



Escola Superior de Educação João de Deus

Mestrado em Ciências da Educação na
Especialidade em Domínio Cognitivo-Motor

Atitudes dos pais e dos professores face à
Depressão Infantil

Sónia Marisa Brandão da Costa

Lisboa, Julho de 2012

Escola Superior de Educação João de Deus

Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em
Domínio Cognitivo-Motor

Atitudes dos pais e dos professores face à Depressão
Infantil

Sónia Marisa Brandão da Costa

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação João de
Deus com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências da
Educação na Especialidade de Educação Especial: Domínio Cognitivo
e Motor sob a orientação da

Professora Cristina Saraiva

Lisboa, Julho de 2012

Resumo

A palavra depressão é cada vez mais falada e divulgada, chegando assim ao conhecimento de todas as pessoas.

A depressão, inicialmente, era atribuída apenas aos adultos, era impensável uma criança padecer desta doença mental. Mas já se concluiu que também os recém nascidos, crianças e adolescentes podem ter depressão. Os primeiros cuidados que a mãe tem durante a gestação são fundamentais para evitar ou atenuar uma depressão.

Os pais, a escola e toda a comunidade envolvente, tem a obrigação de proteger e compreender a criança no sentido de a ajudar a ultrapassar obstáculos e ser preparada para a vida.

O presente trabalho tem como objectivo analisar as atitudes dos professores face à Depressão Infantil e posteriormente fazer uma comparação com as atitudes dos pais face à depressão infantil. Para tal depois de aplicarmos 100 questionários aos pais, também aplicamos questionários aos professores. Assim através das respostas de ambos os sujeitos analisamos se existem diferenças entre os conhecimentos dos pais e dos professores.

Fizemos pesquisa bibliográfica e encontramos estudos de alguns autores sobre a DI. António Coimbra de Matos (2001), Maria Luísa Lima (1996), Teresa Ferreira (1993) e Ajuriaguerra (1991) são alguns dos autores que nós nos debruçamos para elaborar a parte teórica do nosso projecto.

Palavras-Chave: Depressão Infantil; Atitudes; Pais, Professores, Educadores, Escola

Abstract

The word depression is increasingly spoken and published, thus coming to the attention of all people.

The depression initially was allotted only to adults, it was unthinkable that a child suffering mental illness. But it is also concluded that infants, children and adolescents may have depression. The first care that the mother has during pregnancy are essential to prevent or alleviate depression.

Parents, school and throughout the surrounding community has an obligation to protect and understand the child in order to help overcome obstacles and be prepared for life.

The present work aims to analyze the attitudes of teachers towards the Child Depression and then make a comparison with the attitudes of parents towards the child depression. To do so after applying 100 questionnaires to parents, we also applied questionnaires to teachers. So through the responses of both subjects analyzed whether there are differences between the knowledge of parents and teachers.

We find literature and studies of some authors on the DI. Antonio Coimbra de Matos (2001), Maria Luisa Lima (1996), Teresa Ferreira (1993) and Ajuriaguerra (1991) are some of the authors we worked through to develop the theoretical part of our project.

Key-words: Child Depression, Attitudes, Parents, Teachers, Teachers, School

Epígrafe

*“ Neste mundo de alta velocidade,
os pais nunca podem tirar as mãos do volante,
os pés dos pedais
ou os olhos da estrada.”*

Maurice J. Elias, e outros (2000)

*O dom de ensinar
Professor, Lehrer, Professore, Teacher, Professeur
Não importa o nome, o idioma, a nacionalidade
É uma pessoa especial
Traz consigo um dom
Cada um tem seu método ou maneira
Mas o objetivo é o mesmo: ENSINAR.
Quão abençoada é a pessoa
Que nasce com esse dom
O dom de ensinar
Traz na sua alma a ânsia, o desejo de fazer a diferença.
Aonde quer que vá.
E às vezes mesmo sem pensar
Vive a ensinar.*

Tamires Gentil OlímpioCruzeiro, SP

Dedicatória

Dedico este meu trabalho:

Ao meu filho Gabriel e ao meu marido Victor.

A todos os que me apoiaram no desenvolvimento deste projecto.

Agradecimentos

Agradeço...

A todos os que contribuíram para a realização deste projecto de Investigação; sem a sua preciosa colaboração não teria sido possível.

À Escola Superior de Educação João de Deus que incentivou e permitiu a minha dedicação na dissertação deste mestrado.

Agradeço à orientadora da tese, Dr. Cristina Saraiva, pela sua coordenação e supervisão científica que tornaram viável a concretização deste trabalho.

À minha mãe Goretti, ao meu pai Fernando e à minha avó Emília por terem dedicado horas sem fim a momentos de entrega total ao meu filho Gabriel. É muito difícil em palavras expressar toda a minha gratidão e carinho pela minha família.

Ao meu marido por ter encontrado entre os seus múltiplos afazeres, os momentos necessários para me auxiliar nas tarefas de casa. Obrigada por fazeres parte da minha vida.

Índice

Resumo.....	4
Abstrat.....	5
Epígrafe.....	6
Dedicatória.....	7
Agradecimentos.....	8
Índice.....	9
Índice de tabelas.....	10
Índice de gráficos.....	10
Introdução.....	12

Capítulo 1

Enquadramento Teórico

1.1 Atitudes.....	15
1.2 Pais/Educadores.....	18
1.3 Professores	20
1.4. Depressão Infantil	25

Capítulo 2

Parte Empírica

2.1.Caracterização do estudo	40
2.2 Definição e caracterização da amostra.....	43
2.3 Instrumento utilizado.....	41
2.4 Objectivo inicialmente estabelecido.....	43
2.5 Problema de investigação.....	44
2.6 Hipóteses	44
2.7 Variáveis.....	45
2.8 Modo e tratamento de dados.....	45

2.9 Análise e discussão dos resultados.....	45
2.10 Conclusões sobre os resultados do questionário.....	66
Conclusão.....	71
Bibliografia.....	73
Webgrafia	75
Anexos	

Índice de tabelas

Tabela 1 - Distribuição dos sujeitos em relação à DI Ligeira.....	58
Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos em relação à DI Moderada.....	59
Tabela 3 – Distribuição dos sujeitos em relação à DI Grave	59
Tabela 4- Distribuição dos sujeitos em relação às atitudes dos pais face à DI.....	63
Tabela 5- Distribuição dos sujeitos em relação às atitudes dos professores face à DI.....	64

Índice de gráficos

Gráfico 1 e 2- Distribuição dos sujeitos da amostra em função da idade.....	46
Gráfico 3 e 4- Distribuição dos sujeitos da amostra em função do género.....	47
Gráfico 5 e 6- Distribuição dos sujeitos da amostra em função das habilitações académicas.....	48
Gráfico 7 e 8- Distribuição dos sujeitos em relação ao conhecimento da DI.....	49
Gráfico 9 e 10- Distribuição dos sujeitos em relação ao contacto com criança com DI.....	50
Gráfico 11 e 12- Distribuição dos sujeitos em relação à definição de DI.....	51
Gráfico 13 e 14- Distribuição dos sujeitos em relação à ocorrência da DI.....	52
Gráfico 15 e 16- Distribuição dos sujeitos em relação às vítimas da DI.....	53
Gráfico 17 e 18- Distribuição dos sujeitos em relação aos sintomas da DI.....	55
Gráfico 19 e 20- Distribuição dos sujeitos em relação às consequências da DI.....	56
Gráfico 21 e 22- Distribuição dos sujeitos em relação à origem da DI.....	57
Gráfico 23 e 24- Distribuição dos sujeitos em relação à relação de DI e dificuldades de aprendizagem.....	60

Gráfico 25 e 26-Distribuição dos sujeitos em relação ao local onde se pode detectar a DI.....	61
Gráfico 27 e 28- Distribuição dos sujeitos em relação a quem deve ajudar a criança com DI.....	62
Gráfico 29 e 30- Distribuição dos sujeitos em relação ao conhecimento dos instrumentos de avaliação.....	65

Introdução

É crucial a tomada de consciência por parte de todos os membros da sociedade para a divulgação séria e urgente da Depressão Infantil, uma vez que através do nosso primeiro estudo percebemos que não há informação por parte dos pais o que é a DI e as suas principais características. Por esta razão decidimos continuar o nosso estudo, com o objectivo de perceber as atitudes dos professores face à DI e compará-las com as atitudes dos pais. No entanto temos de ter em atenção que a nossa amostra, constituída por 100 pais e 80 professores, não pode só por si generalizar a realidade

O presente estudo torna-se importante uma vez que pretendeu abordar um tema ligado à psicologia infantil e que na sociedade actual tornou-se uma realidade em hospitais, escolas e em consultórios clínicos. A depressão encontra-se reconhecida no Plano Nacional de Saude 2000/ 2010, como um problema primordial de saúde pública.

Actualmente há a ideia que em todas as idades pode surgir esta doença contrariamente ao que se pensava inicialmente, em que só os adultos é que padeciam desta doença.

A depressão na criança foi durante muito tempo desconhecida, mesmo para alguns especialistas. Uma das dificuldades, estava relacionada com os sintomas desta doença, que eram confundidos com outras patologias, o que dificultava um diagnóstico correcto.

Devido à sua idade, a criança era sempre vista como um ser feliz, sem preocupações nem problemas, incapaz de compreender determinados assuntos. A tudo isto junta-se a impossibilidade ou a dificuldade das crianças transmitirem o que sentem.

Muitas crianças sofrem de depressão, devido ao ambiente onde estão inseridas, pelas condições da habitação, pela falta de acompanhamento médico, quando há uma perda, quando são abandonadas e mesmo maltratadas.

Actualmente os especialistas já alertam para a gravidade da depressão infantil, já que há crianças que não demonstram nem são felizes.

Segundo Barbosa (1999), a depressão infantil, embora tenha sido descrita desde o século XVIII, somente a partir da década de 1970 passou a despertar maior interesse em pesquisas.

Pretendemos, que aqueles que ainda não estão alertados o fiquem, porque há sempre o risco de os filhos virem a sofrer desta doença e de tudo o que ela acarreta. Saber até que ponto os pais estão informados, seja através da leitura ou do visionamento de programas acerca desta doença.

Assim, expusemos o nosso trabalho em duas partes fundamentais, numa primeira parte está referido o Enquadramento Teórico onde definimos o conceito de atitudes, pais, professores e o conceito de Depressão Infantil segundo alguns autores. Na segunda parte do nosso estudo consta a caracterização do estudo, definição e caracterização da amostra, instrumento utilizado, objectivos inicialmente estabelecidos, problema de investigação, hipóteses, variáveis, modo e tratamento de dados, análise e discussão dos resultados, conclusões sobre os resultados do questionário e finalizamos com a conclusão.

As nossas crianças, cada vez mais passam mais tempo na escola, por isso cabe a nós profissionais da educação informarmo-nos e formarmo-nos para sermos capazes de ajudar as crianças que estão na nossa sala e nada impede de serem vítimas de DI. Eis um bom motivo para termos realizado este estudo.

Capítulo 1

Enquadramento Teórico

1.1 Atitudes

Segundo William James, citado por Miguez (2004), “O homem é autodeterminante na sua integralidade”. Não há predestinação quando se tem atitude. Ou, melhor explicando, poderíamos dizer que o ser humano é capaz de operar modificações na sua vida alterando a própria atitude.

De acordo com Octávio Gonçalves (2003), podemos considerar atitudes como sendo a “tendência ou predisposição adquirida e relativamente estável para agir, pensar ou sentir de uma determinada forma (positiva ou negativa) face a um objecto, pessoa, situação, grupo social, instituição, conceito ou valor”. Deste modo temos a atitude como resultado de uma predisposição psicológica evidente perante a avaliação de um objecto ou situações concretas, de acordo com a maior ou menor conveniência.

As atitudes formam-se no decorrer do processo de socialização e resultam do número de experiências da pessoa com o objecto da atitude ou a própria interacção social com as pessoas que exprimem a atitude.

Rosemberg e Hovland (1960), afirmam ainda que as atitudes são predisposições para responder a determinada classe de estímulos com determinada classe de comportamentos. Podemos então dizer que as atitudes integram um processo avaliativo e se referem sempre a um objecto e a experiências subjectivas. (Carochinho, 2009).

Uma das formas de conceptualizar as atitudes, de acordo com Duque (1999), é através da tripla composição das atitudes, uma vez que esta afirma que as atitudes são compostas por crenças, sentimentos (ou afectos) e tendências de acção. Na componente das atitudes constituídas por crenças existem as crenças informais, que consistem no que a pessoa acredita sobre os factos de uma situação e as crenças avaliativas, que consistem naquilo que a pessoa acredita sobre os méritos, deméritos, bem, mal, justo e injusto, benefícios ou custos de diferentes situações. Segundo Lima, por crença devemos entender “a informação de que uma pessoa dispõe acerca do objecto, face à qual se pode sempre associar a

veracidade” (Lima, 1996). É com base nesta informação e na probabilidade de ela espelhar a verdade que os indivíduos argumentam defendendo as suas opiniões.

No que consta da componente das atitudes constituídas pelos afectos ou sentimentos, integram-se os sentimentos gerais de um indivíduo ou a avaliação de uma situação; a componente afectiva é unidimensional porque relaciona-se com a forma como o indivíduo sente ou vivencia a situação como um todo, tendo em conta as suas vivências e modo de se relacionar com o mundo e com os outros.

As atitudes são o produto final dos processos cognitivos, afectivos e comportamentais através dos quais ocorreram as experiências da pessoa com o objecto da atitude (Carochinho, 2009).

Estas apresentam-se como facilitadoras do processo de tomada de decisão, ajudando a definir e controlar os comportamentos de acordo com a realidade e contexto social em que o sujeito se insere; determina o modo como pensa, sente e age, tendo uma contribuição essencial na definição da identidade e no equilíbrio da personalidade.

Assim, as funções das atitudes podem ser cognitivas, estando relacionadas na maneira como se organiza a cognição humana e se processa a informação; sociais, no que trata das funções de identificação ou diferenciação grupal; motivacionais, que relaciona a tentativa de se compreenderem as razões que levam as pessoas a manter ou não as suas atitudes; por último, a orientação para a acção, que se refere à previsão de comportamentos.

As atitudes possuem um conjunto de características que importa salientar, não são directamente observáveis, referem-se a experiências subjectivas, são quase sempre referidas a um objecto social, incluem sempre uma dimensão afectivo - avaliativa e são aprendidas.

Assim as atitudes correspondem a experiências subjectivas que traduzem hipóteses, relativas a um objecto (pessoas, situação, acontecimento...) de elementos avaliativos (considero bem ou mal), afectivos (gosto ou não gosto), e conativos (quero ou não quero).

Pelo que podemos concluir que existirão tantas atitudes quanto os indivíduos e as diversas experiências subjectivas que tem. Apesar de à primeira vista se poder confundir a atitude com o comportamento, tal relação não é tranquila, dado que esta relação de causa (atitude) efeito (comportamento) é influenciada também pelos traços de personalidade. Devendo existir “coerência entre atitudes e comportamentos” (Lima, 1996) “podemos distinguir a atitude da personalidade no facto de as atitudes possuírem sempre uma componente avaliativa e serem dirigidos a um objecto específico, ao passo que os traços de personalidade não são necessariamente avaliativos, embora descrevam tendências de resposta num dado domínio que, sem especificarem o alvo do comportamento, se centram no indivíduo” (Lima, 1996).

1.2 Pais/Educadores:

Se inicialmente a criança é apenas reflexos (rir, chorar, comer, aprender, andar, falar), é preciso disciplinar esses reflexos. Esta disciplina deve fazer-se logo nos primeiros dias.

O educador prepara uma criança para a vida, para tal deve possuir algumas virtudes. O amor e a firmeza, a paciência, ou seja, o educador é aquele que ao mesmo tempo se faz amar e temer. A criança ama-o pela sua compreensão, bondade, justiça, autoridade serena e prestável.

Educar, reeducar, visto que temos de construir e dirigir. Pequenos seres humanos formam-se e desenvolvem-se, há lugar para uma interpretação da educação baseada não em ideias, mas em dados práticos. As ideias obscurecem a inteligência em vez de a clarificarem, as ideias bloqueiam as engrenagens intelectuais.

Não é possível continuar a pensar a educação escolar como um projecto a ser desenvolvido através de intervenções dissociadas dos contextos e das pessoas que nele se encontram envolvidas.

Diferentes estudos tem revelado os benefícios do envolvimento dos pais no desenvolvimento da criança e no seu sucesso escolar e social e os efeitos negativos das discontinuidades entre a família e a escola, mais acentuadas nas famílias dos meios sociais desfavorecidos, cujo capital cultural e códigos linguísticos tendem a estar mais afastados da cultura dominante valorizada e reprodutiva pela escola.

O maior envolvimento dos pais facilita a integração escolar dos filhos, contribuindo para aumentar o seu rendimento escolar e a valorização da escola, aumentando os incentivos e os apoios dados aos filhos e as perspectivas de escolarização destes, contribuindo igualmente para o aumento das expectativas dos professores face a esses alunos (Silva, 1993).

Um maior envolvimento dos pais é igualmente benéfico para eles próprios, dado o reconhecimento e a maior valorização do seu papel, o aumento de sentimentos de auto-estima, o acesso a uma maior informação sobre os filhos e a escola, o fortalecimento de novas redes sociais, é benéfico para os professores que veem o seu trabalho mais facilitado e a sua imagem mais valorizada face às famílias e também para as escolas que passam a contar com maiores apoios no desenvolvimento da sua actividade (Davies et al., 1989).

Homem (2002) diz que (...) a família constitui a primeira instância educativa do indivíduo. É o ambiente onde este desperta para a vida como pessoa, onde interioriza valores, atitudes e papéis (...).

A família é o primeiro grupo destinado essencialmente ao cuidado da vida, pois é nesse grupo que os relacionamentos entre pais e filhos permitirá ou não uma boa formação de identidade e auto-estima. Há muito que a família deixou de ser considerada uma instituição que tem apenas a função de transmitir genes. Espera-se que a criança aprenda a respeitar os direitos e os sentimentos dos outros através da participação activa da família na sua vida.

No entanto, nos dias de hoje, o conceito de família tem sofrido algumas modificações, a entrada da mulher no mercado de trabalho, a educação dos filhos ficou cada vez mais ao cuidado de instituições extrafamiliares, tais como: os berçários, as creches e os jardins-deinfância. Com essas modificações, espera-se que a escola assuma, além da função de desenvolver o potencial da aprendizagem, também a função de educar valores.

No entanto, as representações que os pais têm da escola são de extrema relevância na formação das atitudes das crianças face à escola. A escola e a família são de extrema importância no desenvolvimento integral da criança, é decisivo o esforço de todos em criar laços entre estes dois ambientes no sentido de promover um processo educativo conjunto que não fragilize nem ponha em confronto, mas que reforce e favoreça atitudes positivas sobre os seus quotidianos presentes e futuros.

1.3 Professores:

Durante séculos exigiu-se que os professores fossem um modelo de virtudes, e mais recentemente que desempenhassem as funções de um técnico, capaz de mudar os comportamentos e atitudes de todo o tipo de alunos.

Freud afirma que, a educação faz parte do grupo das profissões impossíveis. A criança ser capaz de dominar os seus impulsos é o grande objectivo da educação, para tal o professor tem de inibir, proibir e reprimir. No entanto, esta repressão acarreta o perigo da doença neurótica. Deste modo o professor depara-se com um dilema, escolher entre a repressão e a permissão, estando lícito que em ambos os casos, afectará negativamente a criança. A única hipótese é o professor ajudar o aluno a sublimar o maior número possível dos seus desejos e a satisfazer apenas alguns.

A prática docente depara-se com graves limitações no seu exercício. O professor está constantemente a ser confrontado com a questão dos limites da sua influência sobre os alunos. Neste sentido, uma formação profissional adequada não é só por si garantia do sucesso profissional. Como diz, Philippe Perrenoud o fracasso é constitutivo da profissão docente, mas o fracasso dos alunos é também o dos professores e do sistema educativo. Numa profissão técnica, a competência não exclui, nem o erro, nem o sucesso, mas um e outro são excepcionais. Nas profissões que trabalham com pessoas é preciso aceitar, como uma “inevitabilidade”, os semfracassos ou mesmo os fracassos graves.

Como qualquer profissão, a de professor tem algumas especificidades. Esta requer qualificações académicas e pedagógicas. As académicas baseiam-se nos saberes-fazer que serão objecto de uma transmissão ou transferência, as pedagógicas são as metodologias e técnicas que utiliza para o exercício da sua actividade profissional.

As últimas são qualificações exclusivas do professor. A forma como as adquiriu e a importância que lhes concede varia consoante o nível de ensino.

Segundo Philippe Perrenoud, as qualificações pedagógicas tendem a ser sobrevalorizadas em detrimento das qualificações acadêmicas, no entanto, no ensino secundário as qualificações acadêmicas tendem a ser proclamadas como nucleares, já que é nelas que os professores deste nível de ensino baseiam o seu prestígio e afirmação da sua autonomia. No ensino superior, as qualificações pedagógicas são desprezadas. Podemos assim afirmar que em opinião do autor, quanto mais nos aproximamos dos níveis elevados do percurso escolar, mais são valorizadas as competências acadêmicas em detrimento das competências pedagógicas.

Freire, afirma que “De nada adianta o discurso competente se a ação pedagógica é impermeável à mudança”. Para além da redução ao aspecto estritamente pedagógico e marcado pela natureza política do seu pensamento, Freire, adverte-nos para a necessidade de assumirmos uma postura vigilante contra todas as práticas de desuminação. Para tal o saber-fazer da auto reflexão crítica e o saber-ser da sabedoria exercitados, permanentemente, podem não ajudar a fazer a necessária leitura crítica das verdadeiras causas da degradação humana e da razão de ser do discurso da globalização.

O professor tem de ter consciência que, quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender, ou seja, ensinar não é só transferir conhecimentos ao outro, não há docência sem discência, estas explicam-se e apesar de haver dois sujeitos diferentes (aluno-professor) não se reduzem à condição de objecto, um do outro

Segundo Freire, “É que o processo de aprender, em que historicamente descobrimos que era possível ensinar como tarefa não apenas embutida no aprender, mas perfilada em si, com relação a aprender, é um processo que pode deflagrar no aprendiz uma curiosidade crescente, que pode torná-lo mais e mais criador”.

O autor defende que quanto mais criticamente, o professor, exerça a capacidade de aprender tanto mais se constrói e desenvolve a curiosidade do aluno. A importância do papel do educador, passa pela tarefa docente não apenas ensinar os conteúdos mas também ensinar a pensar o certo, por esta razão o professor deve-se tornar crítico, no sentido de não ser um repetidor cadenciado de frases e de ideias e sim um desafiador.

A actividade do professor, até meados dos anos sessenta, tinha como referência o modelo do “Bom professor”. Este exercia uma função social transcendente, era um verdadeiro modelo moral e político, não apenas porque era tomado como um cidadão exemplar, mas também porque era visto como um sacerdote ao serviço do saber. A sua vida confundia-se com a sua missão. Ser professor era a manifestação de uma vocação ou missão transcendente, não o exercício de uma profissão. Esta imagem foi destruída, não apenas pela massificação do ensino, mas também pelos estudos sociológicos que surgiram no final da década, primeiro em França, e na década seguinte na Inglaterra e nos EUA. Estes revelaram que os professores estavam profundamente envolvidos em estratégias de poder, em geral, ao serviço das classes dominantes.

Nos princípios dos anos 80, a imagem do professor era tudo menos altruísta, os professores respiravam envolvimento político por todos os poros. As Ciências da Educação não tardaram em descobrir as lutas internas que percorriam as escolas, onde os ganhos de uns significam perda para outros. As relações de poder são sempre assimétricas.

É neste contexto, que surge um novo discurso sobre os professores, onde estes são encarados acima de tudo como profissionais empenhados na defesa do profissionalismo da sua classe. O profissionalismo passa a ser a solução com a qual se irá resolver a questão do insucesso escolar, mas para isso é necessário dar aos professores novos direitos e oportunidades para decidirem sobre o que melhor convém aos seus alunos. Na tentativa de colmatar algum insucesso escolar os professores baseiam-se no currículo, adaptado ao aluno relacionado com as suas dificuldades de aprendizagem.

Na educação, o currículo não se esgota em si mesmo, deixando prever um fenómeno inacabado e sempre dinâmico. É no sentido da análise, da importância do seu âmbito, que depois se desenvolvem algumas perspectivas. As primeiras definições de currículo apontam para um conceito que corresponde “a um plano de estudos, ou a um programa, muito estruturado e organizado na base de objectivos, conteúdos e actividades de acordo com a natureza das disciplinas” (Pacheco 2001) o que demonstra uma noção restrita de currículo, mas ainda recorrente nas concepções de muitos docentes.

Os professores normalmente encaram o currículo como um conjunto de normativos e contactam com ele através da leitura de textos vindos do ministério da educação. Em nossa opinião estes textos devem ser usados apenas como instrumentos que permitem organizar o currículo, sendo este um conjunto de aprendizagens sociais-interpessoais, científicas, funcionais, linguísticas, éticas, e muito mais. Estas aprendizagens são necessárias para todos os cidadãos, num determinado tempo e espaço, e que, por isso, vão sendo alteradas à medida que a sociedade evolui, devem ser garantidas e organizadas pela escola.

A compreensão de currículo converteu-se num espaço de controvérsia entre académicos com fraca protecção no âmbito da prática escolar. Assim, Pacheco (2001) coloca a discussão teórica das questões curriculares de modo ambíguo que contrapõem pela ausência de uma intervenção prática vocacionada para a resolução de problemas ou de melhores escolhas alternativas.

A diferenciação do currículo impõe a clarificação do conceito currículo que, por ser considerado um dos principais pilares de qualquer sistema educativo, determina uma breve passagem pelo conceito de educação. A educação é um processo contextualizado de desenvolvimento contínuo do indivíduo, este processo é marcado por diferentes etapas, que são distinguidas por um grau de maior ou menor formalidade, a que se associa uma maior ou menor estruturação. Este será substanciado por tudo aquilo que é objecto de ensino e de aprendizagem.

Hoje em dia, a diversidade dos alunos com identidades culturais, linguísticas, sociais e de aprendizagem e participação, muito próprias em meio escolar, obriga a uma abordagem curricular diferenciada, conceptualizada na acção promotora da escola.

Deste modo, está em causa que as escolas consigam gerir de forma mais flexível o seu currículo, atendendo às diversidades das crianças e jovens que nela estão inseridos. A autonomia da escola ou agrupamento facilita o desenvolvimento de medidas de forma consistente que encaminhem para a construção de uma escola mais inclusiva, visto que, é da responsabilidade da escola organizar o seu funcionamento com o objectivo de conseguir dar respostas pedagógicas adequadas às necessidades das aprendizagens dos seus alunos,

garantindo o sucesso escolar de todos. A educação inclusiva pressupõe escolas abertas a todos, onde todos aprendem juntos, quaisquer que sejam as suas dificuldades, porque o acto educativo centra-se na diferenciação curricular inclusiva, construída em função dos contextos de pertença dos alunos, à procura de vias escolares diferentes para dar resposta à diversidade cultural, implementando uma *praxis* que contemple diferentes metodologias que tenham em atenção os ritmos e os estilos de aprendizagem dos alunos (Roldão, 2003).

Assim podemos afirmar que a finalidade é que todos os alunos adquiram as aprendizagens curriculares com uma eficácia que lhes permita assegurar a sobrevivência social e pessoal a um nível de desempenho sociocultural assegurando a sua autonomia nas actividades do dia-a-dia, ou seja, a escola e os professores devem poder orientar adequadamente e com sucesso a construção diferenciada da aprendizagem de cada um, relativamente ao currículo comum, apontando, na medida do possível, o melhor acesso, de todos à integração plena na sociedade a que pertencem.

Estas práticas de diferenciação curricular, permitem ao professor fazer uma abordagem ao currículo em função das características que identifica em cada grupo de alunos. Tal abordagem permite ao professor conseguir práticas de inovação curricular estabelecendo adequações. Referimo-nos às práticas adoptadas para os alunos com Necessidades Educativas Especiais (NEE). Segundo Perrenoud, diferenciar é

“romper com a pedagogia magistral – a mesma lição e os mesmos exercícios para todos ao mesmo tempo – é sobretudo uma maneira de por em funcionamento uma organização de trabalho que integre dispositivos didáticos, de forma a colocar cada aluno perante a situação mais favorável ao seu processo de aprendizagem.”,

pois não diferenciar é excluir alunos através da prática pedagógica.

1.4 Depressão Infantil:

A palavra depressão deriva do latim baixo. E estar em baixo diz respeito ao espírito e ao corpo.

<<Deprimer>>, que s

O termo depressão pode ser um sintoma que faz parte de vários distúrbios emocionais, pode significar uma síndrome com muitos e variados sintomas somáticos ou significar uma doença caracterizada por alterações afetivas.

O transtorno depressivo infantil é uma patologia que merece atenção dentro da saúde pública, devido ao aumento da sua incidência. Esta, tem muitas diversidades e necessita por isso de ser mais estudada.

A história da depressão infantil está cheia de obtusidades. Maudsley, há um século, escrevia dando importância à melancolia e à depressão em idades infantis e depois há um grande desinteresse e esquecimento científico neste assunto. Em 1621, datam as primeiras descrições sobre DI, quando Robert Burton escreve sobre a anatomia da melancolia. Em 1852, Delasiauve, nas suas “Leçons sur la manie infantile”, fala da DI. Em 1907, Augusto Vidal faz referência à sintomatologia da criança melancólica, no seu tratado de Psiquiatria Infantil, em Barcelona. Em 1933, Erich Stern enfatiza a DI num seu livro, em que descreve um parágrafo de Von Düring em que diz: “As crianças deprimidas não podem rir. E uma criança que não ri nem pode brincar, nem brigar; é uma criança enferma (...). As crianças deprimidas são tímidas, fogem da companhia dos demais, não jogam, não têm confiança em si mesmas, o que pode levá-las, inclusive, ao suicídio” (Polaino, 1988).

A psicanálise ortodoxa negou-se a admitir as depressões na infância, por apresentar diferentes instâncias da personalidade. A primeira psicanalista a introduzir o termo depressão na infância foi Melanie Klein.

Nos anos sessenta, surge o conceito de Depressão Mascarada e Equivalentes Depressivos. Estes conceitos definem depressão na criança mas está mascarada e com uma sintomatologia diferente da do adulto. A hiperactividade, agressividade, ansiedade e

insónia seriam considerados fenómenos equiparados à depressão. Em 1970 é finalmente aceite a síndrome depressiva na infância. Assim, neste momento estabelece-se critérios de diagnóstico clínicos, psicológicos e biológicos. A DI pode aparecer em idades inferiores aos seis anos que se trata de uma síndrome própria da infância com características específicas.

Os sintomas somáticos e psicológicos das depressões variam em função da idade da criança, podendo apreciar-se, à medida que a criança vai crescendo, certas tendências a substituir sintomas somáticos por psicológicos mais específicos que a depressão no adulto.

Em 1980, consolida-se portanto o interesse clínico e de investigação. O DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) inclui a DI considerando que “o depressivo é próprio de todas as idades”. Mais tarde, em 1990, iniciam-se estudos de classificação baseados no DSM-III-R. A CID-X melhora ligeiramente a proposta do DSM-III-R.

Desde a década de 1970, quando a DI foi descrita pela primeira vez com critérios e diagnósticos precisos, há um consenso de que as crianças exibem sintomas depressivos semelhantes aos dos adultos.

Apenas nos últimos vinte anos surgiram as pesquisas científicas necessárias para compreender como as crianças passam pela depressão, porque se deprimem e como ajudá-las.

A sociedade pós-moderna, mediante as situações de conturbação geradas pelos processos dinâmicos mundiais, da pressão sócio - económica e cultural sofre com uma patologia já existente, no entanto a depressão é diagnóstica com frequência. A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a última década do século XX, a depressão manifestou-se de maneira eficaz e rápida, assim ocupando uma posição de destaque no conjunto de problemas de saúde pública. Segundo esta organização, no ano de 2020, a depressão será a segunda doença que mais afectará os países desenvolvidos e a primeira nos países em desenvolvimento.

A DI apresenta uma caracterização diferenciada quando é comparada com a depressão de um adulto, para ser caracterizada é necessário entender o aparecimento dos sintomas dentro do desenvolvimento da criança. Erik Homburger Erikson investigou o desenvolvimento psicossocial das crianças, tinha como objectivo analisar o transtorno depressivo infantil dentro das fases do desenvolvimento psicossocial. Com este estudo conclui que quando a criança não passa de maneira satisfatória por cada fase de desenvolvimento, poderá levar para a vida futura sintomatologias depressivas.

A DI é um transtorno que afecta directamente o emocional da criança, acarretando danos na área afectiva, social e académica. Bowlby (1985, citado por Regra, 1997), distingue distúrbio depressivo clínico e estado depressivo normal na fase infantil, referindo-se à tristeza como uma reacção normal e saudável a qualquer infelicidade, sendo portanto, uma consequência inevitável de qualquer estado em que o comportamento se desorganiza, como pode ocorrer após a perda de uma pessoa amada.

A DI é um transtorno do humor capaz de comprometer o desenvolvimento da criança e interferir com o processo de maturidade psicológica e social.

Apesar da importância da DI em relação à qualidade de vida, ao suicídio, às dificuldades na escola, esta não tem sido devidamente valorizada por familiares e pediatras e nem adequadamente diagnosticada.

A criança é um ser singular que vai construindo um mundo a partir do seu desenvolvimento afectivo, directamente relacionado com a interacção que estabelece com os outros indivíduos e pessoas e do seu desenvolvimento cognitivo, e essas inter-relações ocorrem adequadamente a partir do instrumental que lhe é fornecido. (Baptista, 1999).

Dessa forma a criança constrói as noções do eu, realidade, espaço e tempo, pilares fundamentais da existência. Entretanto, somente com o começo do pensamento formal, na adolescência, é que inicia a construção de projectos existenciais, passíveis de orientar a sua existência. A dificuldade em estar a desenvolver novas aprendizagens pode ser considerada um factor importante no desenvolvimento do senso de confiança e auto-estima do

adolescente. Quando o indivíduo não consegue sucesso em diversas áreas da sua vida, aumenta a probabilidade de experimentar sentimentos negativos e pensamentos de incapacidade, o que pode auxiliar no desenvolvimento da depressão.

A depressão tem muitas denominações que dizem respeito aos seus factores ambientais e orgânicos. De acordo com a visão orgânica, uma determinada alteração no equilíbrio químico do cérebro, pode desencadear a depressão. O factor que determina este desequilíbrio no cérebro, seria uma acção de neurotransmissores, tais como a serotonina, a noradrenalina e a dopamina, que também são responsáveis pelas emoções e pelos estados de humor.

Segundo Ajuriaguerra (1991) a depressão infantil está associada a uma inibição motora, ocasionando para a criança uma dificuldade de brincar, executar tarefas ou ocupações. Os sintomas depressivos também estão presentes nas situações de jogo, no qual a criança usa expressões como “não sei”, “não consigo”.

Para Andrade (2000) a depressão pode decorrer de vários factores, como um evento stressante, dificuldades na interacção com outros, no aparecimento de alguma fraqueza, o acumular de factos desagradáveis ao longo da vida da criança. Esses sintomas apresentam-se nos factores ambientais da criança.

As crianças sofrem um abalo na auto-estima reforçando a depressão, pois os distúrbios têm efeito sobre a capacidade cognitiva da criança, diz Castro (2001). O facto de estarem a passar por problemas como por exemplo brigas, separação, fazem com que os pais, na maioria das vezes, não atentem para o caminho e a atenção que os seus filhos precisam, não dando conta que a falta de atenção por parte deles reflectem-se no comportamento da criança através da agressividade, timidez profunda, isolamento social e baixa auto-estima. Estes comportamentos podem fazer com que a criança seja discriminada por parte das outras crianças, e ninguém se apercebe que estes comportamentos podem ser sintomas depressivos.

A mudança de comportamento de uma criança pode estar relacionada com as perdas que ela poderá sofrer, estando esta mudança, ligada aos sintomas depressivos, já que as situações de perda podem ser traumáticas para a criança. Principalmente se forem referentes à morte de um ou ambos os pais, perda de alguém da família que seja muito próximo à criança ou ainda, a perda de algo que seja muito significativo para ela. A fase mais crítica para a criança sofrer estes tipos de traumas é a dos 6 meses a 4 -5 anos, onde podem apresentar sintomas de perda da possibilidade de contacto com o próximo e sentimentos de não mais ser amada. (Ajuriaguerra, 1991).

As crianças, contudo, sentem-se muitas das vezes, magoadas e até inúteis, por algumas pessoas desprezarem o que estão a sentir e até por muitas vezes, dependendo da situação, não respeitarem as suas opiniões.

Coimbra de Matos (2001), define a depressão como uma estrutura, situando-se entre a estrutura neurótica e psicótica. A problemática da depressão, reside mesmo na perda de uma boa relação com o objecto de amor (mãe ou substituto). Refere ainda como, “o mais lúcido enunciado da depressão” a carta de Freud a Abraham, em que afirma que a “depressão é a persistência do investimento inconsciente na representação do objecto”.

Assim como descreve a personalidade depressiva apresentando traços como: baixa auto-estima; culpabilidade; super-eu severo; vulnerabilidade à perda; tendência à adinamia; idealização do passado, a economia é depressiva (a criança dá mais amor do que recebe) e através da identificação imago-imagética, induz a culpa atribuída pelo objecto. A depressão amorfa caracteriza-se pela queda libidinal, impossibilidade de maturação genital, dependência afectiva, ou rotura relacional restituída através da somatização e da comunicação operacional. A depressão narcísica ou de inferioridade vive de sentimentos de inferioridade, da ruína narcísica, com idealização do outro e desidealização do próprio, presente nas culturas de êxito. A depressão de culpabilidade ou masoquista reflecte sentimentos de culpa, inflexão interna da agressividade, com desculpabilização e idealização do objecto, predominando a projecção das partes boas do Self e introjectando as partes malignas do objecto, presentes em culturas do pecado.

Existe ainda a depressão psicótica, com perda total do objecto, buraco depressivo, sentimento de inutilidade do investimento afectivo porque o objecto é sentido como incapaz de se relacionar, por indiferença, rejeição ou agressividade.

Teresa Ferreira (1993), refere que o núcleo depressivo da criança pressupõe uma correspondente decepção narcísica da mãe. São características constantes no Eu da criança em sofrimento depressivo, a esperança libidinal, assim como o desejo de um “encontro” objectal. A depressão não se manifesta do mesmo modo, de acordo com a idade da criança.

Eduardo Sá (2001), refere que os fetos podem deprimir, devido por exemplo, à ansiedade maternal na gravidez, pelo atraso no desenvolvimento fetal ou após o nascimento. Clerget (1999) define que na primeira infância (0 a 2anos) a depressão nos bebés apresenta-se com a recusa em alimentar-se, atraso no crescimento, no desenvolvimento psicomotor, no atraso da linguagem e na perturbação do sono. A depressão na idade pré-escolar (2 a 6 anos), manifesta-se por distúrbios de humor e distúrbio vegetativo. Na idade escolar (6 a 12 anos) a depressão é manifestada através da tristeza da criança, ansiedade de separação, sintomas psicossomáticos, baixa de energia, dificuldades escolares, problemas alimentares e de sono, segundo Clerget (1999).

A depressão na primeira infância está relacionada com frustrações precoces e graves ocorrida no meio familiar e motivadas por roturas qualitativas no investimento maternal, lutos, descompensações depressivas das mães, descontinuidade dos cuidados ou por separações da mãe ou do prestador de cuidados.

Antes dos 6 meses não podemos falar propriamente de depressão, mas de respostas depressivas. A depressão anaclítica, que se desenvolve a partir do 2.º semestre, é o quadro mais precoce e mais grave da depressão no bebé pela rotura da relação com o objecto maternal. A depressão nos bebés não é frequentemente um quadro clínico transitório poderá traduzir-se mais tarde por uma excessiva dependência de gratificação narcísica exterior e perda da auto-estima, resultante da necessidade insatisfeita de afecto.

Até há pouco tempo atrás, a depressão não era considerada uma doença, mas uma alteração de carácter e de força de vontade, ou seja, uma reacção psicológica de pessoas fracas e incapazes de resolver os seus próprios problemas. Apesar do grande estigma, que ainda acompanha a depressão, sabe-se hoje que é uma doença séria e incapacitante, com tratamento e cura na grande maioria dos casos.

A depressão é um conjunto de sintomas e sinais afectivos, cognitivos e comportamentais que trazem sofrimento ao indivíduo e às pessoas que o rodeiam, trazendo assim prejuízos à vida afectiva, profissional e social.

Barbosa (1996) defende que “estudos epidemiológicos mais recentes têm demonstrado que a depressão está presente na população infanto-juvenil com bastante frequência”, sendo que os sintomas da depressão podem ser encontrados em 15% da população infanto-juvenil e em 13% das crianças em idade escolar.

O reconhecimento de um quadro depressivo infantil e da adolescência como um transtorno que pode afectar as pessoas, reivindicada há mais de 30 anos em Estocolmo resultou na elaboração de critérios de diagnóstico para este quadro, denominando-o de Transtorno Depressivo na Infância e Adolescência (DSM-IV, 1994).

Segundo o DSM-IV a presença de sintomas, referidos à frente, por pelo menos duas vezes numa semana, na maior parte do dia é característica da doença. Estes sintomas definem-se por: Estado deprimido (sentir-se deprimido a maior parte do tempo), anedônia (interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as actividades de rotina, sensação de inutilidade ou culpa excessiva), dificuldade de concentração (habilidade frequentemente diminuída para pensar e concentra-se, fadiga ou perda de energia), distúrbios de sono (insónia ou hipersónia praticamente diárias), problemas psicomotores (agitação ou retardo psicomotor, perda ou ganho significativo de peso, na ausência de regime alimentar), ideias recorrentes de morte ou suicídio.

Conforme o número de itens respondidos afirmativamente, o estado depressivo pode ser classificado em três grupos: depressão menor, distimia e depressão maior. Entende-se por

depressão menor quando são confirmados quatro sintomas por duas ou mais semanas. Distímia quando são três ou quatro sintomas, incluindo estado deprimido, durante dois anos no mínimo. Por último o estado depressivo é classificado por depressão maior quando são correspondidos cinco ou mais sintomas por duas semanas ou mais, incluindo estado deprimido ou anedônia.

Os dados de prevalência do Transtorno Depressivo na Infância e Adolescência não são unânimes entre os pesquisadores. Devido à diversidade dos locais onde os estudos são realizados e das populações observadas, vários índices de prevalência têm sido estabelecidos para a depressão na infância. Talvez as dificuldades se devam às discrepâncias de diagnóstico, já que alguns consideram como depressão alguns casos atípicos, como por exemplo, a Fobia Escolar, a Hiperactividade, etc.

Há estudos norte-americanos que revelam uma incidência de depressão em 9% na idade pré-escolar; 1.9% na idade escolar e 4.7% nos adolescentes.

Estudo recente revelou que 15% dos adolescentes e 90% das crianças sofrem de depressão, contrariando pesquisas anteriores que constatavam a Depressão em apenas 10% da população infantil. De difícil diagnóstico no público infantil, esta doença desafia pais, professores, médicos e psicólogos. Todos precisam estar atentos para reverter o quadro, o quanto antes, e amenizar o impacto negativo dos seus efeitos, que podem durar por toda uma vida quando não tratados devidamente.

Na maioria das crianças a sintomatologia da depressão é atípica, no entanto alguns dos casos apresentam sintomas clássicos tais como a tristeza, ansiedade, expectativa pessimista, mudanças no hábito alimentar e no sono ou, por outro lado, problemas físicos, fadiga, cólicas intestinais, dores inesperadas, fraqueza, tonturas, mal-estar geral que não respondem ao tratamento médico habitual. O desinteresse pelas actividades que habitualmente eram interessantes é também considerado um sintoma da DI.

A DI pode causar deterioração nas relações com os demais, familiares e colegas, perda de interesse por pessoas e isolamento. As alterações cognitivas estão principalmente

relacionadas à atenção, raciocínio e memória interferem sobremaneira no rendimento escolar.

Na criança a DI, na sua forma atípica, esconde verdadeiros sentimentos depressivos sob uma máscara de irritabilidade, de agressividade, hiperactividade e rebeldia. As crianças mais novas, devido a falta de habilidade para uma comunicação que demonstre o seu verdadeiro estado emocional, também manifestam a Depressão atípica, nomeadamente com hiperactividade.

A criança fica desleixada, prefere o isolamento, um lugar quieto onde possa ficar só com as suas tristezas. O pensamento pode estar confuso, pois os sentimentos estão exacerbados. Os sintomas da depressão interferem drasticamente com o dia-a-dia da criança, exige perdas de dias da escola, atendimento médico e medicamentos.

A depressão e a ansiedade influencia o rendimento escolar, a criança até pode ir à escola mas não estuda como deve ser e os resultados não são bons. Não se sabe exactamente os motivos que levam as crianças e os jovens a sentirem-se profundamente tristes e deprimidos, porém, acredita-se que o mundo em que vivemos está a tornar-se cada vez mais complexo e muitas crianças e adolescentes não se sentem preparados para lidar com as novas situações e os problemas decorrentes da realidade.

Estudos sobre depressão mostram que, de um modo geral, a melhor forma de tratamento é a combinação de tratamento medicamentoso e da psicoterapia. Os anti-depressivos, medicamentos que não causam dependência, actuam sobre o desequilíbrio bioquímico subjacente ao transtorno, enquanto a psicoterapia promove o desenvolvimento de habilidades cognitivas, emocionais e comportamentais.

A criança ou adolescente deprimido mantém, por semanas, um estado de tristeza permanente e uma incapacidade em retomar o ritmo normal da sua vida.

A depressão em crianças pode ter vários níveis, pode ser uma depressão ligeira, é bastante comum, quando a criança vive momentos de profunda tristeza mas consegue ultrapassá-los sozinho, sem que os pais tenham percepção do ocorrido. A depressão é moderada quando a

criança não consegue sozinha ultrapassar os problemas. Os períodos de tristeza são mais longos e, portanto, mais facilmente percebido pelos pais ou educadores, que poderão assim intervir e ajudá-lo. Outro nível da depressão infantil é a depressão grave, esta é caracterizada pelos períodos contínuos de profunda melancolia e que podem levá-lo a pensar em suicídio.

O diagnóstico da DI é normalmente feito através de critérios de comportamento, tais como: atonia afectiva, inércia motora, pobreza interactiva/retirada e desorganização psicossomática.

A importância da DI é avaliada em função da sua duração e das falhas funcionais que a acompanham. Muitas vezes encontramos sintomas associados, como perturbação do comportamento, défices de atenção e hiperactividade ou mesmo autismo, que mascaram a depressão.

Os pais, educadores e pessoas que contactam com a criança podem ter a percepção de uma depressão na criança se estiverem atentos aos sintomas que acima já foram descritos.

O fenómeno da DI pode ser caracterizado como fenómeno sociocultural seja pela forma particular da sua inserção na sociedade, a partir da ampla disseminação de informações sobre a doença, seja pela variedade de aspectos da realidade aos quais se referem os sintomas. É neste sentido que se torna importante perceber as condições socioeconómicas, o contexto familiar, a rede de relações escolares e os comportamentos associados às crianças.

É muito difícil tratar a depressão em crianças sem os pais estarem esclarecidos sobre a natureza da enfermidade, os seus sintomas, causas, provável evolução e as opções medicamentosas.

Encaixadas em situações particulares e específicas, as simbologias de DI dos médicos, psicólogos e profissionais da educação ajudam a clarear as explicações sobre os vários discursos, mostrando as experiências vividas e as formas particulares de pensamento e de

actuação. Para decifrar as diferentes visões sobre a DI e as suas características peculiares, torna-se primordial, analisar como demonstram os diversos aspectos que compõem realidades socioculturais específicas.

Segundo Lipp, uma das principais características do acontecimento da depressão é a vulgarização e a forma como o termo tem sido empregado no senso comum, que atrapalha a percepção do problema e, também, o andamento do tratamento das crianças. Portanto, o termo ainda continua muito amplo e bastante vago. Por outro lado, trata-se de uma doença definida por factores genéticos, orgânicos e psicossociais.

No momento que falamos de depressão em psiquiatria, estamos a falar de uma doença, não de um estado de ânimo.

Médicos e psicólogos enfatizam que a DI é uma doença, independentemente de características peculiares, e que deve ser diagnosticada e tratada adequadamente, pois pode causar prejuízos à vida das crianças. A criança exterioriza a depressão normalmente com a parte motora, torna-se mais agitada, agressiva, impaciente e rebelde.

Para os médicos, tanto os pais como os professores podem ser os responsáveis pela observação de mudanças nos comportamentos das crianças e do incómodo por elas causado.

Os médicos avaliam e qualificam determinados comportamentos para fazer o seu diagnóstico, a partir de informações trazidas pela família, uma vez que convive com a criança no dia-a-dia. Estas informações são interpretadas pelo médico mediante a fala dos pacientes ou dos responsáveis, com a finalidade de se alcançar coerência que permita agregar determinados sintomas ao diagnóstico.

As famílias apercebem-se das mudanças da criança, mas na maioria das vezes não compreendem a causa. A incompreensão das famílias, a perturbação na vida familiar, na escola e na vida social, torna-se um problema que as famílias precisam, de alguma forma, resolver. Para isto recorrem aos profissionais. A maioria dos autores concorda que a

psicoterapia pode controlar os casos de depressão. Este método oferece a vantagem de não empregar medicamentos e diminuir o risco de recaída.

É de extrema importância que os professores tenham um conhecimento mais profundo sobre o desenvolvimento infantil, incluindo os problemas psicológicos tão comuns nesta fase. O reconhecimento e a identificação dos sintomas da DI nos alunos tendem a diminuir as dificuldades escolares, sobretudo a visão negativista que o aluno, muitas vezes, tem da escola. O professor que conhece as consequências das dificuldades escolares na vida psíquica do aluno deve adotar atitudes comportamentais ou pedagógicas diferenciadas, que impeçam tais dificuldades de aparecerem, porém não deve excluir o tratamento medicamentoso quando orientado pelo médico psiquiatra.

A escola deve propiciar um ambiente que beneficie a aprendizagem, criando técnicas que favoreçam a cognição dos alunos.

A falta de conhecimento sobre a DI dificulta a observação do problema e do seu encaminhamento.

A principal dificuldade no diagnóstico preciso da DI está nas semelhanças que têm os sintomas da doença com as características próprias da idade, podendo deixar confuso até os mais experientes profissionais. Além das crianças nem sempre sabem explicar exactamente o que estão a sentir, outros factores igualmente responsáveis pelo diagnóstico equivocado são a imperícia e a negligência profissional. Conforme Meleiro (2000) a depressão é um dos distúrbios psiquiátricos mais comuns na prática médica.

Para um melhor diagnóstico da DI são usados pelos profissionais alguns instrumentos de avaliação.

Simões (1999) considera que a depressão consiste num problema de “expressão internalizante”, uma vez que a grande parte dos sintomas apresentados por alguém deprimido são sintomas internos, como a tristeza, baixa auto-estima, falta de valor e desesperança, sendo, muitas vezes, de difícil observação por outras pessoas.

Pelas características da manifestação da depressão, o seu principal impacto é na própria criança e não nas pessoas que convivem com ela, o que, por sua vez, dificulta o seu reconhecimento e o tratamento da problemática. Consequentemente, verifica-se a tendência de se ter a criança como um importante informante dos seus sentimentos e os inventários e as escalas de auto-avaliação são vistos como instrumentos essenciais na avaliação de problemas internalizantes. Técnicas de observação, escalas e inventários de auto-avaliação, entrevistas estruturadas e semi-estruturadas têm sido amplamente utilizados por alguns pesquisadores para medir a ocorrência de sintomas depressivos em crianças e adolescentes.

Quanto às entrevistas semi-estruturadas, estas servem como roteiro para o entrevistador e caracterizam-se pela flexibilidade quanto ao número de perguntas e à forma como as questões são formuladas. As entrevistas devem ser aplicadas à criança por profissionais com profunda formação clínica. Para o diagnóstico da DI, em relação às entrevistas semi-estruturadas existem: Child Assessment Schedule (CAS), desenvolvida por Hodges (1993); Interview Schedule for Children (ISC) de Kovacs (1982) e Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS) construída por Puig-Antich e Chambers (1978).

Em relação às avaliações objectivas, existem os questionários, escalas de auto-avaliação e inventários, estes são instrumentos mais aplicados e são eleitos em relação às entrevistas clínicas (Gouveia 1995). Estes métodos apresentam algumas vantagens, como a diminuição da subjectividade, a redução da inferência e o efeito da opinião pessoal do pesquisador ou clínico. Assim como, são de fácil aplicação e correcção e consideradas mais económicas, pois requerem do entrevistador uma preparação mais simples e rápida. No entanto, os inventários não substituem as entrevistas como método de diagnóstico da depressão, uma vez que, parte das vezes são usados como medida de rastreamento de sintomas depressivos.

A Children's Depression Scale (CDS), desenvolvida por Lang e Tisher em 1978, é uma escala de auto-avaliação muito utilizada para discriminar crianças com depressão, com idade entre 6 e 16 anos. Esta dispõe uma versão para os pais CDS-A.

A Depression Self-Rating Scale (DSRS), elaborada por Birlson em 1981, consiste em um questionário de auto-avaliação de 18 itens, que examina aspectos cognitivos, comportamentais e afectivos da depressão. Esta é utilizada em crianças entre os 7 e 13 anos de idade. (FONSECA, A. et al., 2002; SIMÕES, 1999).

A Reynolds Child Depression Scale (RCDS) é também uma medida de auto-avaliação para crianças de 8 a 13 anos de idade. É formada por 30 itens, que avaliam a gravidade da sintomatologia depressiva quanto aos aspectos cognitivos, somáticos, psicomotores e interpessoais.

Entre os inventários de auto-avaliação relatados na literatura, o CDI (Inventário da Depressão Infantil) tem sido o instrumento mais comum na identificação de sintomas depressivos. O Children's Depression Inventory (CDI) foi o primeiro instrumento elaborado para estudar os sintomas de depressão na infância, foi proposto por Kovacs em 1983, e surgiu de uma adaptação do BDI - Beck Depression Inventory. Trata-se de uma escala de auto-avaliação de 27 itens, destinada a identificar os sintomas de depressão em pessoas de 7 a 17 anos. Segundo Harrington (1993), ainda não existe um único instrumento para avaliar todos os aspectos da depressão e as medidas existentes certamente apresentam as suas limitações e vantagens. O autor sugere que os instrumentos já existentes sejam empregados repetidas vezes e em diversos estudos, em vez de serem criadas novas medidas de avaliação.

Capítulo 2

Parte Empírica

2.1 Caracterização do Estudo

A razão de ser desta fase do nosso trabalho, prende-se com o facto de tentarmos interligar a componente teórica, a um estudo de carácter prático, tentarmos dar resposta à problemática que nos propusemos a estudar: os professores estão mais bem informados do que os pais sobre a Depressão Infantil?

Esta questão surgiu da necessidade de conhecer um pouco melhor a realidade existente na nossa sociedade, de certo modo, saber se os professores são capazes de perceber quando um aluno está a passar por uma depressão e se estão preparados para ajuda-lo a ultrapassar esta fase difícil da sua vida, uma vez que através de um estudo anterior percebemos que os pais não tem informação suficiente para ajudar os filhos na suposição de surgir uma depressão infantil nos filhos.

Depreende-se, portanto, que o nosso universo de inquiridos trate de pais e de professores de várias idades. Sendo o nosso objectivo a comparação de conhecimentos dos pais com a dos professores.

Elaborámos dois questionários (ver anexo1 e 2) mediante o qual recolhemos dados plausíveis que nos ajudem a compreender e alcançar algumas respostas face à problemática da nossa investigação.

Assim, dedicamos esta terceira parte do projecto de investigação à definição e caracterização da amostra que respondeu aos nossos questionários, ao enquadramento teórico da metodologia a que recorremos, aos procedimentos realizados e aos objectivos do nosso projecto. Finalmente, abriremos um espaço de reflexão crítica onde apresentaremos os resultados obtidos e as respectivas conclusões.

2.2 Definição e caracterização da amostra

A amostra é constituída por um total de 100 pais e 80 professores, a amostra dos professores é menor uma vez que não conseguimos obter mais respostas.

Para caracterização do grupo, considerou-se a idade, o género, as habilitações académicas e a profissão e a área de ensino no caso do questionário aplicado ao professor.

A idade dos participantes varia, em relação aos pais 30% tem idade superior a 50 anos, no caso dos professores 46% tem idade entre os 30 e 40 anos. Em relação ao género, a maioria dos dois grupos é feminino. Quanto às habilitações académicas, a maior parte dos inquiridos, tanto do grupo dos pais como dos professores são licenciados.

No que respeita à profissão estão incluídos na amostra dos pais, professores, educadores, contabilistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, operários fabris e trabalhadores por conta própria de vários ramos. No caso dos professores o grau de ensino em maior número é o 1º ciclo.

2.3 Instrumento utilizado

Segundo Lessard (1996), em ciências humanas e na investigação qualitativa, existem três grandes grupos de técnicas de recolha de dados, são eles: o inquérito que pode tomar a forma de entrevista (oral) ou de questionário (escrito); a observação que pode ser directa ou participante e a análise documental que têm como principal objectivo recolher informação necessária para a base da análise de estudo.

Como nos diz Biklen & Bogdan (2003) os dados incluem os elementos necessários para pensar de forma adequada e profunda acerca dos aspectos da vida que pretendemos explorar. Em consideração aos objectivos deste estudo, o instrumento privilegiado a usar tomará a forma de inquérito por questionário. Apesar das suas limitações, o questionário é

um dos instrumentos mais utilizados em pesquisa. Tem a vantagem de não obrigar a uma interacção directa com os sujeitos que respondem, uma vez que são os próprios que o preenchem, o que permite ainda, sempre que se achar aconselhável, permaneçam anónimos. Esta garantia de anonimato pode ser importante no sentido de se conseguirem respostas o mais honestas possíveis.

Por outro lado, o questionário está limitado pelas próprias questões que o compõem e dificilmente abrange os vários aspectos de um problema. O sujeito quando responde na ausência do investigador, não tem com quem dissipar eventuais dúvidas e dá a sua opinião de forma subjectiva e por vezes até de certo modo tendenciosa. Assim as questões devem ser formuladas da forma mais simples e honesta possível. Os questionários podem ser compostos por questões fechadas, ou abertas. Nas questões fechadas, o sujeito tem apenas que assinalar a sua resposta entre as hipóteses que lhe são propostas. Tem como desvantagem, limitar a resposta do sujeito e como vantagens propor alternativas que ele poderia eventualmente ter esquecido e facilitar a análise das respostas. Nas questões abertas o sujeito responde espontaneamente utilizando a sua própria linguagem e expressando a sua opinião de uma forma livre, o que vai contribuir para a riqueza dos dados recolhidos.

Segundo Quivy esta técnica de recolha de dados ... “consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimento ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse o investigador (Quivy,1998).

Na opinião deste mesmo autor, este tipo de técnica visa a “verificação de hipóteses teóricas e a análise das correlações que essas hipóteses sugerem”(Quivy, 1998).

Esta técnica só será credível e digna de confiança se tiver em atenção os seguintes aspectos:...“rigor na escolha da amostra, formulação clara e unívoca das perguntas, correspondência entre o universo de referência das perguntas e o universo de referência do

entrevistado, atmosfera de confiança no momento da administração do questionário, honestidade e consciência profissional dos entrevistadores” (Quivy, 1998).

Para a elaboração do nosso estudo, baseámo-nos no método quantitativo e elaborámos um questionário constituído por 21 questões, 19 questões fechadas e 2 abertas no caso do questionário aplicado aos pais. O questionário aplicado aos professores é constituído por 21 questões, 20 questões fechadas e uma aberta.

Incluímos também uma parte para dados pessoais (idade, género, habilitações académicas, profissão e área de ensino) para caracterização da nossa amostra.

Informámos ainda os inquiridos sobre o anonimato dos nossos questionários, a fim de promover o seu preenchimento sem receios, possibilitando, assim, maior liberdade de expressão das suas opiniões. Os questionários seguem em anexo 1 e 2.

2.4 Objectivo inicialmente estabelecido

Cada vez mais, o ritmo da nossa sociedade influencia o aparecimento de doenças mentais, a depressão infantil é uma doença que está cada vez mais em divulgação, daí afluí a pertinência deste nosso estudo.

O nosso principal objectivo, é perceber se os professores e os pais têm a noção do que é a Depressão Infantil, além disso se sabem quais os sintomas, consequências, quem deve ajudar a criança e quais devem ser as suas atitudes se se depararem com um caso destes.

Com a finalidade de enriquecer o nosso estudo, também temos como objectivo comparar as respostas dos questionários dos pais, obtidas com a realização do projecto na pós graduação, com as respostas dos professores face à Depressão Infantil. Assim pretendemos ter a percepção se os professores estão mais informados sobre a depressão infantil do que os pais.

Em relação às atitudes dos pais, concluímos que não estão informados o suficiente para ajudar o filho no caso de padecer desta doença mental.

2.5 Problema de investigação

Face ao anteriormente exposto, é nossa audácia investigar as atitudes dos professores face à Depressão Infantil. Neste contexto, o que pretendemos saber é se: os professores estão melhor informados do que os pais sobre a Depressão Infantil?

Esta questão surgiu da necessidade de conhecer um pouco a realidade da nossa sociedade face a uma doença mental que está em crescimento, a Depressão Infantil.

2.6 Hipóteses

Para além dos pais, os professores, são as pessoas que convivem directamente com as crianças, que percebem quando estão tristes ou contentes, quando o desempenho escolar baixa e tentam entender, quando for o caso, a razão da modificação de comportamentos, por estas razões o nosso estudo é baseado nas atitudes dos professores. Sendo assim, propusemo-nos comprovar a seguinte hipótese:

H1- Os professores estão melhor informados que os pais sobre a Depressão Infantil.

2.7 Variáveis

Este projecto incide a sua investigação na variável independente que são os professores de diferentes áreas de ensino e os pais e como consequência a variável dependente é caracterizada pelas ideias que os professores e os pais têm acerca da Depressão Infantil.

2.8 Modo de tratamento de dados

Em função dos resultados obtidos, a análise e interpretação dos dados foi realizada pelo programa Microsoft Office Excel 2007. Para a organização e tratamento da informação utilizaremos gráficos expressos respectivamente, em frequências e percentagens.

Realizámos, finalmente, um estudo exploratório dos dados, de forma a avaliar os pressupostos inicialmente estabelecidos.

1.9 Análise e discussão dos resultados

Caracterização da amostra

. Idade

Relativamente à idade e para um melhor tratamento estatístico dos resultados obtidos nos questionários, decidimos agrupar os inquiridos em quatro grupos etários: idade inferior a 30 anos, entre os 30 e os 40, entre os 41 e 50 e superior aos 50 anos de idade.

Para atingir o nosso objectivo de estudo, que é comparar as atitudes dos pais com as dos professores, usamos os resultados obtidos do questionário aplicado aos pais e comparamos com os resultados obtidos nos questionários aplicados aos professores. No entanto, não conseguimos uma amostra igual nos professores e nos pais. Aplicamos o questionário a 100 pais mas só obtivemos por parte dos professores 80 respostas.

A forma como o questionário foi elaborado, dá-nos a possibilidade de saber que: 25 pais tem menos de 30 anos, 25 tem idade entre os 30 e 40, 20 pais tem entre os 41 anos e 50 e

30 pais têm mais de 50 anos de idade. Estatisticamente, e como o gráfico aponta, a maior parte dos inquiridos (pais) tem mais de 50 anos de idade (30%).

Relativamente aos professores, 31 professores tem idade inferior a 30 anos, 37 tem idade entre os 30 e 40 anos, 9 tem idade entre os 41 e 50 anos e 3 professores tem idade superiores a 50 anos. Podemos então dizer que a maior parte dos professores inquiridos tem idade entre os 30 a 40 anos (46%).

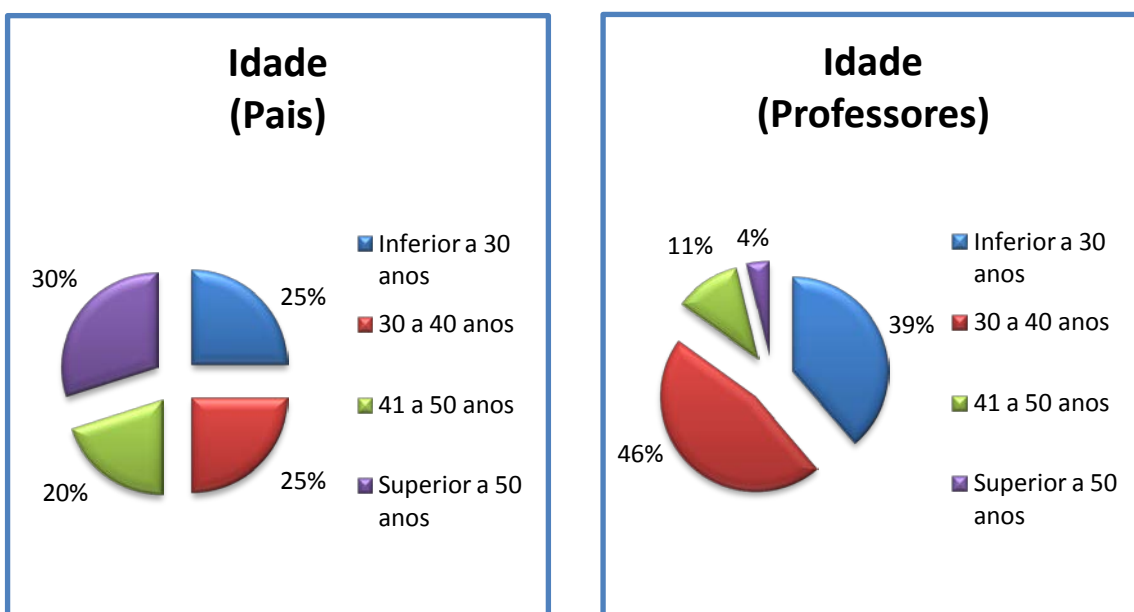


Gráfico 1 e 2- Distribuição dos sujeitos da amostra em função da idade.

. Género

Quanto ao género, a amostra relativa aos pais, é constituída por 68 mães e 32 pais, ou seja, 68% da amostra é do sexo feminino e 32% é do sexo masculino. No que respeita aos professores, 59 são do sexo feminino e 21 são masculino, portanto 74% do sexo feminino e 26% do masculino.

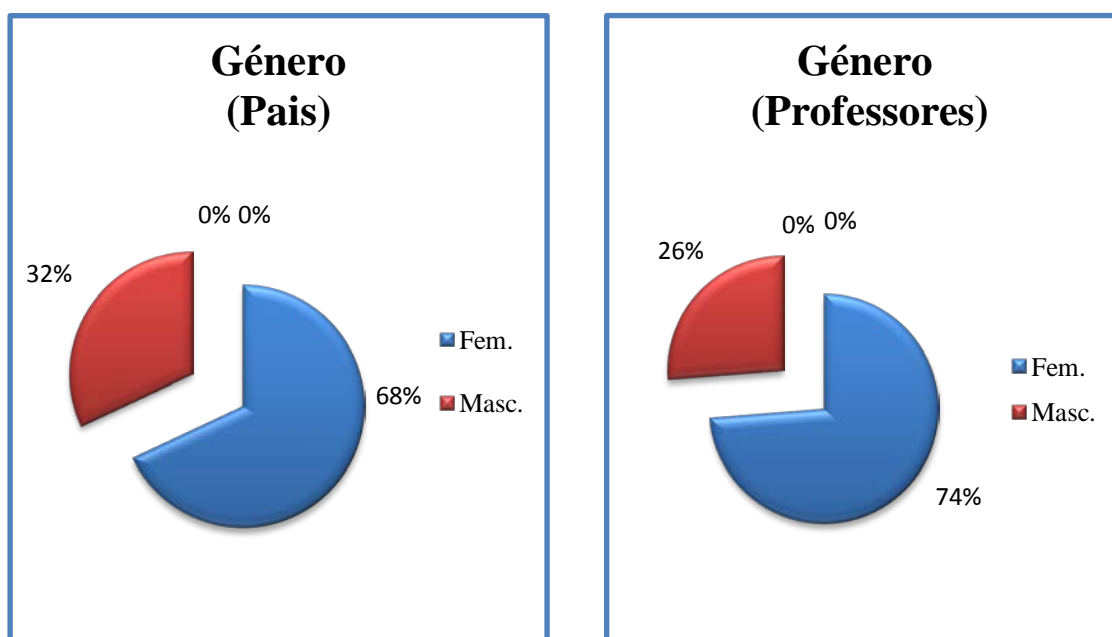


Gráfico 3 e 4- Distribuição dos sujeitos da amostra em função do género.

. Habilitações Académicas

Para identificar a nossa amostra quanto às suas habilitações académicas, definimos seis hipóteses de resposta. Constatamos que 13 pais têm estudos inferiores ao 6ºano, 16 têm o 6ºano, 16 têm o 9ºano, 22 têm o 12ºano e 33 pais têm a licenciatura.

Constatamos que na nossa amostra referente aos pais, 33% dos sujeitos são licenciados, 22% têm o 12ºano, 16% têm o 9ºano, outros 16% têm o 6ºano e em menor percentagem temos os pais que têm habilitações inferiores ao 6ºano (13%).

No caso dos professores, ao analisarmos os gráficos abaixo, observamos que a maioria da amostra tem licenciatura (54%), enquanto que 36% tem pós-graduação e 10% tem mestrado. Nesta amostra nenhum professor possui bacharelato ou doutoramento.

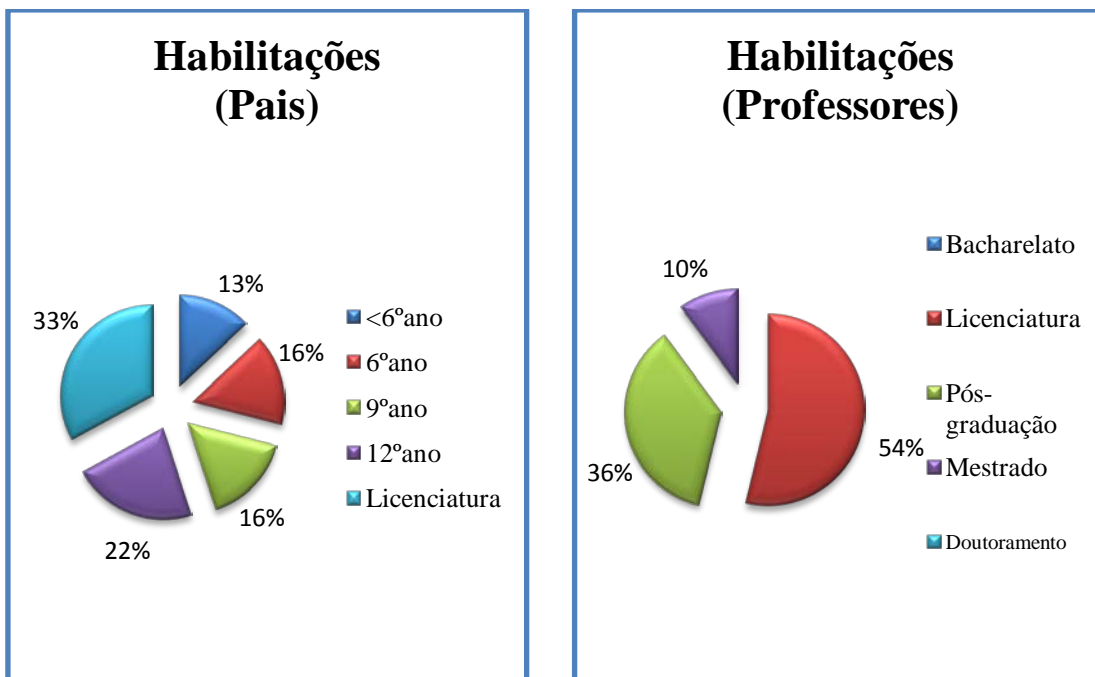


Gráfico 5 e 6- Distribuição dos sujeitos da amostra em função das habilitações académicas.

. Profissão

A nossa amostra dos pais, é constituída pelas mais variadas profissões, motoristas, professores, psicólogos, domésticas, trolhas, carpinteiros, contabilistas, educadores, animadores socioculturais, auxiliar de acção educativa, comerciantes, cozinheiros. Tentamos abranger pais com diferentes profissões pois a depressão infantil pode aparecer em qualquer família independentemente do estrato social.

No que respeita aos professores, eles dividem-se em diferentes áreas de ensino. Uma grande parte dos professores leciona no 1ºciclo(34), 27 sujeitos lecionam no 3ºciclo e secundário, 10 no 2ºciclo e 9 no pré-escolar.

. Conhecimento da existência da Depressão Infantil

A nossa primeira questão no nosso questionário, depois dos dados pessoais dos inquiridos é: se os pais/professores têm conhecimento da existência da Depressão Infantil, se já ouviram falar desta doença mental.

Como podemos constatar com análise do gráfico, em relação à primeira amostra 64% já ouviram falar de DI, no que respeita aos professores há uma percentagem maior que já ouviu falar desta doença mental, 76%.

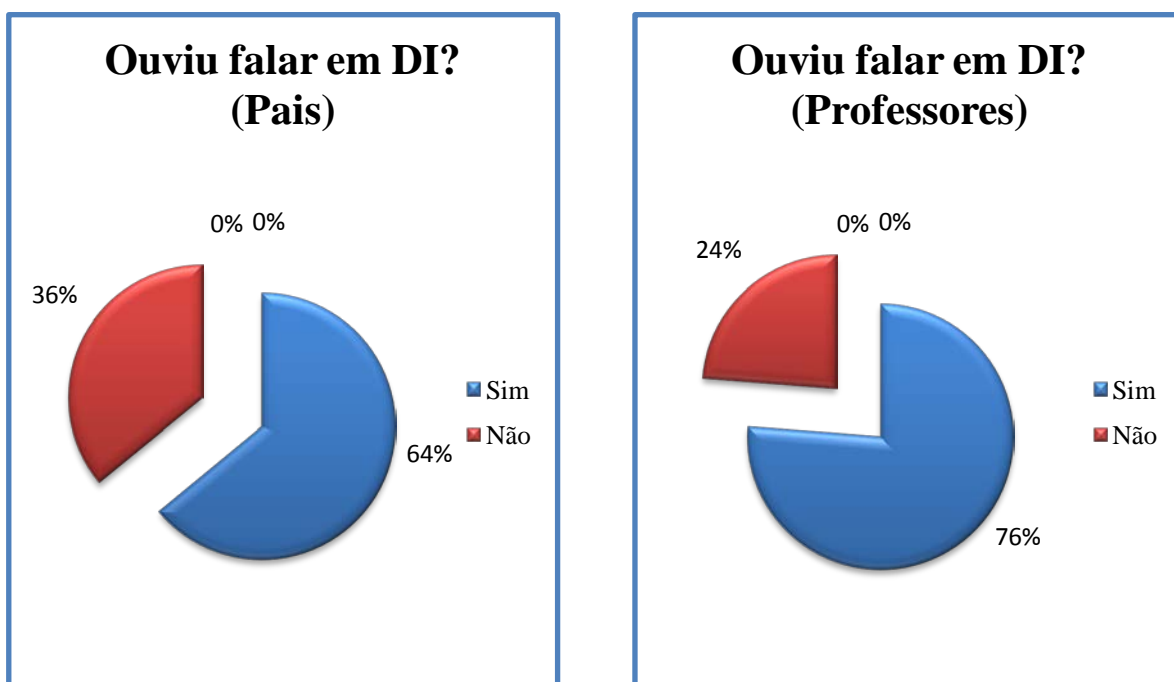


Gráfico 7 e 8 - Distribuição dos sujeitos em relação ao conhecimento da DI.

. Contacto com crianças com DI

Quisemos saber se a nossa amostra já teve contacto com crianças que sofreram ou sofrem desta doença mental, a D.I. Constatamos que no grupo dos pais a maioria da amostra nunca teve contacto com crianças com DI (73%). Na amostra dos professores constatamos que 70% da amostra também não teve contacto com crianças com esta doença mental.

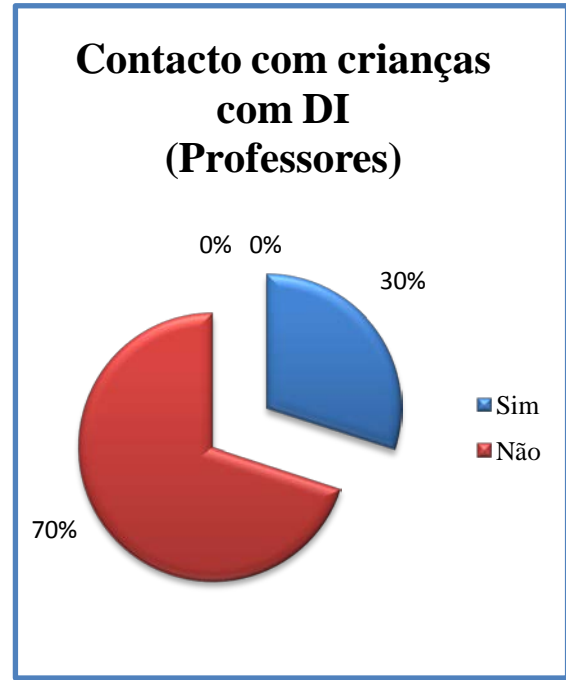
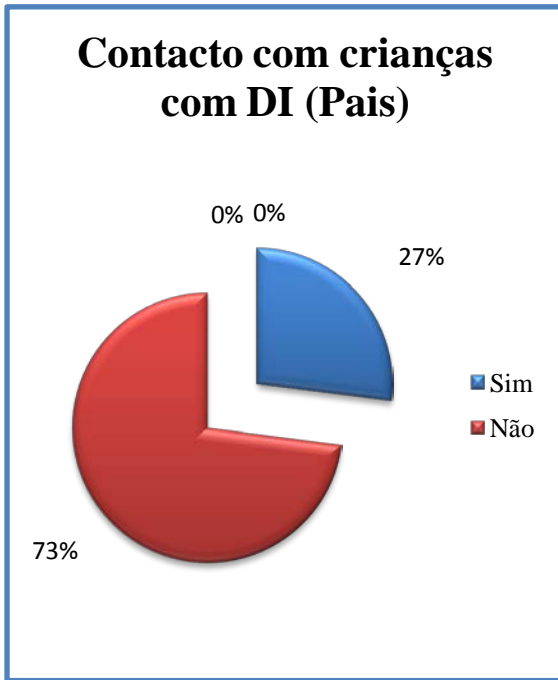


Gráfico 9 e 10- Distribuição dos sujeitos em relação ao contacto com criança com DI.

. Definição de DI

Achamos de extrema importância, perceber a noção que os nossos sujeitos têm em relação ao conceito de DI.

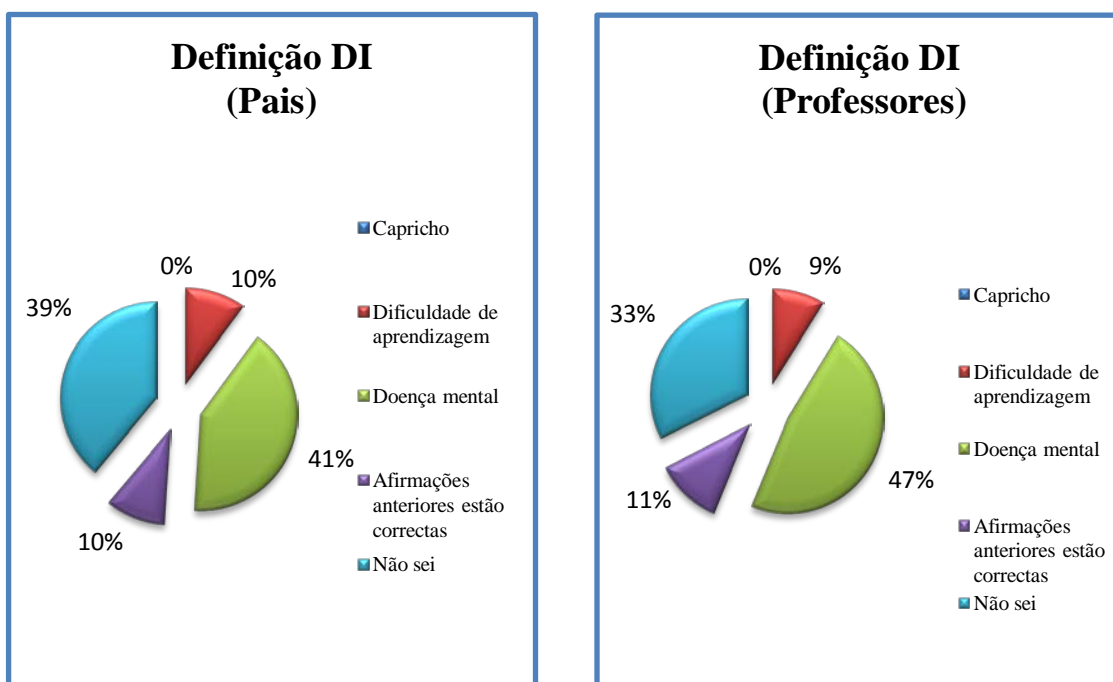


Gráfico 11 e 12- Distribuição dos sujeitos em relação à definição de DI.

Ao analisarmos os gráficos percebemos que para uma grande parte dos pais (41%), a DI é uma doença mental, de igual modo podemos observar em relação à resposta dos professores (47%).

Em relação à hipótese da DI ser considerada um capricho, nenhum sujeito optou por essa resposta.

No entanto uma grande percentagem dos inquiridos não sabem qual a definição de DI, 39% dos pais responderam que não sabiam e no caso dos professores também temos uma percentagem idêntica (33%).

No que respeita à hipótese da DI ser uma dificuldade de aprendizagem, 10 pais optaram por esta resposta e no caso dos professores foram 7.

. Ocorrência da DI

Inspiramos saber onde é que podemos encontrar a DI.

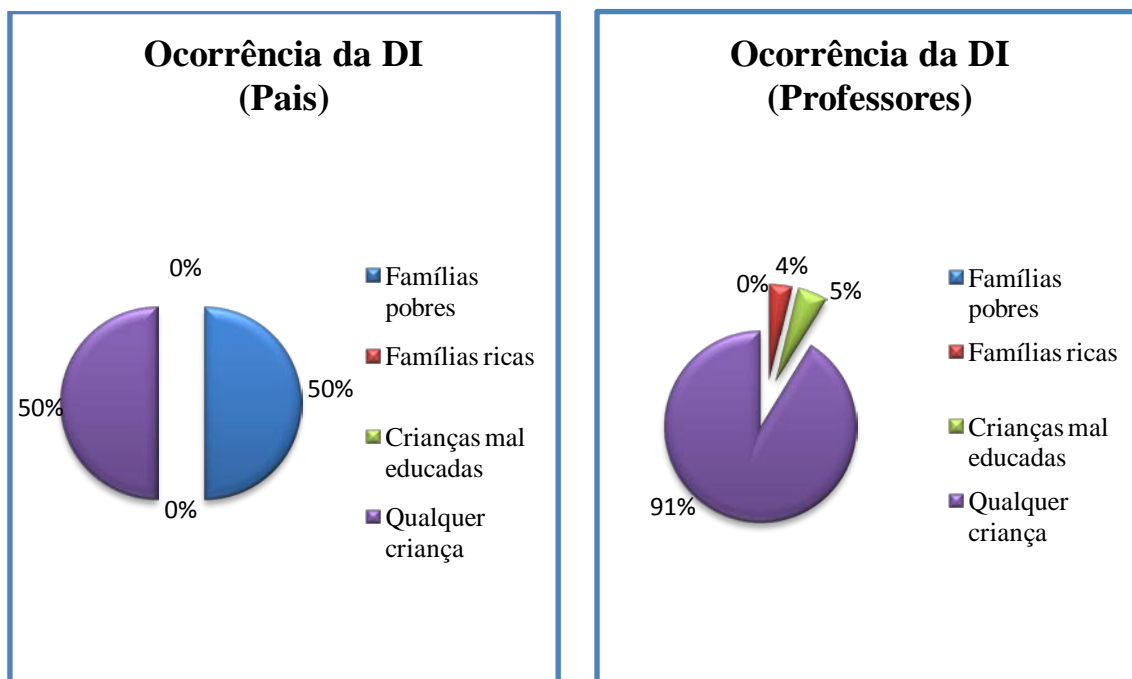


Gráfico 13 e 14- Distribuição dos sujeitos em relação à ocorrência da DI.

Ao olharmos para os gráficos conseguimos perceber que em relação ao primeiro, metade dos sujeitos referem que a DI pode aparecer em qualquer criança e outra metade em famílias pobres. Na amostra corresponde aos pais, não temos qualquer resposta em como a DI aparece em famílias ricas ou crianças mal educadas.

No que respeita ao segundo gráfico, 91% dos professores inquiridos referem que a DI ocorre em qualquer criança e nenhum professor opta pela opção em que a DI ocorre em crianças pobres. Neste mesmo gráfico podemos observar que 4% das respostas é baseado nas famílias ricas e 5% são baseadas na hipótese da DI ocorrer em crianças mal-educadas.

. Vítimas da DI

Ao longo do nosso estudo, achamos pertinente perceber a opinião dos sujeitos de quem pode sofrer desta doença mental.

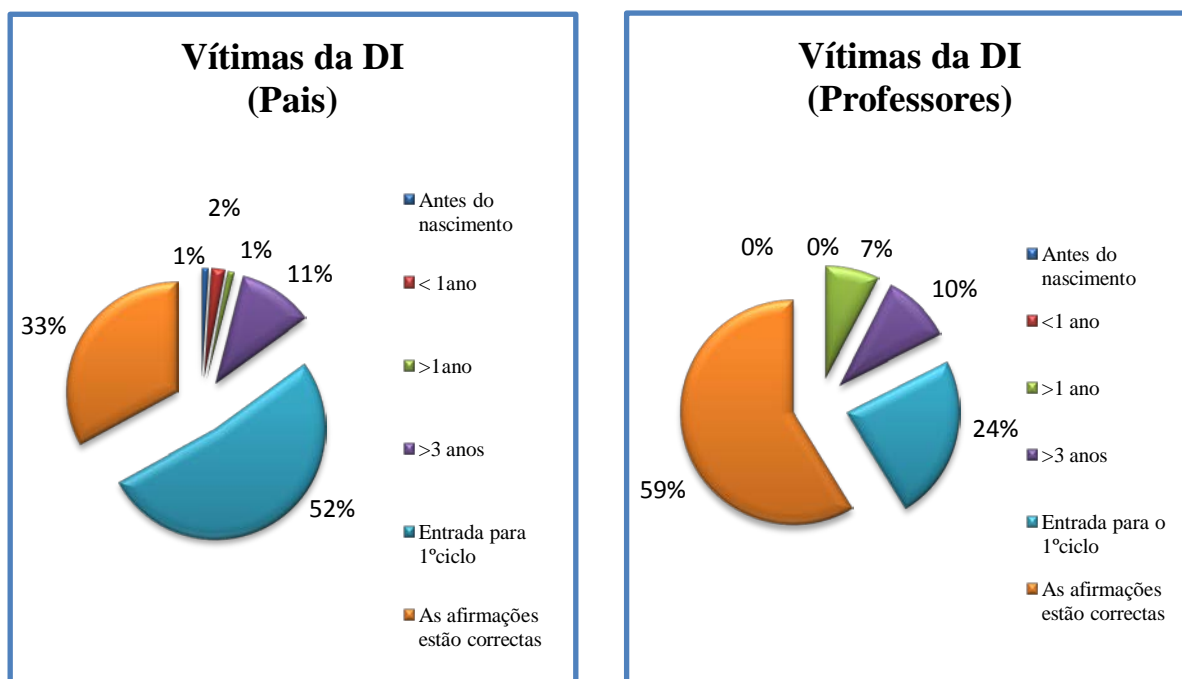


Gráfico 15 e 16- Distribuição dos sujeitos em relação às vítimas da DI

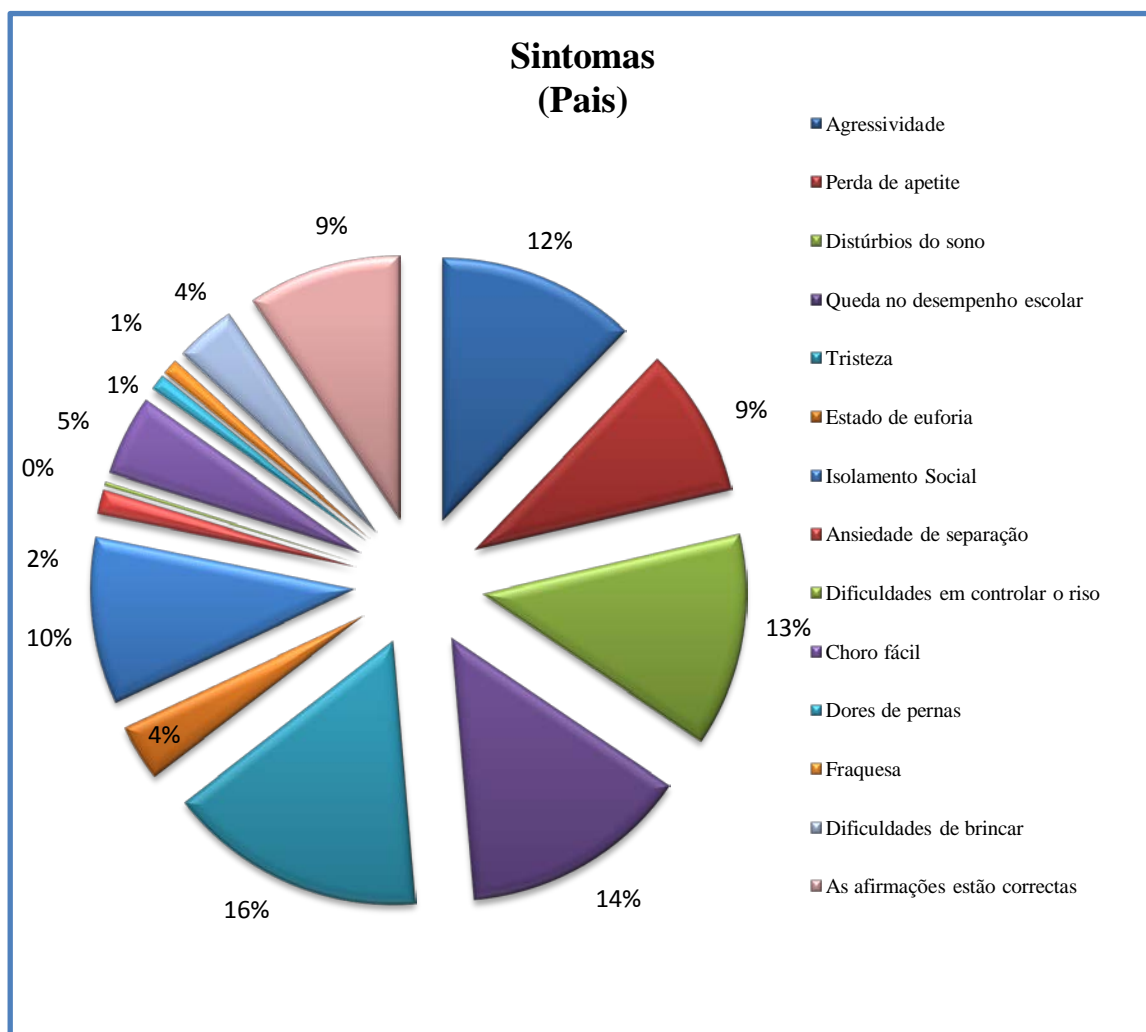
Ao analisarmos o primeiro gráfico apercebemo-nos que a maioria (52%) dos sujeitos, referem que a DI manifesta-se na altura em que a criança entra para o 1º ciclo, 33% refere que todas as afirmações estão correctas, 11% na idade superior aos 3 anos, 2% na idade inferior a 1 ano e 1% respondeu antes do nascimento e na idade superior a 1 ano.

No gráfico corresponde às respostas dos professores, podemos analisar que 59% dos inquiridos, ou seja, a maioria, respondeu que todas as afirmações estão correctas, ou seja, a DI pode atingir crianças de todas idades, até antes do nascimento. Em relação à hipótese da DI surgir aquando à entrada do 1º ciclo, 24% dos inquiridos optaram por esta resposta.

Em relação às restantes respostas, 10% da amostra referiu o aparecimento da DI como sendo a partir dos 3anos e 7% do primeiro ano. No que respeita às hipóteses que definem como vítimas crianças antes do nascimento e crianças com menos de um ano, não foram opção de resposta para a amostra respeitante aos professores.

. Sintomas da DI

Os sintomas são os alertas de que algo na criança não está bem, que a mudança de comportamento delas tem de ser analisado e é importante perceber a razão de tal modificação.



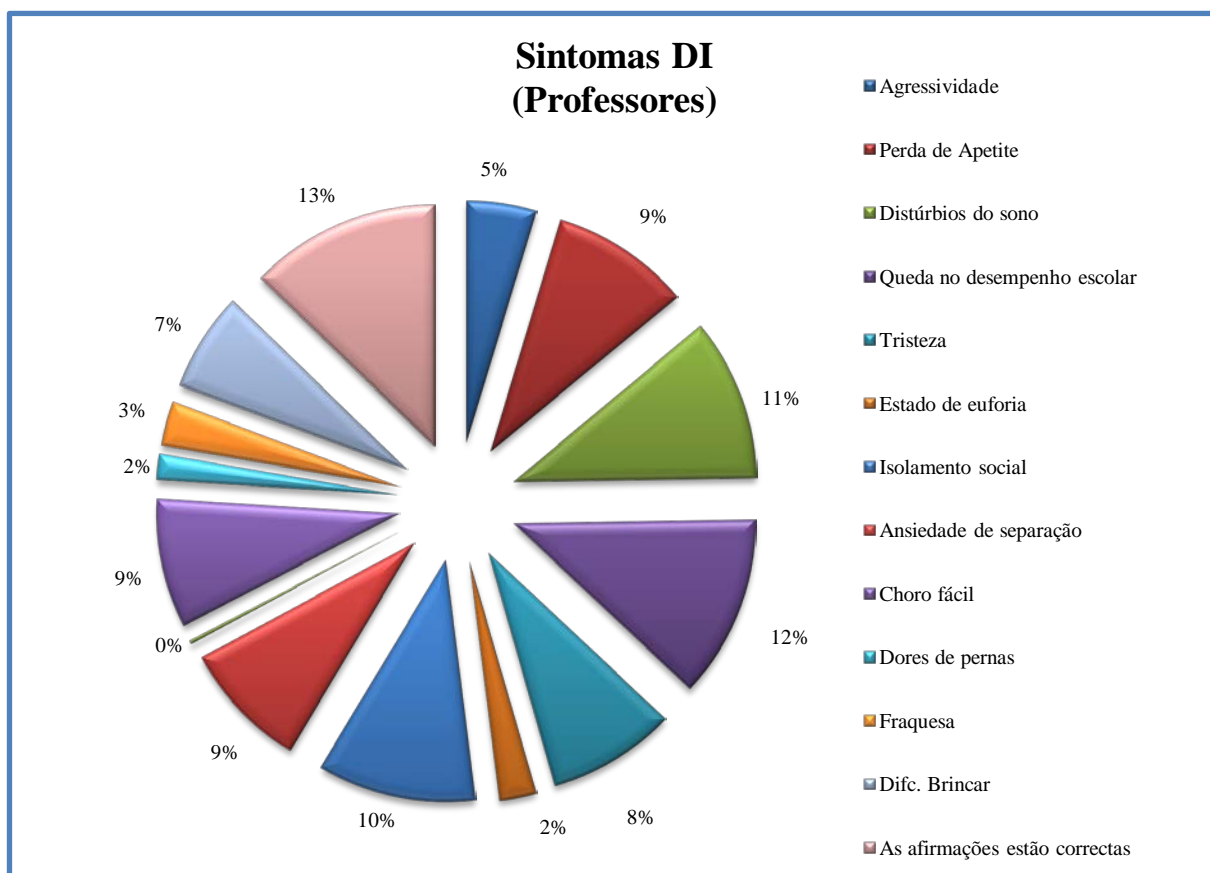


Gráfico 17 e 18- Distribuição dos sujeitos em relação aos sintomas da DI.

Ao analisarmos o primeiro gráfico percebemos que o sintoma que teve mais respostas foi a tristeza com 16%. A hipótese, todas as afirmações estão correctas, foi escolhida por 13% dos inquiridos.

A queda no desempenho escolar (12%), os distúrbios do sono(11%) e a agressividade(10%) são outros dos sintomas apontados da DI. A dificuldade em controlar o riso, as dores de pernas e a fraquesa foram as respostas que tiveram menos percentagem, respectivamente um inquirido e quatro.

No que respeita à opinião dos professores em relação aos sintomas da DI, a resposta “ as afirmações estão todas correctas” foi opção de 13% dos inquiridos, foi a hipótese que reuniu mais respostas. De seguida, a queda no desempenho escolar, os distúrbios do sono e

o isolamento social são as respostas com mais percentagem. À semelhança das respostas dos pais, nas dos professores observamos que a dificuldade em controlar o riso e as dores de pernas são considerados sintomas da DI por um número muito reduzido de professores.

. Consequências da DI

As consequências da DI também são analisadas no nosso estudo.

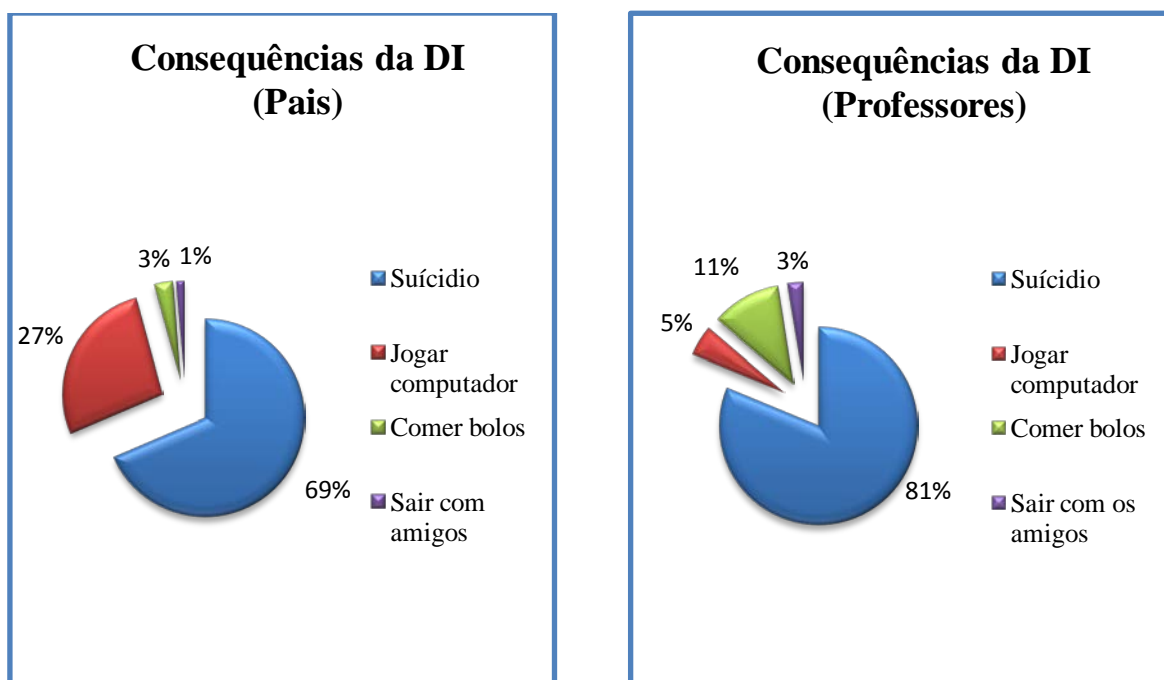


Gráfico 19 e 20- Distribuição dos sujeitos em relação às consequências da DI.

Olhando para o gráfico correspondente à opinião dos pais, apercebemo-nos que a maioria aponta o suicídio (69%) como uma consequência da DI. Jogar computador abarca 27% das respostas dos inquiridos e comer bolos e sair com os amigos são as consequências menos apontadas pelos pais.

Analisando o gráfico da direita, observamos que 81% dos professores inquiridos também apontam o suicídio como consequência da DI, 11% comer bolos, 5% jogar computador e 3% em sair com os amigos.

. Origem da DI

A DI, assim como outras doenças tem uma origem. Na próxima análise de gráficos pretendemos perceber a opinião dos sujeitos em relação à origem da DI.

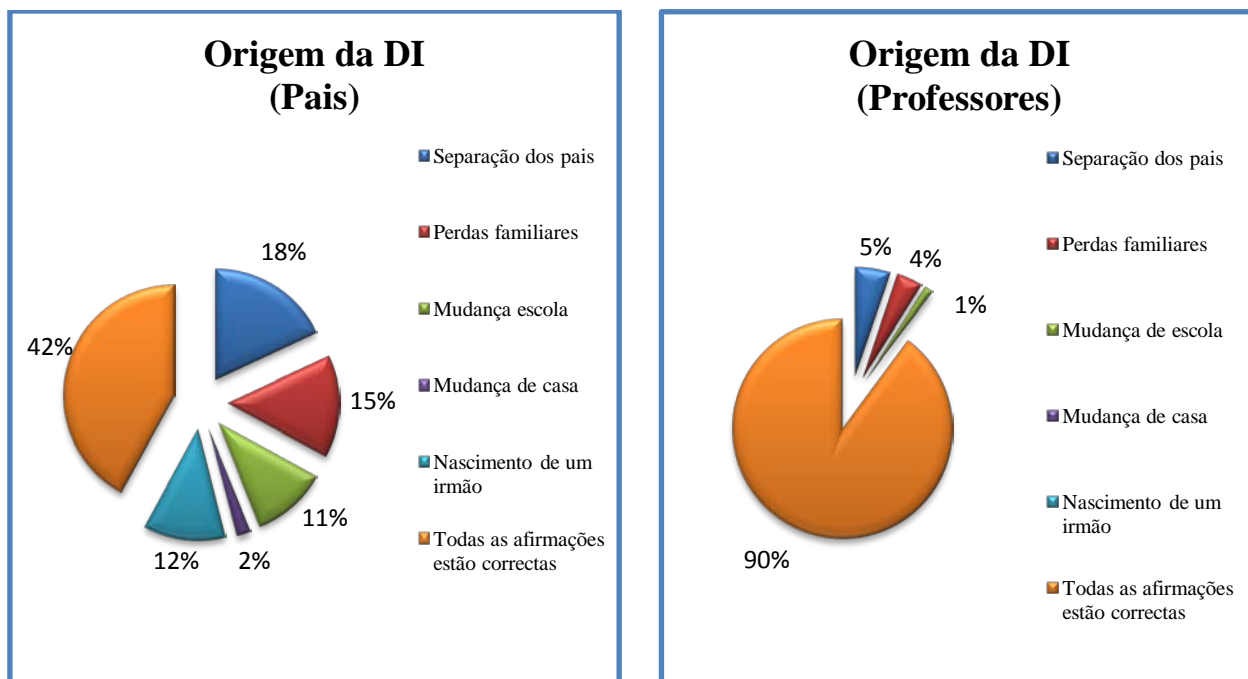


Gráfico 21 e 22- Distribuição dos sujeitos em relação à origem da DI.

No gráfico da esquerda, constatamos que 42% dos inquiridos são de opinião que a separação dos pais, as perdas familiares, a mudança de escola e de casa, e o nascimento de um irmão são origem da DI, ou seja, optaram pela resposta “todas as afirmações estão correctas”. A hipótese com menos percentagem foi a mudança de casa (2%), é considerada por poucos pais como origem da DI.

No gráfico da direita, 90% dos sujeitos referem que todas as afirmações anteriores são origem da DI e a mudança de casa e o nascimento de um irmão não é origem para uma criança ter uma depressão.

. Classificação da gravidade da DI

Um dos pontos que referimos na nossa revisão de literatura é a gravidade da DI.

Inquirimos os sujeitos da nossa amostra quanto a gravidade da DI, segundo os conceitos de ligeira, moderada e grave.

A Depressão Infantil define-se como Ligeira quando:	Pais	Professores
A criança vive momentos de profunda tristeza mas consegue ultrapassá-la sozinha	55 55%	30 37%
A criança vive momentos de pouca tristeza	20 20%	8 10%
A criança vive momentos de profunda tristeza e precisa de ajuda	8 8%	8 10%
A criança vive momentos de pouca tristeza e precisa de ajuda	17 17%	34 43%

Tabela 1- Distribuição dos sujeitos em relação à DI Ligeira.

Quanto à amostra correspondente aos pais, constatamos que 55 (55%) sujeitos são de opinião que um DI ligeira é quando a criança vive momentos de profunda tristeza mas consegue ultrapassá-la sozinha. Em relação à mesma questão 30 (37%) os professores são da mesma opinião.

A resposta que obteve menos percentagem, no caso dos pais, foi que a criança sofre de depressão ligeira quando vive momentos de profunda tristeza e precisa de ajuda(8%). No caso dos professores as respostas que tiveram menos percentagem foram: a criança que sofre de depressão ligeira vive momentos de profunda tristeza (8%) e a criança vive momentos de profunda tristeza e precisa de ajuda (8%).

A Depressão Infantil define-se como Moderada quando:	Pais	Professores
A criança não consegue ultrapassar os problemas e não tem quem a ajude	5 5%	11 14%
A criança às vezes não consegue ultrapassar os problemas	23 23%	30 38%
A criança não consegue ultrapassar os problemas, os pais apercebem-se e ajudam-no	68 68%	35 44%
A criança facilmente ultrapassa os problemas	4 4%	4 4%

Tabela 2- Distribuição dos sujeitos em relação à DI Moderada.

Em relação à DI moderada, na tabela 2 podemos analisar que 68% dos pais concordam de que a criança que sofre de depressão infantil moderada não consegue ultrapassar os problemas, os pais apercebem-se e ajudam-no, enquanto que 4% dos inquiridos afirmam de que a criança sofrendo deste tipo de depressão facilmente ultrapassa os problemas.

Na amostra constituída pelos professores, também podemos observar que 35% é de opinião de que a criança que sofre de depressão moderada não consegue ultrapassar os problemas, os pais apercebem-se e ajudam-no. No entanto numa percentagem pouco menor, 30%, os professores identificam que uma criança que sofra desta depressão às vezes não consegue ultrapassar os problemas.

A Depressão Infantil define-se como Grave quando:	Pais	Professores
A criança está triste e ninguém se apercebe	16 16%	8 10%
A criança vive curtos períodos de tristeza	7 7%	0
A criança vive períodos contínuos de profunda melancolia que podem levá-lo a cometer suicídio	74 74%	72 90%
A criança tanto está triste como contente	3 3%	0

Tabela 3- Distribuição dos sujeitos em relação à DI Grave.

A tabela 3, identifica a opinião dos sujeitos em relação à definição da DI Grave. Podemos concluir que 74% dos pais definem a DI grave quando a criança vive períodos contínuos de profunda melancolia, que podem levá-lo a cometer o suicídio. A hipótese, a criança tanto está triste como contente, apenas foi escolhida por 3% dos pais inquiridos.

Quanto à opinião dos professores, podemos dizer que há algumas semelhanças às respostas dos pais, uma vez que a maioria dos professores identificam uma depressão grave quando a criança vive períodos contínuos de profunda melancolia que podem levá-lo a cometer o suicídio. Nesta amostra, há duas hipóteses de respostas que não foram escolhidas por nenhum professor como sendo o estado da criança aquando de uma depressão.

. Relação entre sintomas depressivos e dificuldades de aprendizagem

Os sintomas depressivos de uma criança modificam a vida diária da mesma, neste sentido pretendemos saber se os sintomas depressivos influenciam o processo de ensino aprendizagem na criança.

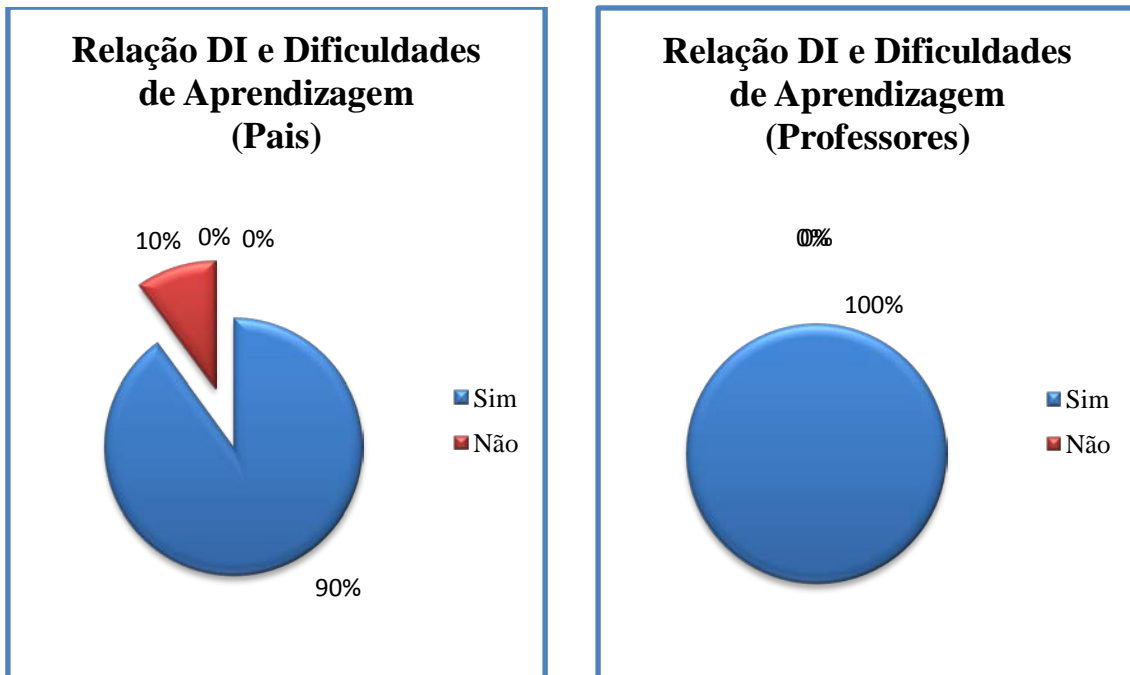


Gráfico 23 e 24- Distribuição dos sujeitos em relação à relação de DI e dificuldades de aprendizagem.

Ao analisarmos os gráficos constatamos que 90% dos pais acham que a DI influencia o processo de ensino aprendizagem. No gráfico da direita, que corresponde aos professores, podemos observar que há uma unanimidade em relação a esta questão, todos os professores são de opinião que há uma relação entre a DI e as dificuldades de aprendizagem.

. Local onde pode ser detectada a DI

A DI pode é detectada através dos comportamentos das crianças, principalmente na alteração dos mesmos. A criança na sua vida diária está inserida em vários meios, por essa razão há a pertinência da análise da opinião dos sujeitos.

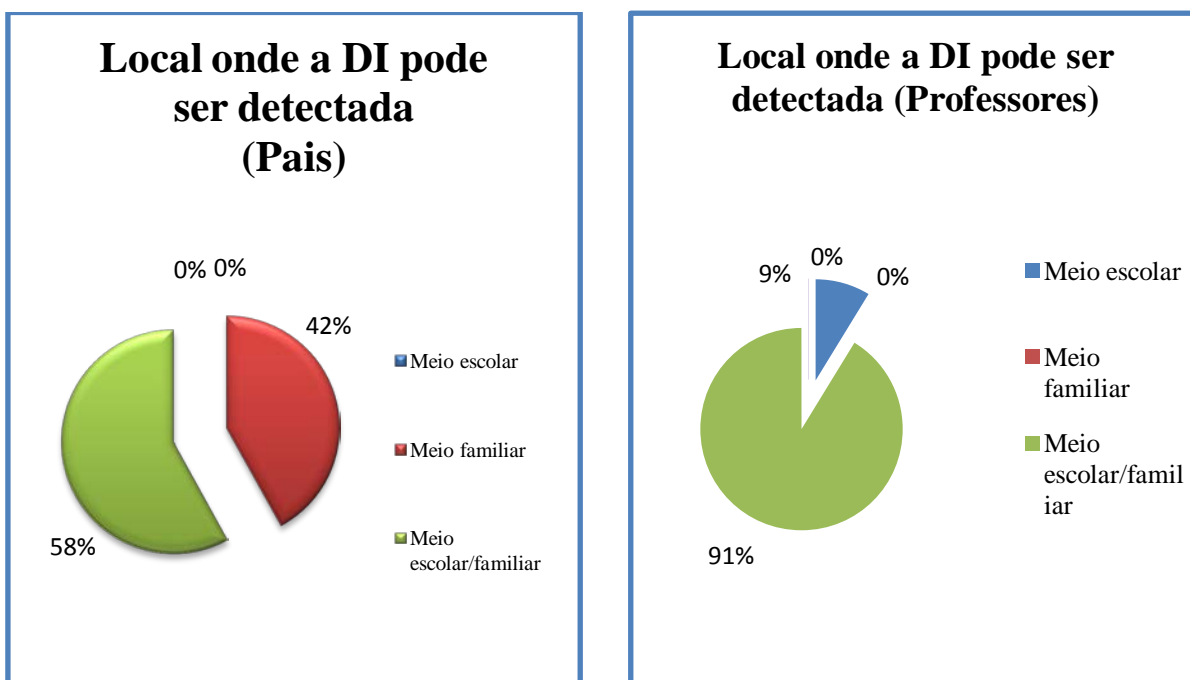


Gráfico 25 e 26- Distribuição dos sujeitos em relação ao local onde se pode detectar a DI.

Através da análise dos gráficos 25 e 26, podemos constatar que no primeiro, a maior parte dos pais (58%) é de opinião de que tanto no meio escolar como no meio familiar é possível detectar a criança com DI. Nesta amostra, nenhum sujeito é da opinião de que a DI é detectada apenas no meio escolar.

No segundo gráfico, podemos observar que 91% dos professores são da opinião que no meio escolar e familiar são os locais onde podemos detectar a criança depressiva, no entanto nenhum inquirido é de opinião que esta doença mental é detectada apenas no meio familiar.

. Ajudar a criança com DI

Quando é detectada uma depressão a uma criança é indiscutível que ela precisa de ajuda para sair dessa situação sem sequelas. Para tal podemos recorrer a vários tipos de ajuda. No nosso estudo também pretendemos perceber a quem se deve pedir ajuda para tratar esta doença mental.

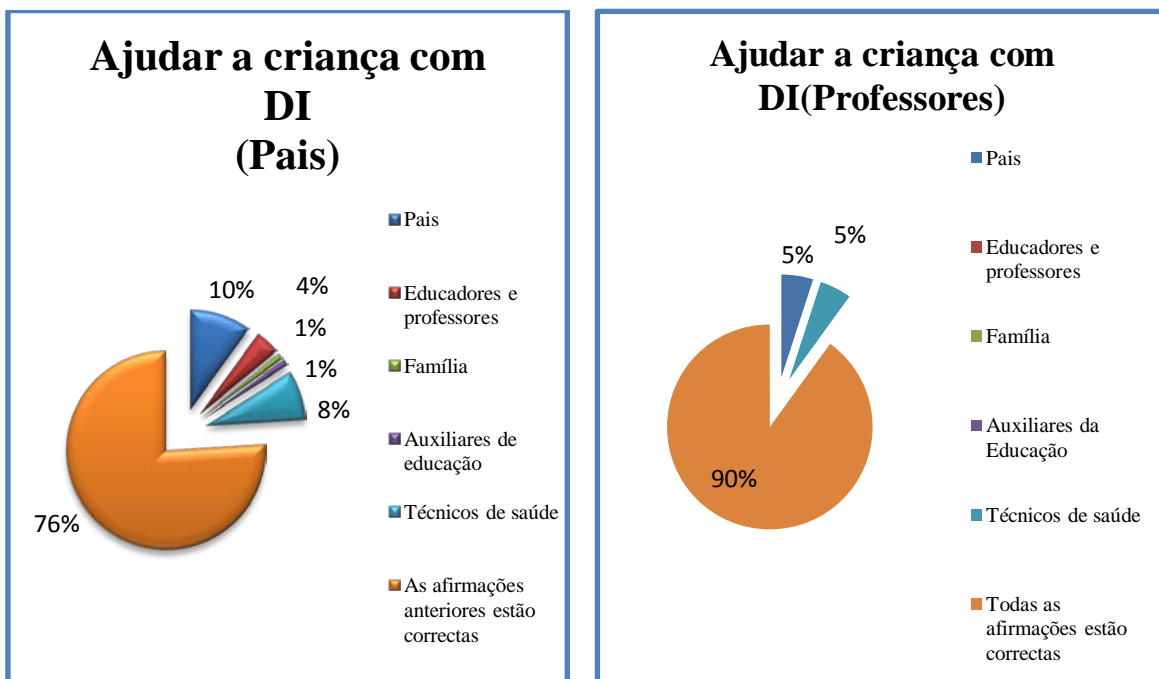


Gráfico 27 e 28- Distribuição dos sujeitos em relação a quem deve ajudar a criança com DI.

Ao analisarmos o primeiro gráfico percebemos que a maioria dos sujeitos (76%), defendem que os pais, educadores e professores, família, auxiliares de educação e técnicos

de saúde podem ajudar a criança a ultrapassar esta fase da sua vida. A família e os auxiliares de educação foram as hipóteses menos escolhidas pelos pais, referente às pessoas que devem apoiar as crianças com DI.

Em relação às respostas dos professores, podemos observar que a maioria (90%) concorda que todas as pessoas que convivem com a criança podem ajudá-la, deste modo a hipótese com mais percentagem é a que refere, que todas as afirmações anteriores estão correctas.

Os educadores e professores, a família e os auxiliares de educação colocados individualmente como hipóteses não foram escolha de nenhum professor.

. Atitude dos pais face à depressão das crianças

A atitude dos pais com a criança quando ela sofre de DI é fundamental para a criança se sentir apoiada e capaz de ultrapassar esta doença. Por essa razão pretendemos saber quais as atitudes dos pais perante os filhos com depressão.

Quando uma criança sofre de depressão os pais devem:	Pais	Professores
Deixá-la fazer tudo o que ela quer	0	0
Conversar com a criança sobre o assunto e consultar um profissional de saúde	100 100%	80 100%
Colocá-la de castigo	0	0
Não fazer nada	0	0

Tabela 4- Distribuição dos sujeitos em relação às atitudes dos pais face à DI.

Ao olharmos para a tabela 4, facilmente percebemos que todos os sujeitos (100%) tanto da amostra correspondente aos pais como da amostra corresponde aos professores são de opinião de que quando uma criança sofre de DI os pais devem conversar com a criança sobre o assunto e consultar um profissional de saúde.

. Atitude dos professores face à depressão dos alunos

Nos dias de hoje, as crianças passam muito tempo na escola, por este motivo deparamo-nos com a necessidade de perceber qual o comportamento dos professores quando se deparam com uma criança depressiva na sala de aula

Quando uma criança depressiva muda de comportamento na escola o professor deve:	Pais	Professores
Colocá-la de castigo	0	0
Conversar com a criança e perceber a razão do seu comportamento	100 100%	80 100%
Dar-lhe fichas para fazer	0	0
Colocá-la fora da sala	0	0

Tabela 5- Distribuição dos sujeitos em relação às atitudes dos professores face à DI.

Como podemos observar ao analisar o gráfico, a totalidade da nossa amostra (Pais e professores) respondeu que o professor perante uma criança depressiva deve, conversar com a criança e perceber a razão do seu comportamento.

. Instrumentos de Avaliação da DI

Quando os pais recorrem a um técnico de saúde é sinal que, sozinhos, já não conseguem ajudar a criança a ultrapassar a depressão. Para o técnico de saúde fazer o diagnóstico recorre a instrumentos de avaliação.

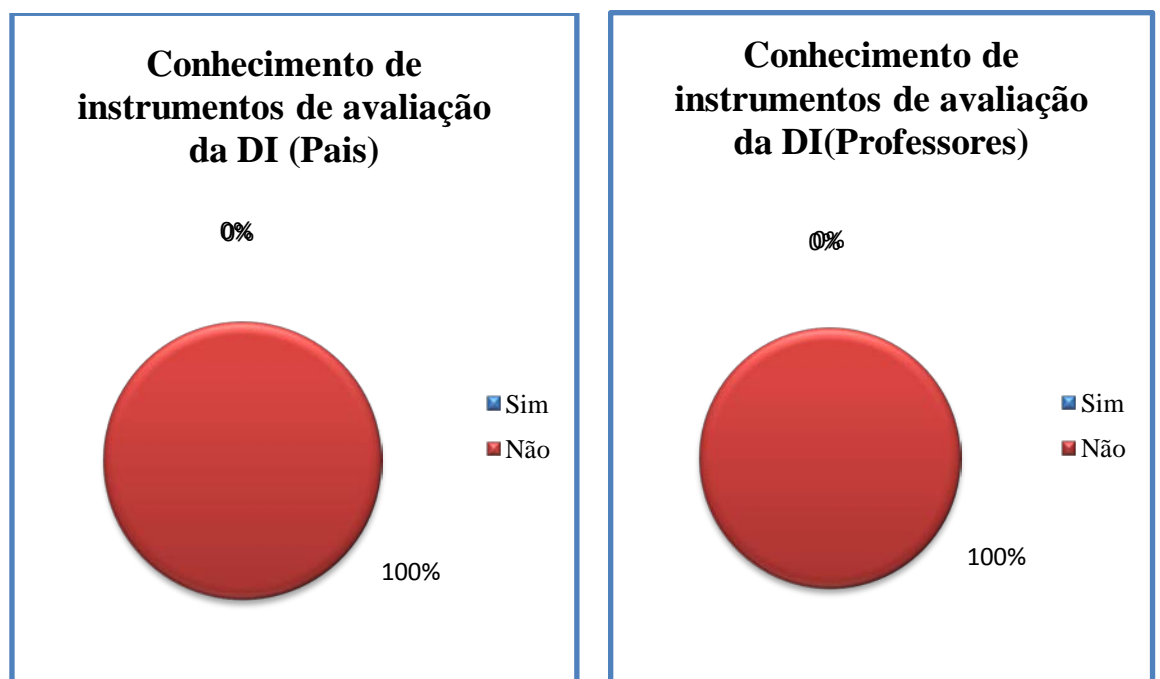


Gráfico 29 e 30- Distribuição dos sujeitos em relação ao conhecimento dos instrumentos de avaliação.

Nestes gráficos é evidente que tanto a amostra dos pais como a amostra dos professores, não tem conhecimento de nenhum instrumento para avaliar o grau da depressão de uma criança.

2.10 Conclusões sobre os resultados do questionário

Após a análise dos resultados obtidos nos questionários podemos interpretar que a hipótese inicialmente formulada não foi comprovada, tendo em conta as respostas dos pais e as respostas dos professores, que constituíam a nossa amostra. De facto procuramos perceber se os professores estão melhor informados que os pais em relação à depressão infantil e constatamos que não há diferenças significativas nos conhecimentos entre as duas amostras.

Em relação ao conhecimento da existência da DI, analisando os dados percebemos que, tanto a amostra dos pais como a amostra dos professores, a maioria dos sujeitos tem conhecimento da existência da DI, ou seja, já ouviram falar desta doença mental. Na totalidade da amostra dos pais, 64% já ouviram falar da DI e no caso dos professores podemos constatar que foram 76% da amostra. Deste modo apercebemo-nos que o conceito DI não é estranho para a maioria dos nossos inquiridos.

No que respeita ao contacto que cada amostra teve com crianças depressivas, constatamos que maioria dos pais(73%) e dos professores(70%) nunca teve contacto com crianças com depressão. Assim, concluímos que segundo os resultados a maioria dos dois grupos de sujeitos (pais e professores), não tiveram contacto com crianças depressivas.

Quanto à definição da DI, constatamos que (41%) dos sujeitos pertencentes ao grupo dos pais, respondem que DI é uma doença mental e com uma percentagem próxima (39%) podemos analisar que não sabem o que é a DI. Em relação à amostra dos professores temos resultados idênticos, 47% da amostra define DI como doença mental e 33% respondem que não sabem. Como já referimos anteriormente, nesta questão as respostas dos diferentes sujeitos não diferem, nenhum sujeito do grupo de pais e de professores optaram pela definição de DI como sendo um capricho, e responderam em menor número que esta doença é uma dificuldade de aprendizagem.

As respostas dos pais, em relação à ocorrência da DI, difere um pouco das respostas dos professores. Os primeiros, dividem-se de igual modo nas respostas, em qualquer criança

(50%) e em famílias pobres (50%). Em relação ao grupo dos professores, 91% define que é em qualquer criança onde a DI pode surgir, há uma pequena percentagem dos professores que identifica as famílias ricas (4%) e as crianças mal educadas(5%) como alvo da DI. A grande diferença entre os dois grupos inquiridos nesta questão é que enquanto que metade da amostra dos pais acham que a DI ocorre nas famílias pobres, nenhum professor tem a mesma opinião.

Quanto à idade em que as crianças podem sofrer da DI, as respostas não são equivalentes entre os dois grupos. A amostra referente aos pais, revela que em opinião dos mesmos, a DI afecta as crianças quando elas entram para o 1ºciclo (52%). Observando os resultados da amostra dos professores, podemos constatar que a maioria tem de opinião que a DI afecta a criança em qualquer idade e antes do nascimento (59%). Eduardo Sá (2001) refere que os fetos podem deprimir, devido por exemplo, à ansiedade maternal na gravidez, pelo atraso no desenvolvimento fetal ou após o nascimento. Ainda Clerget (1999) define a depressão na primeira infância (0 a 2anos) ,depressão na idade pré-escolar (2 a 6 anos) e na idade escolar (6 a 12 anos).

Em relação aos sintomas da DI os sujeitos dos dois grupos diferem um pouco. Os pais apontam a tristeza (16%) como um dos sintomas mais visível da DI, de seguida a queda no desempenho escolar (14%) e em terceiro nomeiam os distúrbios do sono (13%). Uma pequena parte desta amostra refere as dores de pernas(4%) e a fraquesa (4%) como sintomas. Podemos analisar que os professores estão em acordo com os pais em relação à queda no desempenho escolar, uma vez que 12% dos professores optaram por este sintoma e 11% também nomearam os distúrbios do sono. No entanto todos os sintomas da questão foram nomeados por 13% dos inquiridos referentes à amostra dos professores. Uma pequena parte dos professores também nomearam as dores de pernas como sintoma (2%).

Segundo o DSM-IV a presença de sintomas, pelo menos duas vezes numa semana, na maior parte do dia é característica da doença. Estes sintomas definem-se por: Estado deprimido (sentir-se deprimido a maior parte do tempo), anedônia (interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as actividades de rotina, sensação de inutilidade ou culpa excessiva), dificuldade de concentração (habilidade frequentemente diminuída para pensar

e concentra-se, fadiga ou perda de energia), distúrbios de sono (insónia ou hipersónia praticamente diárias), problemas psicomotores (agitação ou retardo psicomotor, perda ou ganho significativo de peso, na ausência de regime alimentar), ideias recorrentes de morte ou suicídio.

Relativamente às consequências da DI, que acabam de interferir com os sintomas, não há dúvidas que as duas amostras estão de acordo. A maioria dos pais, ou seja, 69% acham que o suicídio é uma das consequências da DI e 81% dos professores também optaram por essa resposta. Sair com os amigos foi a consequência menos escolhida pelos sujeitos, no caso dos pais (1%) e no que respeita aos professores (3%).

Assim podemos confirmar com Polaino (1988), que escreve “que as crianças deprimidas são tímidas, fogem da companhia dos demais, não jogam, não têm confiança em si mesmas, o que pode levá-las, inclusive, ao suicídio”.

Em relação à origem da DI, apercebemo-nos através da análise dos resultados que os pais e os professores acham que a separação dos pais, perdas familiares, mudança de escola, mudança de casa e o nascimento de um irmão podem originar a depressão numa criança.

No entanto neste grupo há 18% dos inquiridos que optaram pela causa, separação dos pais e 15% pelas perdas familiares. A análise dos resultados das respostas dos professores, informam-nos que tem a mesma opinião do que os pais acerca da causa, no entanto neste caso é a maioria que tem essa opinião, definem que a separação dos pais, perdas familiares, mudança de escola, mudança de casa e o nascimento de um irmão (90%) , são causas da DI. Neste grupo o nascimento de um irmão e a mudança de escola não foram considerados como origem da DI por nenhum professor.

Para Andrade (2000) a depressão pode decorrer de vários factores, como uma situação stressante, dificuldades na interacção com outros, no aparecimento de alguma fraqueza, o acumular de factos desagradáveis ao longo da vida da criança. Esses sintomas apresentam-se nos factores ambientais da criança.

A DI define-se como ligeira, grave e moderada. As nossas amostras, definiram a DI moderada e grave, optando pela mesma resposta, No entanto quanto à definição da DI ligeira há diferenças. No caso dos pais, 55% respondeu que a DI ligeira é quando a criança vive momentos de profunda tristeza mas consegue ultrapassá-la sozinha. 34% dos professores referem que neste tipo de depressão a criança vive momentos de pouca tristeza e precisa de ajuda.

A depressão e a ansiedade influencia o rendimento escolar, a criança até pode ir à escola mas não estuda como deve ser e os resultados não são bons, a nossa amostra concorda maioritariamente que há uma relação entre DI e dificuldades de aprendizagem. Sendo que no grupo dos pais 90% tem essa opinião e no caso dos professores é a totalidade que concorda que há relação.

Os pais, educadores e pessoas que contactam com a criança podem ter a percepção de uma depressão na criança se estiverem atentos aos sintomas. É de extrema importância que os professores tenham um conhecimento mais profundo sobre o desenvolvimento infantil, incluindo os problemas psicológicos tão comuns nesta fase. O reconhecimento e a identificação dos sintomas da DI nos alunos tendem a diminuir as dificuldades escolares, sobretudo a visão negativista que o aluno, muitas vezes, tem da escola. Na análise do resultado do questionário apercebemo-nos que tanto a maioria do grupo de pais como dos professores referem que é no meio escolar e familiar onde a DI pode ser detectada.

No entanto as respostas dos dois grupos diferem, na medida em que nenhum pai nomeou só o meio escolar como local onde a DI pode ser detectada e nenhum professor nomeou só o meio escolar.

Em relação a quem poderá ajudar a criança a ultrapassar a depressão infantil, 76% do grupo correspondente aos pais, refere que os pais, educadores e professores, família, auxiliares de educação e técnicos de saúde podem ajudar a criança com DI. Conclusão igual podemos tirar dos resultados obtidos das respostas dos professores, 90% também são da mesma opinião que os pais.

Na análise dos resultados do nosso questionário, também constatamos que em relação à atitude que os pais devem ter perante uma criança com DI, os dois grupos inquiridos tem a mesma opinião, a totalidade dos pais e dos professores referem que os pais devem conversar com a criança sobre o assunto e consultar um profissional de saúde.

A mesma conclusão é retirada acerca da atitude que o professor deve ter perante uma criança com DI. A totalidade dos pais e dos professores inquiridos concordam que os professores devem conversar com a criança e perceber a razão do seu comportamento.

Em relação ao conhecimento de instrumentos de avaliação da DI é de salientar que é onde constatamos que as nossas amostras não tem conhecimento destes, analisando, a totalidade da amostra dos pais desconhecem qualquer instrumento assim como na amostra correspondente aos professores. Foi proposto por Kovacs em 1983, o CDI (Inventário da Depressão Infantil) tem sido o instrumento mais comum na identificação de sintomas depressivos. O Children's Depression Inventory (CDI) foi o primeiro instrumento elaborado para estudar os sintomas de depressão na infância.

Sendo assim, consideramos importante enfatizar uma realidade negativa com que nos deparamos, pois ainda há muita informação relevante que as nossas amostras não contém. Enfim, os valores alcançados com este questionário, ainda que circunscritos à nossa amostra, parecem-nos que conferiram a este estudo um carácter válido, relevante e pertinente ao não comprovar a hipótese inicialmente inferida.

No entanto há que referir a diferença de números de inquiridos nas diferentes amostras. Os questionários dos pais foram aplicados a 100 sujeitos e o questionário dos professores foram aplicados só a 80. Em nossa opinião, não conseguimos a mesma amostra para o segundo grupo, porque enquanto que na primeira amostra os questionários foram entregues e recolhidos pessoalmente, no caso dos professores foram enviados e recebidos por email o que dificulta o diálogo entre as pessoas no sentido de lembrar o preenchimento do questionário e a importância de tal gesto.

Conclusão

Quando decidimos o objectivo do nosso estudo, confessamos que pensávamos que os professores estavam mais bem informados sobre a depressão infantil do que os pais. Tal não se veio a confirmar, através da análise dos resultados dos questionários, o que faz com que tenhamos reflectido e chegado à conclusão que tanto os pais como os professores não estão preparados para ajudar uma criança que passe por uma depressão.

Os dados obtidos vem a reafirmar a necessidade de os pais e os professores se informarem acerca do tema. É muito importante a participação dos pais e dos professores no ajustamento da conduta da criança portadora de depressão infantil para minimizar o sofrimento psíquico. Compreensão e conhecimento são fundamentais, quanto mais a família e os intervenientes no meio escolar onde a criança está inserida, conhecer sobre a depressão mais bem preparados todos estarão para oferecer apoio na hora em que a criança necessitar.

A sociedade também é responsável pelas frustrações que são desenvolvidas nas crianças, ela ilude-as a terem uma beleza física, a usarem detreminadas marcas sem darem importância aos valores morais e muitas são convencidas que o mundo real é sem responsabilidades e obrigações.

Embora o diagnóstico de depressão infantil não seja nem deva ser papel dos educadores, como já foi dito, a escola e o professor desempenham uma função extremamente relevante no reconhecimento dos sintomas depressivos.

Torna-se necessário que os professores possuam maior conhecimento sobre a depressão infantil. O diagnóstico e o tratamento dos profissionais de saúde (médico, psiquiatra e psicólogo) e o trabalho dos pais e professores estarão contribuindo para a integração do aluno na escola e a diminuição das dificuldades de aprendizagem.

As Equipas de Coordenação dos Apoios Educativos poderão ser um suporte importante para o desenvolvimento deste acompanhamento nas escolas e professores. Contudo, seria necessário repensar a composição e formação destas, tornando-as equipas compostas por profissionais de vários âmbitos do saber.

Em suma, urge a necessidade de uma campanha de sensibilização junto dos pais que os alerte sobre a depressão infantil e também uma campanha de sensibilização junto da população docente pois as suas atitudes são no geral favoráveis mas não significativas assim como as suas intervenções.

Bibliografia

Ajuriaguerra, J. ; Marcelli, D.(1991). *Manual de psicopatologia infantil*. Porto :Alegre: Artes Médicas.

Barbosa, G. A., Gaião, A.A.(1996). *Depressão Infantil: um estudo de prevalência com o CDI*. Rev. Neuropsiq. da Inf. e Adol.

Bertram, P. (2000). *Desenvolvendo a qualidade em parcerias*. Revista Infância Educação e Práticas, p.21.

Bikden, S. & Bogdan, r. (2003). *Investigação Qualitativa em Educação, Uma Introdução à Teoria e aos Métodos..* , Porto: Porto Editora.

Carochinho, J. (2009). *Atitudes e Representações Sociais* In Apontamentos Disponibilizados pelo docente da disciplina de MTIA na plataforma electrónica do curso de Pós-graduação em Educação Especial no Domínio Cognitivo e Motor em Aveiro – 8ª edição.

Clerget, S. (1999). *Não estejas triste meu filho: Compreender e tratar a depressão durante os primeiros anos de vida*. Porto: Âmbar.

Cury, A. (2005). *Pais Brilhantes, Professores Fascinantes*. Cascais: Editora Pergaminho.

Davies, D. Et al. (1998). *As escolas e as famílias: Realidade e perspectivas*. Lisboa: Livros Horizonte.

Ferreira, T. (1993). *A decepção e a esperança, a depressão na criança – eco de uma decepção na mãe*. Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria, 4. APPIA.

Freire, P. (1996) *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*, (21.^a ed.), São Paulo: Coleção Leitura.

Gispert, C.(1996). *Programa de formação de educadores*. Editora Liarte.

Homem, M. L. (2002). *O jardim de infância e a família*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

Lessard, H. (1996). *Investigação Qualitativa em Educação*. Lisboa: Edições Instituto Piaget.

Lima, M. (1996). 2ªEdição. *Atitudes, in Psicologia Social* . Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Matos, A. C. (2001). *A depressão*. Lisboa:Climepsi.

Maurice J. Elias, Brian S. ; Steven E. T. (2000). *Os Pais e a Educação Emocional*. Pergaminho.

Pacheco, J. (2001). *Currículo: Teoria e Práxis*. Porto:Porto Editora.

Peerrenoud, P. (2001) *Porquê construir competências a partir da escola*. Porto: Asa Editores.

Roldão, M.C. (2003). *Diferenciação curricular e inclusão*. Em David Rodrigues (org.). *Perspectivas sobre a inclusão. Da educação à sociedade*. Porto:Porto Editora.

Sá, E. (2001). *Psicologia do feto e do bebé*. Lisboa.:Fim de Século.

Sá, E. (2002). *Más maneiras de sermos bons pais- as crianças, o pensamento e a família*. Lisboa: Fim de Século.

Silva, P. (1993). *Escola-Família, Uma relação Armadilhada?* Escola Superior da Educação.34. Santarém.

Spock, B.. (1994).*Um mundo melhor para os nossos filhos*. Editora difusão cultural.

Webgrafia

Andrade, E. R. (2000). Depressão infantil; Castro, A. N. (2001) As crianças que sofrem caladas. Acedido em: 25 de Junho de 2012 em: http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/monografias/ASPECTOS_RELACIONAMENT_O.pdf

Duque, Celeste (1999). Atitudes e Comportamento. Acedido em 20 de Junho de 2012, em: <http://www.scribd.com/doc/2453422/Atitudes-e-Comportamento>.

Gonçalves, Octávio (2003). Formação e Mudança de Atitudes. Acedido em 20 de Maio de 2012, em: <http://psicologiaefilosofia.no.sapo.pt/docs-ps6.html>

Gouveia, V. V., *et al.* (1995) Inventário de depressão infantil - CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa; Simões, M. R. A depressão em criança e adolescentes: elementos para a sua avaliação e diagnóstico. Acedido em: 21 de Junho de 2012, em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0015.PDF>

http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=1591

Meleiro(2000).<http://mirianmarquespsicoterapia.blogspot.com/2009/10/depressao-o-transtorno-mental-que.html>

Miguez, Giovani (2004). A Atitude é Determinante. Acedido em 24 de Maio de 2012, em: www.administradores.com.br/informe-se/informativo/artigo-de-giovani-miguez-a-atitude-e-determinante/2233/

Regra, J. A (1997). Depressão infantil: aspectos teóricos e actuação clínica. Acedido em: 25 de Junho de 2012, em: http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/pdf/artigos_revistas/58.pdf

Quivy (1998). Manual de Investigação em Ciências sociais. Acedido em 8 de Maio de 2012, em: http://sigarra.up.pt/fep/disciplinas_GERAL.Form_View?P_ANO_LLECTIVO=2004/2005&P_CAD_CODIGO=LEC109&P_PERIODO=2S

A Alegria e a Dor

Vive!

Quando florir a Primavera em teu peito

E o mundo for um paraíso...

Cada pedido um beijo,

Cada palavra um sorriso

Vive!

Quando o Inverno te despir da beleza,

A dor te assalte a todo o momento

E cada som seja o eco da tristeza,

E cada dia um passo no sofrimento

Vive!

- A morte...é vazia...

Nem dor, nem alegria.

(António Coimbra de Matos. A Depressão. 2001)

ANEXOS

Anexo 1: Questionário aplicado aos pais:

1. Dados pessoais e profissionais

1.1. Idade:

- Inferior a 30 anos. 41 a 50 anos.
 30 a 40 anos. Superior a 50 anos.

1.2. Género:

- Feminino.
 Masculino.

1.3. Habilitações académicas:

- Inferior ao 6º ano. Ensino Superior.
 6º ano. Grau: _____.
 9º ano.
 12º ano. Outros: _____.

1.4. Profissão: _____

2. Definição de Depressão Infantil

2.1. Já ouviu falar em Depressão Infantil?

- Sim Não

2.2. Já teve contacto com crianças com Depressão Infantil?

- Sim Não

2.3. Para si a Depressão Infantil é:

- Um capricho
 Uma dificuldade de aprendizagem
 Uma doença mental
 As afirmações anteriores estão correctas
 Não sei

2.4. Depressão infantil surge:

- Em famílias pobres
 Em famílias ricas
 Em crianças mal-educadas
 Em qualquer criança

2.5. Depressão Infantil afecta :

- O bebé antes de nascer
- A criança com < de 1 ano
- A criança com > de 1 ano
- A criança com > de 3 anos
- A criança quando entra para o 1º ciclo
- Todas as afirmações estão correctas

2.6. Assinale com um X o que acha que são sintomas da Depressão Infantil:

- Agressividade e irritação
- Perda de apetite
- Distúrbios do sono
- Queda no desempenho escolar
- Tristeza
- Estado de euforia
- Isolamento social
- Ansiedade de separação
- Dificuldade em controlar o riso
- Choro fácil
- Dores de pernas
- Fraquesa

- Dificuldades de brincar
- Todas as afirmações estão correctas

2.7. Depressão Infantil leva a criança a pensar:

- No suicídio
- Em jogos de computador
- Em comer bolos
- Em sair com os amigos

2.8. A Depressão Infantil pode ter origem:

- Separação dos pais
- Perdas familiares
- Mudança de escola
- Mudança de casa
- Nascimento de um irmão
- Todas as afirmações estão correctas

2.9. A Depressão Infantil pode ser Ligeira, Moderada e Grave.

2.9.1 A Depressão Infantil define-se como Ligeira quando:

- A criança vive momentos de profunda tristeza mas consegue ultrapassá-la sozinha
- A criança vive momentos de pouca tristeza
- A criança vive momentos de profunda tristeza e precisa de ajuda
- A criança vive momentos de pouca tristeza e precisa de ajuda

2.9.2 A Depressão Infantil define-se como Moderada quando:

- A criança não consegue ultrapassar os problemas e não tem quem a ajude
- A criança às vezes não consegue ultrapassar os problemas
- A criança não consegue ultrapassar os problemas, os pais apercebem-se e ajudam-no
- A criança facilmente ultrapassa os problemas

2.9.3. A Depressão Infantil define-se como Grave quando:

- A criança está triste e ninguém se apercebe
- A criança vive curtos períodos de tristeza
- A criança vive períodos contínuos de profunda melancolia que podem levá-lo a cometer suicídio
- A criança tanto está triste como contente

3. Intervenção na Depressão Infantil

3.1. Em sua opinião, há relação entre a DI e as dificuldades de aprendizagem?

- Sim Não

3.2. A Depressão Infantil pode ser detectada na criança:

- No meio escolar
 No meio familiar
 No meio escolar e familiar

3.3 Em seu entender quem deverá ajudar a criança com Depressão Infantil:

- Os pais
 Os educadores e professores
 A família
 Auxiliares de educação
 Os técnicos de saúde
 Todas as afirmações estão correctas

3.4 Quando uma criança sofre de depressão os pais devem:

- Deixá-la fazer tudo o que ela quer
 Conversar com a criança sobre o assunto e consultar um profissional de saúde
 Colocá-la de castigo
 Não fazer nada

3.5 Quando uma criança depressiva muda de comportamento na escola o professor deve:

- Colocá-la de castigo
- Conversar com a criança e perceber a razão do seu comportamento
- Dar-lhe fichas para fazer
- Colocá-la fora da sala

3.6 Conhece alguns instrumentos de avaliação da Depressão Infantil;

Sim.

Quais? _____

Não.

Anexo 2: Questionário aplicado aos professores:

1. Dados pessoais e profissionais

1.1. Idade:

- Inferior a 30 anos. 41 a 50 anos.
 30 a 40 anos. Superior a 50 anos.

1.2. Género:

- Feminino.
 Masculino.

1.3. Área de ensino:

- Pré-escolar
 1ºciclo
 2ºciclo
 3ºciclo
 Secundário

1.4. Habilitações Académicas:

- Bacharelato
 Licenciatura
 Pós- Graduação
 Mestrado
 Doutoramento

Definição de Depressão Infantil

2.1. Já ouviu falar em Depressão Infantil?

- Sim Não

2.2. Já teve algum aluno com Depressão?

- Sim Não

2.3. Para si a Depressão Infantil é:

- Um capricho
 Uma dificuldade de aprendizagem
 Uma doença mental
 As afirmações anteriores estão correctas
 Não sei

2.4. Depressão infantil surge:

- Em famílias pobres
 Em famílias ricas
 Em crianças mal-educadas
 Em qualquer criança

2.5. Depressão Infantil afecta :

- O bebé antes de nascer
- A criança com < de 1 ano
- A criança com > de 1 ano
- A criança com > de 3 anos
- A criança quando entra para o 1º ciclo
- Todas as afirmações estão correctas

2.6. Assinale com um X o que acha que são sintomas da Depressão Infantil:

- Agressividade e irritação
- Perda de apetite
- Distúrbios do sono
- Queda no desempenho escolar
- Tristeza
- Estado de euforia
- Isolamento social
- Ansiedade de separação
- Dificuldade em controlar o riso
- Choro fácil
- Dores de pernas
- Fraquesa
- Dificuldades de brincar
- Todas as afirmações estão correctas

2.7. Depressão Infantil leva a criança a pensar:

- No suicídio
- Em jogos de computador
- Em comer bolos
- Em sair com os amigos

2.8. A Depressão Infantil pode ter origem:

- Separação dos pais
- Perdas familiares
- Mudança de escola
- Mudança de casa
- Nascimento de um irmão
- Todas as afirmações estão correctas

2.9. A Depressão Infantil pode ser Ligeira, Moderada e Grave.

2.9.1 A Depressão Infantil define-se como Ligeira quando:

- A criança vive momentos de profunda tristeza mas consegue ultrapassá-la sozinha
- A criança vive momentos de pouca tristeza
- A criança vive momentos de profunda tristeza e precisa de ajuda
- A criança vive momentos de pouca tristeza e precisa de ajuda

2.9.2 A Depressão Infantil define-se como Moderada quando:

- A criança não consegue ultrapassar os problemas e não tem quem a ajude
- A criança às vezes não consegue ultrapassar os problemas
- A criança não consegue ultrapassar os problemas, os pais apercebem-se e ajudam-no
- A criança facilmente ultrapassa os problemas

2.9.3. A Depressão Infantil define-se como Grave quando:

- A criança está triste e ninguém se apercebe
- A criança vive curtos períodos de tristeza
- A criança vive períodos contínuos de profunda melancolia que podem levá-lo a cometer suicídio
- A criança tanto está triste como contente

3. Intervenção na Depressão Infantil

3.1. Em sua opinião, há relação entre DI e as dificuldades de aprendizagem?

- Sim Não

3.2. A Depressão Infantil pode ser detectada na criança:

- No meio escolar
- No meio familiar
- No meio escolar e familiar

3.3 Em seu entender quem deverá ajudar a criança com Depressão Infantil:

- Os pais
- Os educadores e professores
- A família
- Auxiliares de educação
- Os técnicos de saúde
- Todas as afirmações estão correctas

3.4 Quando uma criança sofre de depressão os pais devem:

- Deixá-la fazer tudo o que ela quer
- Conversar com a criança sobre o assunto e consultar um profissional de saúde
- Colocá-la de castigo
- Não fazer nada

3.5 Quando uma criança depressiva muda de comportamento na escola o professor deve:

- Colocá-la de castigo
- Conversar com a criança e perceber a razão do seu comportamento
- Dar-lhe fichas para fazer
- Colocá-la fora da sala

3.6 Conhece alguns instrumentos de avaliação da Depressão Infantil;

Sim.

Quais? _____

Não.