criança com sofrimento psíquico

Um primeiro aspecto a ser destacado na fala dos professores diz respeito à necessidade de se estar atento a qualquer aluno, depressivo ou não. Ressalta-se,

na fala dos sujeitos, o fato de que cada aluno tem a sua singularidade, o seu tempo e isso precisa ser considerado na sala de aula.

Nesse sentido, destaca-se a fala da professora Priscila que comenta que, apesar de Gabriela ter dificuldade de relacionamento com os colegas e com os professores, ela não a via como “depressiva”: “[...] tinha limitações e dificuldades, mas não vejo ela como depressiva”. Olhar para a criança e suas possibilidades e não para o quadro depressivo é um aspecto importante no trabalho educativo com a criança em sofrimento psíquico.

Conforme ressalta González Rey (2011, p. 71): “As doenças nunca anulam os processos de produção de saúde, o que implicaria a morte da pessoa”. Para o autor, as interações, o trabalho a ser realizado com pessoas acometidas por alguma doença deve “[...] se orientar a facilitar a emergência do sujeito, que seria a pessoa capaz de se posicionar ativamente em relação à sua saúde nas diferentes áreas de sua vida [...]” (p. 71).

Nesse sentido, a fala de alguns professores indica que a escola precisa ser um local agradável e a aprendizagem prazerosa.

Para os professores, a escola pode ajudar o aluno em sofrimento psíquico de várias maneiras: nos relacionamentos com os outros, numa compreensão maior de si próprio, na realização das tarefas escolares. Um aspecto importante diz respeito a valorizar o aluno e propiciar atividades variadas para ele: observar algum ponto em que a criança pode se sobressair e priorizar atividades em que ela tenha êxito na realização.

Entretanto, a fala de alguns professores parece indicar pouco conhecimento em relação à maneira de identificar o sofrimento da criança e de lidar com ela na sala de aula. Para a professora Luana:

A partir do momento que você sabe que tem alguma criança com esse comportamento, o principal acompanhamento é do especialista, o profissional, para indicar o que o professor pode fazer. Às vezes o

aluno tem problemas de conteúdo. O profissional pode falar com mais propriedade. Por exemplo, na Matemática poder fazer jogos lúdicos com o conteúdo dessa disciplina [...]. A gente acha que é manha da criança. Pode ser confundido com preguiça, e é a própria doença que está fazendo isto, não é por que a criança quer.

A fala da professora Luana aponta para a insegurança de alguns professores diante da criança em processo de sofrimento psíquico, o que, a nosso ver, mostra a necessidade de se discutir essas questões em cursos de formação de professores. Dolto (1988c, p.33) orienta os professores a dizerem às crianças: “[...] os direitos e os deveres que os pais têm em relação a elas” “[...] aqueles que têm em relação a si próprias e aos pais”.

6.2.7 Família, escola e sistema de saúde

De modo geral, quando a família é comunicada pela escola sobre comportamentos inapropriados da criança e o baixo desempenho escolar, a sua primeira reação é se sentir agredida, já que sua expectativa era de a criança não causar nenhum tipo de queixa na escola. Isso é vivenciado pela família como mais um problema a ser enfrentado no meio de tantos outros, como o econômico e o de trabalho, dadas as condições complexas da vida contemporânea e os modos de organização familiar.

Ao receber o diagnóstico de depressão da criança, os pais frequentemente apresentam-se envergonhados pela situação do filho e, muitas vezes, tendem a culpabilizar a criança por seu comportamento e emoções, pelo que sente em seu corpo e também por seu fracasso escolar e seu estado emocional depressivo, desejando ou tendo a expectativa de que ela melhore por si mesma. Não percebe que a criança está, às vezes, refletindo um comportamento depressivo que viu no adulto ou, em outras situações, sofrendo injustiças, lidando com perdas, como a morte de um parente ou até mesmo de um animalzinho de estimação, ou também ficando muito tempo sozinha, já que os pais se encontram, na maior parte do tempo, no trabalho. Os sentimentos da família costumam ser de não aceitação de mais uma situação de dificuldades no campo emocional da criança que é necessário enfrentar. Os problemas sociais, o estímulo ao consumismo e o individualismo afetam a organização familiar e indicam a necessidade de maior diálogo dentro da família.

Nesse momento, a articulação entre sistema de saúde, família e educação é um ponto a ser ressaltado, já que os profissionais da escola devem acompanhar, por intermédio da família, o tratamento clínico-terapêutico a que o aluno está submetido, de forma a promover o seu desenvolvimento social, afetivo e cognitivo.

Entretanto, no momento, parece evidenciar-se, nas relações entre o sistema escolar e o sistema de saúde, um descompasso causado pela falta de intercâmbio entre esses dois setores. Tanto a saúde quanto educação em suas práticas ainda se encontram diante de demandas não atendidas com relação à educação, à clínica terapêutica e à inclusão.

Entendemos que a escola assim como a unidade médica precisam redimensionar seus olhares para as crianças/alunos com diagnóstico de depressão, tendo a família como uma aliada na reflexão sobre essa alteração mental.

Para Gonzalez Rey (2011, p. 44), “[...] a transformação das condições de vida deve ser acompanhada da educação da pessoa, única forma de garantir que as pessoas se tornem sujeitos dessas novas condições de vida, as transformem e sejam capazes de novos níveis de desenvolvimento”.

Na prática médica e na prática escolar, os aspectos sociais da vida de uma criança precisam ser abordados para romper o ciclo repetitivo do fracasso. Do mesmo modo, as comorbidades, termo médico para a presença de uma ou mais enfermidades em uma mesma pessoa, precisam ser esclarecidas, para se obter um bom resultado no tratamento. As avaliações frequentes do professor e do médico e o estabelecimento de vínculos saudáveis entre aluno e professor e entre médico e paciente irão promover a autonomia necessária à criança para a cura e para o aprendizado, com o auxílio também de sua família.

Assim, é importante e necessário o intercâmbio entre educação-saúde para responder às demandas de garantia de vida e saúde da população de forma ampla, por meio de intercâmbios de saberes/práticas da academia e da comunidade para a inclusão da criança em processo de sofrimento psíquico na escola.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante disso, esta pesquisa teve como objetivo analisar como a criança com diagnóstico de depressão percebe e elabora os acontecimentos que vão compondo sua vida em diferentes espaços pelos quais circula, sobretudo no ambiente escolar.

Apoiando-nos em uma perspectiva que busca ver o homem em sua totalidade, inserido em um dado contexto histórico e cultural e constituído por esse contexto, o estudo procurou distanciar-se de um modelo medicalizante, que se centra em fatores biofisiológicos e minimiza a influência de aspectos sociais e históricos na saúde e bem-estar da criança. Diante disso, buscamos estabelecer um diálogo com autores que nos auxiliassem a olhar para essa criança como um ser social e histórico, que se constitui em relação com o outro e encontramos, nas pesquisas de Vigotski, elementos fecundos para esse diálogo. Os estudos vigotiskianos nos permitiram olhar o sujeito em movimento, constituindo-se nas relações com seu mundo familiar e escolar. Possibilitaram-nos elementos teóricos que nos impulsionaram a captar o que emergia nas sessões lúdicas sobre suas histórias de vida, seus sofrimentos, suas possibilidades e potências de vida.

Entretanto, era importante, ainda, buscar pesquisas que tivessem uma visão mais ampla de saúde e de estados patológicos. Encontramos em Canguilhem (2010) elementos para problematizar estudos realizados sobre depressão infantil, os quais, de modo geral, têm se limitado a olhar a depressão em uma perspectiva essencialmente biológica e compartimentalizada de conceber o homem, o corpo e a vida. O autor chama a atenção para a necessidade de compreendermos o homem não a partir de elementos isolados, mas como um todo; também destaca a necessidade de questionar o que é o normal e o que é patológico nas estruturas e comportamentos de um dado sujeito.

Gonzales Rey (2011) também nos auxiliou, permitindo-nos ampliar a maneira de ver a doença, a saúde e o sujeito. Distanciando-se de um modo de conceber a doença e as práticas da Medicina calcadas na medição, no controle e na intervenção direta e essencialmente à base de medicamentos, o autor interessa-se pelas possibilidades

do sujeito de lidar com as situações difíceis a que é exposto num dado momento da vida e que comprometem sua saúde. Entendendo que as doenças “[...] nunca anulam os processos de produção da saúde [...]” (GONZALEZ REY, 2011, p. 71), o autor coloca em foco as possibilidades do sujeito em relação a sua própria condição e, de certa forma, faz uma aposta em suas possibilidades de ter uma atuação mais ativa e potencializadora em relação à própria doença.

Neste trabalho, Dolto (1988) também nos auxiliou na compreensão da criança em situação de sofrimento psíquico. Abordando a escola de forma crítica, a autora destaca seu caráter homogeneizador, que muitas vezes dificulta o acolhimento às diferenças presentes em cada criança. De modo geral, as particularidades e os sofrimentos das crianças costumam ser vistos pelo adulto a partir de seu ponto de vista e não propriamente do da criança.

Acompanhando crianças com diagnóstico de depressão em atividades lúdicas, em uma brinquedoteca, pudemos aprofundar a discussão sobre alguns acontecimentos de suas vidas que poderiam perpassar o estado de sofrimento psíquico que estavam vivenciando naquele momento. José, de 12 anos, e Gabriela de dez anos, participaram de sessões lúdicas livres e dirigidas num período de sete meses. Nessa época, tiveram a oportunidade de brincar, de dialogar com a pesquisadora e de realizar produções gráficas sobre seus sentimentos. O trabalho da pesquisadora, em ambiente propício e acolhedor com brinquedos, jogos e livros permitiu a abertura das crianças para falar sobre suas alegrias, medos e angústias.

O material recolhido durante essas sessões lúdicas bem como as entrevistas realizadas com pais e profissionais da escola permitiram-nos compor alguns acontecimentos, a nosso ver, relevantes para compreender o quadro de sofrimento psíquico dessas crianças.

No intuito de entender a criança com diagnóstico de depressão a partir da maneira como ela vê a si e a realidade que a cerca, buscamos, em acontecimentos de sua vida relatados por elas, indícios para prosseguir nessa reflexão. Tratamos da compreensão que as duas crianças têm de si próprias nos diferentes contextos em que transitam e dos acontecimentos vividos por elas que emergem como possíveis geradores de sofrimento psíquico.

Na análise dos dados dos dois sujeitos, pudemos constatar a presença de modos de ser que indicam, por um lado, medo, insegurança, raiva, revolta e, por outro lado, a busca de afirmação de si próprios como agente de sua história de vida. Enfim, modos de ser marcados por múltiplos acontecimentos e pela participação de outras pessoas.

Compõem a vida dessas crianças aspectos, como: o fato de ser filho adotivo, doenças e perdas no ambiente familiar, maus-tratos sofridos pela criança no ambiente familiar, o nascimento de um irmão mais novo e limitação em relação às possibilidades de fazer as próprias escolhas. Nesse contexto, sobressai o ambiente familiar, com suas contradições e também possibilidades no desenvolvimento e expansão na vida dessas crianças.

Por meio da leitura de livros infantis, temas sobre doença, morte e “desligamento da mãe para florescer” puderam ser abordados, permitindo às crianças dar expressão a desenhos dos sentimentos de dor, alegria, felicidade e potência de vida, na problemática vivenciada, com possibilidades de superação de suas dificuldades emocionais e de aprendizagem.

Este estudo abordou as vivências e comportamentos das crianças na família e nas escolas e buscou também apontar novos caminhos de potências saudáveis nas atitudes dos familiares e dos professores que convivem com essas crianças e as educam com a escuta sensível de suas histórias de vida e sua inserção em grupos, além das atividades extraclasse, que permitem uma interação mais ampla do professor e dos alunos e dos alunos entre si.

Finalizando, abordamos a fala dos professores e as possibilidades de contribuição do sistema de saúde, da escola e da família para a promoção da saúde dessas crianças.

REFERÊNCIAS

AMARAL, L. A. Sobre crocodilos e avestruzes: falando das diferenças físicas, preconceitos e superação. In: AQUINO, G. J. (Org.). **Diferenças e preconceito na escola**: alternativas teóricas e práticas. São Paulo: Summus, 1998.

ALVES, R. **O medo da sementinha**. São Paulo: Paulus, 1999 (Coleção Estórias para pequenos e grandes).

_____. **Variações sobre o prazer**: Santo Agostinho, Nietzsche, Marx e Babette. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2011

ANDRÉ, M. E. D. A. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional**. Brasília: Liber Livro, 2008.

ARIÈS, F. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BERLINGUER, G. **A doença**. São Paulo: Editora Hucitec, Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 1998.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: < http://www.dji.com.br/constituicao_federal/cf196a200.htm. >. Acesso em: 1 ago. 2011.

BUSCAGLIA, L. **A história de uma folha**: uma fábula para todas as idades. Rio de Janeiro: Record, 2007.

CARRASCO, W. **A gata borralheira e outras histórias**. Baruari, SP: Manole, 2009 (Contos de Grimm).

CALDERARO, R.S.S; CARVALHO, C. V. Depressão na infância: um estudo exploratório. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.10, n. 2, p.181-189, maio/ago. 2005.

CANGUILHEM, G.O. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

CASTIEL, L. D. **O buraco e o avestruz**: a singularidade do adoecer humano. Campinas-SP, 1994.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10). Disponível em: <[HTTP://www.psicologia.pt/instrumentos/dsm_cid/dsm.php](http://www.psicologia.pt/instrumentos/dsm_cid/dsm.php)>. Acesso em: 10 ago. 2011.

CRUVINEL, M. **Correlatos cognitivos e psicossociais de crianças com e sem sintomas depressivos**. 2009. Tese. (Doutorado em Educação)- Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2009.

_____. **Depressão infantil, rendimento escolar e estratégias de aprendizagem em alunos do ensino fundamental**. 2003. Dissertação. (Mestrado em Educação)- Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas- SP, 2003.

DOLTO, F. **Dificuldade de viver**: psicanálise e prevenção das neuroses. Porto Alegre: Artes Medicas, 1988a.

_____. **Como orientar seu filho**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1988b.

_____. **Psicanálise e pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988c.

ESCOLA. **Relatório da pedagoga**. Vitória, 2011. p.1 2.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos**: seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

EY, H; BERNARD, P; BRISSET, C H. **Tratado de psiquiatria**. Barcelona: Toray-Masson, 1975.

FREITAS, M. B. Sá. **Desnutrição e fracasso escolar**: um novo olhar a partir de um estudo em crianças capixabas. 1995. Dissertação (Mestrado em Educação)-Programa de Pós-Graduação em educação, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 1995.

FRIGOTTO, G. Os delírios da razão: crise do capital e metamorfose conceitual no campo educacional. In: GENTILI, P. **Pedagogia da exclusão**: crítica ao neoliberalismo em educação. Petrópolis; RJ: Vozes, 1995.

FRIZZERA, S. H. E. Estudo epidemiológico qualitativo em psiquiatria infantil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA INFANTIL, 17., 2003, Vitória. **Anais...** Vitória, 2003.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 2009.

GOAS, C. M. **Temas psiquiátricos**: algumas cuestiones psicopatológicas generales. Madrid: Paz Montalvo. 1966.

GONZALEZ REY. **Subjetividade e saúde**: superando a clínica da patologia. São Paulo: Cortez ,2011.

KOLB, L.C. **Psiquiatria clínica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Interamericana,1976.

LARA, D. Revisão e atualização de conceitos sobre transtorno bipolar. **Congresses Update**: WPA, São Paulo, ano 6, n. 36, p. 12, dez. 2005.

LAUAR, H. Debates. **Psiquiatria Hoje**: ABP, São Paulo, ano 1 n. 4, p. 39 jul./ago. 2009.

LIMA, D. Depressão e doença bipolar na infância e adolescência: **Jornal de Pediatria**, Sociedade Brasileira de Pediatria, São Paulo, 2004.

LOBO, L. **Os infames da história: pobres e deficientes no Brasil**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

LOMBARDI, A. B. **A síndrome da exclusão social: as origens, os fatores de risco, os múltiplos sintomas biopsicossociais ao longo dos períodos do ciclo de vida e os fatores perpetuadores**. 2009. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)- Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, 2009.

LUDKE, M. E; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, A. M. Pra que é que presta uma menininha? In: ABRAMOVICH, F. (Org). **O mito da infância feliz**. São Paulo: Summus, 1983.

MAYER-GROSS; SLATER; ROTH. **Psiquiatria clínica**. São Paulo: Mestre Jou, 1969.

MANNONI, M. **A primeira entrevista em psicanálise: um clássico em psicanálise**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

NAKAMURA, E.; SANTOS, J. Q. Depressão infantil: abordagem antropológico. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 53-60, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. CID-10, 1993.

OLIVEIRA, I. M. **Preconceito e autoconceito: identidade e interação na sala de aula**. São Paulo. Papyrus, 2007.

OTSKI, L. S. "Manuscrito de 1929". **Educação e Sociedade**, Revista Quadrimestral de Ciências da Educação/Centro de Estudos da Educação e Sociedade (Cedes), Campinas, Cedes, n. 71, p. 21-44, 2000.

PATTO, M.H.S. **A produção do fracasso escolar**: histórias de submissão e rebeldia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

RIBEIRO, K. C. S et. al. **Representações sociais da depressão no contexto escolar**, Artigo apresentado na Universidade Federal da Paraíba, 2007.

SARMENTO, M. J. **Imaginário e culturas da infância**. Disponível em: <http://titosena.fortunecity.com/Arquivos/Artigos_infancia/Cultura%20na%20Infancia.pdf>. Acesso em: 4 set. 2010.

TEODORO, M. L. M. et al. Afetividade e conflito familiar e sua relação com a depressão em crianças e adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2007. Disponível em:<www.scielo.br/prc>. Acesso em: 10 ago. 2011.

VIGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1998a.

_____. **Pensamento e linguagem**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998b.

_____. **Teoria e método em psicologia**. São Paulo, Martins Fontes, 1996.

_____. "Manuscrito de 1929". **Educação e Sociedade**, Revista Quadrimestral de Ciência da Educação/Centro de Estudos Educação e Sociedade (Cedes), Campinas, Cedes, n. 71, p. 21-44, 2000.

ZIRALDO, 1932-. **O menino maluquinho**. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A — TERMO DE CONSENTIMENTO

Prezados pais,

Sou psiquiatra e aluna do Mestrado do Programa de Pós Graduação em Educação da Universidade Federal do Espírito Santo. Estou fazendo uma pesquisa sobre as possibilidades de inserção da criança com o diagnóstico de depressão no contexto escolar. Para dar continuidade a este trabalho necessito da sua colaboração, autorizando seu filho(a) a participar desta pesquisa.

A participação do seu filho(a) na pesquisa será para:

1-Encontros informais na brinquedoteca da Universidade.

2-Responder a um roteiro de entrevista.

Vale ressaltar que a identificação do seu filho(a) será mantida em total sigilo. É importante lembrar que sua participação é voluntária e sem nenhum prejuízo, caso não deseje participar.

Agradeço sua colaboração e me coloco à disposição para esclarecimentos de dúvidas.

Vitória, outubro de 2011.

Emilia Helena da Silva Frizzera.

Você autoriza a participação de seu filho(a) nesta pesquisa?

Sim () Não ()

Consciente dos objetivos e procedimentos utilizados nesta pesquisa, autorizo meu filho(a)

_____ a participar da pesquisa.

Data: _____

Assinatura do responsável _____

APÊNDICE B — ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O PROFESSOR

- 1- Quais conhecimentos têm sobre o diagnóstico de depressão? E sobre o diagnóstico de depressão em crianças?
- 2- Já trabalhou com crianças com o diagnóstico de depressão? Sentiu necessidade de realizar alguma alteração na prática pedagógica para atender às necessidades dessa criança? Que tipo de alteração?
- 3- Há quanto tempo conhece a criança com diagnóstico de depressão? Tem conhecimento sobre a vida escolar dessa criança em anos anteriores?
- 4- Como descreve o cotidiano da criança com diagnóstico de depressão na escola: na relação com os professores, com os colegas, na realização das tarefas escolares?
- 5- Como vê a relação da criança com a família?
- 6- A escola promoveu algum tipo de ação diferenciada para atender às necessidades da criança no atual momento?
- 7- De que tipo de informação a mais você avalia que necessita para trabalhar com essa criança?
- 8- É uma questão livre para expressar, sugerir, opinar sobre a criança com diagnóstico de depressão infantil.

APÊNDICE C — ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA AS FAMÍLIAS

I. Dados de identificação

1. Nome:
2. Idade:
3. Sexo:
4. Grau de escolaridade:
5. Cargo/Função:

II. Roteiro de entrevista

1. Como vê o seu filho hoje? Percebe alguma mudança significativa em seu comportamento nos últimos tempos? Qual?
2. Como é o relacionamento com seu filho(a)?
3. Como é o relacionamento de seu filho com os outros membros da família?
4. Como vê a escola em que seu filho estuda? Quais foram os critérios para a escolha dessa escola?
5. Como são os profissionais da escola?
6. Tem contatos frequentes com a escola?
7. Quem leva e traz a criança da escola?
8. Você acompanha a vida escolar de seu filho? O que pode dizer sobre ela?
9. Você acha que seu filho gosta da escola? Por que?

APÊNDICE D — ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA AS CRIANÇAS

I. Dados de identificação

1. Nome:
2. Data do nascimento:
2. Idade:
3. Sexo:
4. Grau de escolaridade:
5. Nome da escola em que estuda:
6. Repetiu algum ano escolar?

II. Roteiro de entrevista

1. Como é o relacionamento com sua família?
2. Você se sente segura em sua casa?
3. Como é o relacionamento com seus professores?
4. Você fica sozinho em casa?
5. Você conversa com sua mãe/pai e irmãos?
6. Você gosta mais de que lugar de sua casa?
7. Como é sua escola? De quem mais gosta na escola?
8. Você se sente segura em sua escola?
9. Como é o relacionamento com os seus colegas de escola?
10. Você se sente mais amigo de algum colega?
11. Você sente dificuldade em realizar as tarefas da escola?

12. Você gosta mais de que lugar da escola?