
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Miriam Cruvinel

**DEPRESSÃO INFANTIL, RENDIMENTO ESCOLAR E ESTRATÉGIAS DE
APRENDIZAGEM EM ALUNOS DO ENSINO FUNDAMENTAL**

CAMPINAS - SP/ 2003

Resumo

O presente estudo verificou a relação entre sintomas depressivos, rendimento escolar e estratégias de aprendizagem em alunos do ensino fundamental de uma escola pública de Campinas. Participaram da pesquisa 169 crianças de 3^a, 4^a, e 5^a série, de ambos os sexos e vindas de famílias com nível social e econômico desfavorecido. Para fins de coleta de dados, foi realizado uma única entrevista em pequenos grupos, de no máximo 4 alunos, no próprio ambiente escolar. Foram entrevistados somente aqueles alunos cujos pais autorizaram sua participação na pesquisa. Durante a entrevista foram aplicados a Escala de Estratégia de Aprendizagem e o Inventário de Depressão Infantil. Dados relacionados ao desempenho escolar foram coletados após o término do primeiro bimestre. Os resultados indicaram que os sintomas depressivos estão presentes na infância e que interferem de maneira negativa no uso de estratégias de aprendizagem, bem como no rendimento escolar, mais especificamente no desempenho em matemática. Os dados apontam para a importância dos professores e da família no reconhecimento e identificação precoce de sintomas depressivos, facilitando o encaminhamento adequado, bem como para a necessidade da criação de novos programas de intervenção visando não somente a intervenção em estratégias cognitivas, mas também em estratégias afetivas ou de apoio.

Abstract

The present study examined the relationship among depressive symptoms, learning disabilities and learning strategies of students from a public school in Campinas. The sample was composed of 169 students, from the third, fourth and fifth grades. Subjects were from both sexes and from low socio-economic background. Data was collected an interview with a small group of students at school. Only those students whose parents consented their participation were interviewed in this study. During the interview, students filled out a Learning Strategies Questionnaire and a Children's Depression Inventory. Information regarding students' school performance were obtained after finishing the second month. Results indicated the presence of depressive symptoms in children and its negative interference in the use of learning strategies, and in the school performance, mainly in mathematics. Data called attention to the importance that teachers and family be able to recognize and early identify depressive symptoms which, in turn, would facilitate the appropriate treatment. This study also pointed out the need of creating new intervention programs target at the development not only of cognitive strategies, but also of affective strategies.

Dedicatória

“Dedico este trabalho aos meus pais, que estimularam o meu desejo em aprender, com constante apoio e indispensável presença.”

AGRADECIMENTOS

São muitas as pessoas que deveriam estar nesta lista de agradecimentos. Agradeço as pessoas que estiveram presentes no meu dia-a-dia e que são pessoas de grande importância afetiva. Agradeço também a todos aqueles que auxiliaram na minha vida acadêmica, sugerindo idéias, tirando dúvidas, incentivando e contribuindo para que este trabalho acontecesse.

Todas essas pessoas com seu jeito característico e peculiar me ajudaram na realização deste projeto. Por isso as pessoas abaixo relacionadas podem, com certeza, sentir-se parte da vitória do meu processo acadêmico.

Muito obrigada.

À Prof.^a Dr.^a Evely Boruchovitch, minha orientadora, que com sabedoria, paciência e competência tornou possível a realização deste projeto;

Aos membros da banca de defesa: Prof.^a Acácia Aparecida Angeli dos Santos, Prof.^a Selma de Cássia Martinelli, Prof.^a Rosely Palermo Brenelly e Prof.^a Maria Cristina Joly pelas enriquecedoras sugestões;

Aos pesquisadores Valdiney Velôso Gouveia, Genário Alves Barbosa, Luciana Rabelo Hallak e Makilim Nunes Baptista que colaboraram de forma decisiva para realização deste estudo;

Aos amigos que conheci e com os quais aprendi muito: Edna, Elis Regina, Maria Aparecida, Telma.

Ao pesquisador e estatístico José Maurício Haas Bueno pela assessoria estatística e pelas enriquecedoras discussões e orientações;

À Isabel Petronilha Costa pela revisão e sugestões;

Ao Pedro, pelo companhia e apoio, compreendendo minha ausência e impaciência e com isso ajudando-me a superar os obstáculos que surgiram no caminho;

Aos meus pais, meus irmãos e meu sobrinho lindo, pela presença, pelo carinho e compreensão durante todo esse processo;

Aos alunos que foram sujeitos da pesquisa e à escola que me recebeu de forma extremamente receptiva ;

À Capes pelo auxílio financeiro.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	p. 01
CAPÍTULO I	p. 03
<i>Aprendizagem e Afetividade</i>	p. 05
1.1. <i>Variáveis psicológicas na aprendizagem</i>	p. 07
1.2. <i>Importância do Estudo</i>	p. 11
CAPÍTULO II	p. 19
<i>A Depressão Infantil</i>	p. 21
2.1. <i>Modelos de depressão</i>	p. 21
2.2. <i>Estudos sobre a depressão na Infância</i>	p. 23
2.3. <i>Estudos brasileiros sobre a depressão na infância</i>	p. 28
2.4. <i>Mensuração da Depressão Infantil</i>	p. 32
2.5. <i>Depressão Infantil e Rendimento Escolar</i>	p. 36
2.6. <i>Depressão Infantil e Estratégias de Aprendizagem</i>	p.42
CAPÍTULO III	p. 49
<i>Método</i>	p. 51
3.1. <i>Objetivos</i>	p. 51
3.2. <i>Sujeitos</i>	p. 51
3.3. <i>Procedimento para contato com escola</i>	p. 52
3.4. <i>Procedimento de coleta de dados</i>	p. 53
3.5. <i>Material</i>	p. 54
3.6. <i>Procedimento de Análise de dados</i>	p. 58
CAPÍTULO IV	p. 59

<i>Resultados</i>	p. 61
4.1. <i>Caracterização dos sujeitos</i>	p. 61
4.2. <i>Sintomas depressivos e Variáveis demográficas</i>	p. 63
4.3. <i>Repertório de Estratégias de aprendizagem</i>	p. 68
4.4. <i>Sintomas depressivos, Estratégias de aprendizagem e Rendimento escolar</i>	p. 73
<i>CAPÍTULO V</i>	p. 79
<i>Discussão</i>	p. 81
5.1. <i>Sintomas depressivos e Variáveis demográficas</i>	p. 81
5.1.1. <i>Incidência de sintomas depressivos</i>	p. 81
5.1.2. <i>Principais sintomas depressivos apresentados pela amostra total e pelos sujeitos com depressão</i>	p. 83
5.1.3. <i>Sintomas depressivos e variáveis como sexo, idade, série e repetência escolar</i>	p. 85
5.2. <i>Estratégias de aprendizagem e variáveis como sexo, idade, série e repetência escolar</i>	p. 87
5.2.1. <i>Repertório de Estratégias de aprendizagem da amostra total</i>	p. 89
5.3. <i>Sintomas depressivos, Estratégias de aprendizagem e Rendimento escolar</i>	p. 92
5.3.1. <i>Sintomas depressivos e Rendimento escolar</i>	p. 93
5.3.2. <i>Estratégias de aprendizagem e Rendimento escolar</i>	p. 95
5.3.3. <i>Sintomas depressivos e Estratégias de aprendizagem</i>	p. 96
5.4. <i>Considerações Finais</i>	p. 97

ANEXOSp. 103

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS p. 113

APRESENTAÇÃO

O número de casos de crianças com problemas emocionais, mais especificamente a depressão, tem aumentado significativamente. Um fator que tende a agravar essa situação é que normalmente a depressão na criança não se manifesta isoladamente, mas vem associada a outras dificuldades, principalmente problemas comportamentais e escolares, ocasionando um prejuízo no funcionamento psicossocial.

Diversos estudos revelam a estreita relação entre sintomas depressivos e rendimento escolar. Essas pesquisas não descrevem uma relação causal entre as duas variáveis, não deixando claro se a depressão ocasiona uma queda no rendimento escolar da criança ou o contrário, se uma dificuldade escolar conduziria a sentimentos depressivos. Estudos têm revelado que as cognições e crenças de uma criança deprimida são negativas e disfuncionais, caracterizadas por pensamentos de autodesvalorização, podendo interferir na sua motivação para aprender e no seu rendimento escolar.

Por outro lado, pouco se conhece a respeito da relação entre sintomas depressivos e estratégias de aprendizagem. Sabemos que o uso eficiente de estratégias de aprendizagem depende de variáveis internas ao indivíduo como sua motivação, suas crenças, seus pensamentos a respeito de si mesmo e suas emoções.

Tendo em vista a escassez de estudos na área, os objetivos da presente pesquisa são: conhecer a prevalência de sintomas depressivos em escolares de 3^a, 4^a e 5^a séries de uma escola municipal de Campinas; avaliar o repertório de estratégias de aprendizagem dos alunos e investigar a relação entre sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar dos alunos.

Partindo dessas idéias, o primeiro capítulo desta dissertação contextualiza essa temática, abordando a importância das variáveis psicológicas na aprendizagem, refletindo a respeito da relevância do tema, bem como apresentando os objetivos do presente estudo.

O segundo capítulo se inicia com uma breve descrição dos principais modelos explicativos da depressão, partindo de um enfoque de depressão no adulto. São apresentados, ainda, alguns estudos brasileiros a respeito da depressão na infância e, por último, são relatadas suas relações com desempenho escolar e com as estratégias de aprendizagem.

No Capítulo 3, é apresentada a metodologia do presente estudo. A amostra estudada, os procedimentos de contato com a escola, de coleta e de análise de dados, os instrumentos empregados no presente estudo são descritos em detalhe.

No Capítulo 4, são expostos os resultados obtidos e, finalmente, no Capítulo 5, esses dados são discutidos.

Espera-se que as informações obtidas neste estudo contribuam para incentivar novas pesquisas concernentes ao assunto, mas principalmente que sirvam de reflexão para aqueles profissionais e educadores que trabalham e que convivem com crianças que apresentam sintomas depressivos.

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I

APRENDIZAGEM E AFETIVIDADE

Aprendizagem é um termo familiar e, à primeira vista, não parece ser difícil sua conceituação. Entretanto, existem diversas definições para aprendizagem envolvendo aspectos diferentes e algumas vezes contraditórios. O conceito de aprendizagem varia principalmente de acordo com o referencial teórico. Enquanto alguns autores enfatizam o resultado e o desempenho em si (Skinner, 1953, *apud* Peterson, 1975), outros dão uma importância maior ao processo de aprendizagem, mais precisamente, como se constrói o conhecimento (Piaget, 1964; Paín, 1981; Macedo, Petty e Passos, 2000).

Segundo Witter (1984), aprendizagem é uma mudança relativamente estável, num estado interno do organismo, resultante de prática ou experiência anterior que constitui condição necessária, mas não suficiente para que o desempenho ocorra. Piaget (1964) considera aprendizagem como sendo um processo contínuo, gerador de conflitos cognitivos e de desequilíbrios, contribuindo para o desenvolvimento do indivíduo. Esse processo de aquisição do conhecimento se dá mediante a ação do sujeito e interação deste com os objetos (Macedo *et al.*, 2000).

Atualmente existe uma grande preocupação e interesse por parte de pesquisadores em investigar as dificuldades de aprendizagem, o que é compreensível uma vez que o número de crianças com baixo rendimento escolar tem se revelado bastante significativo. Diante desse quadro, vários estudiosos tentam compreender o que leva algumas crianças a apresentarem sucesso escolar, enquanto outras não conseguem atingir um desempenho acadêmico satisfatório.

Fala-se em problema de aprendizagem quando há uma dificuldade nesse processo de aprender ou uma interferência na interação entre o mediador e o sujeito, ou ainda uma ineficiência quanto aos resultados. Assim como é difícil conceituar aprendizagem, é árduo também definir dificuldade de aprendizagem. A controvérsia começa quando se tenta

diferenciar dificuldade e distúrbio de aprendizagem. Esses termos referem-se a fenômenos diferentes, porém, muitas vezes, são utilizados de forma distorcida e indiscriminada.

Uma definição de distúrbio de aprendizagem foi apresentada, em 1981, pelo *National Joint Committee for Learning Disabilities* e citada por Woolfolk (2000):

Distúrbio de aprendizagem é um termo geral que se refere a um grupo de transtornos manifestados por dificuldades significativas na aquisição e uso de escuta, fala, leitura, escrita, raciocínio ou capacidades matemáticas. Esses transtornos são intrínsecos ao indivíduo, provavelmente devido a disfunção do sistema nervoso central, podendo ocorrer durante a vida.

Essa definição deixa evidente que os distúrbios na aprendizagem do aluno são conseqüências de um déficit no próprio indivíduo. Déficit este decorrente de uma disfunção no sistema nervoso central, portanto um problema orgânico e neurológico, que interfere na aquisição de conhecimento da criança, conseqüentemente prejudicando seu desempenho escolar. Já a dificuldade de aprendizagem ou dificuldade escolar não possui uma etiologia orgânica. Apesar de ainda aqui o aluno ser, muitas vezes, responsabilizado pelo seu insucesso escolar, as dificuldades de aprendizagem ocorrem também por diversos outros fatores, incluindo variáveis ambientais (dificuldade econômica, desnutrição); variáveis afetivas (problemas na relação professor-aluno, falta de motivação e interesse do aluno e transtornos afetivos); variáveis pedagógicas (método de ensino inadequado, sistema de avaliação incoerente).

Como apontaram Almeida, Rabelo e Cabral (1995), o termo dificuldade de aprendizagem não pode ser utilizado e entendido como sinônimo de distúrbio de aprendizagem, uma vez que a diferenciação conceitual implica postulações teóricas, metodológicas, políticas e educacionais distintas. No presente trabalho, pretende-se utilizar os termos *dificuldades de aprendizagem*, *dificuldades escolares* e *baixo rendimento escolar* como sinônimos.

Conforme citado anteriormente, são diversos os aspectos que interferem na aprendizagem. Múltiplos fatores, ambientais e individuais, estão envolvidos no processo de aprendizagem (Boruchovitch, 1994; Fernandez, 1987 e 1990; Lindahl, 1988; Paín,

1985; Pernambuco, 1992, *apud* Jacob, Loureiro, Marturano, Linhares e Machado, 1999). Do ponto de vista de fatores internos ao indivíduo, os aspectos cognitivos/intelectuais, orgânicos e afetivo-emocionais estão diretamente relacionados ao processo de aprender.

Embora exista uma ampla literatura no que diz respeito às dificuldades de aprendizagem, ainda são poucos os estudos que tentam relacionar os problemas escolares às dificuldades emocionais. Sem desconsiderar a importância da multidimensionalidade dos problemas de aprendizagem, nos quais devem ser considerados os fatores orgânicos, afetivos, ambientais, cognitivos, pedagógicos, dentre outros (Fini, 1996), o aspecto psicológico tem sido fortemente associado aos problemas escolares (Moisés e Collares, 1999; Fonseca, Rabelo, Ferreira, Sanches, Pires e Gregório, 1998).

Apesar da estreita relação entre desempenho acadêmico e fatores emocionais, não se deve atribuir todas as dificuldades de uma criança exclusivamente a problemas psicológicos. É importante um olhar cauteloso e uma avaliação ampla e crítica da aprendizagem, na qual faz-se necessário considerar uma gama de outros fatores, incluindo principalmente a didática e o sistema pedagógico da escola.

1.1. VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS NA APRENDIZAGEM

Muitas crianças são encaminhadas para diagnóstico ou intervenção psicológica tendo como queixa principal a dificuldade de aprendizagem, normalmente constatada pelo baixo rendimento escolar. Diversos estudos revelam que um grande número de crianças encaminhadas para atendimento psicológico ou psicopedagógico chega ao serviço com a queixa de dificuldade escolar, no entanto, associados ao baixo rendimento acadêmico estão os problemas comportamentais. Tem sido freqüentemente relatada, na literatura, a presença de dificuldades emocionais/comportamentais paralelas aos problemas de aprendizagem (Graminha, 1992; Jacob *et al.*, 1999; Medeiros, Loureiro, Linhares e Marturano, 2000).

Com a finalidade de conhecer aspectos psicológicos de crianças com dificuldades de aprendizagem, Jacob *et al.* (1999) analisaram o funcionamento afetivo de dois grupos de crianças com idade entre 8 e 12 anos. Um grupo cujas crianças apresentavam queixas de dificuldade de aprendizagem e outro grupo de crianças sem queixas de dificuldade

escolar. Verificaram que as crianças do primeiro grupo apresentavam maior dificuldade para utilizar seus recursos intelectuais e afetivos; apresentavam uma auto-imagem negativa, com sentimentos de inferioridade e insegurança, e dificuldades interpessoais. No segundo grupo, de crianças sem queixa de dificuldade escolar, houve uma melhor utilização dos recursos internos. A avaliação das crianças desse grupo sugeriu um alto nível de ansiedade e exigência, o que evidencia que esse grupo também vivencia conflitos em seu cotidiano.

Por sua vez, Loureiro, Marturano, Linhares, Machado e Silva (1994) objetivaram caracterizar, por meio do teste do desenho da casa, árvore e figura humana (HTP), os aspectos afetivos associados a dificuldades de aprendizagem. Compararam três grupos de crianças com idade entre 9 a 12 anos. O grupo 1, formado por crianças com dificuldade escolar cujas famílias procuraram atendimento psicológico; o grupo 2, formado por crianças com queixa de problema escolar cujas famílias não procuraram atendimento psicológico; e o grupo 3, constituído por crianças sem história de atraso escolar. Observaram uma diferença significativa das crianças do grupo 1 em relação aos sujeitos dos grupos 2 e 3. O grupo 1 apresentava crianças mais imaturas, com contato restrito com a realidade, dificuldade na elaboração de experiências e de respostas às exigências do meio ambiente. Já as crianças do grupo 2 se assemelhavam muito com os sujeitos do grupo 3, sem história de atraso escolar. Apesar disso, no segundo grupo havia também indícios de imaturidade e dificuldade de controle. As crianças do terceiro grupo mostraram-se mais maduras e indicavam possuir recursos para lidar com seus conflitos.

Martins e Graminha (1989) também estudaram as características das crianças encaminhadas a um serviço de atendimento psicológico. Verificaram que a queixa mais freqüente relatada pelos pais refere-se à dificuldade de aprendizagem. Analisando as queixas posteriormente, constataram que apenas 33% das crianças apresentavam o problema escolar como queixa única, o que equivale a dizer que a maioria das crianças encaminhadas a esse serviço de atendimento psicológico manifestava também problemas emocionais e comportamentais, e não apenas as dificuldades escolares. Isso significa que apesar de a queixa mais freqüente ser dificuldade de aprendizagem, esta normalmente vem associada a outros problemas, inclusive dificuldades psicológicas e distúrbios de comportamento. Vale ressaltar ainda que as crianças com problemas escolares, quando

comparadas a grupos sem dificuldades de aprendizagem, normalmente são vistas pelos pais como apresentando mais dificuldades emocionais e mais problemas comportamentais (Medeiros *et al.*, 2000).

Em outra pesquisa, Graminha (1992) comparou a incidência e tipos de problemas emocionais e comportamentais entre três grupos de crianças, a saber: um grupo de crianças com nível de escolaridade adiantado, um grupo com atraso escolar e um grupo formado por crianças com escolaridade compatível à idade. Os dados foram obtidos junto aos pais de 1.614 crianças entre 6 e 13 anos, por meio da Escala Comportamental Infantil de Rutter A2, traduzida e adaptada pelo mesmo autor em 1994. Os resultados de seu estudo revelaram uma diferença significativa entre os grupos. A incidência de problemas emocionais/comportamentais no grupo de crianças com atraso escolar foi bastante alta. Os resultados desse grupo sugerem dificuldades relacionadas ao comportamento agressivo e destrutivo diante das pessoas e de objetos e alguns problemas específicos, como gagueira, dificuldade de sono e dificuldade em permanecer em uma mesma atividade. Crianças do grupo com atraso escolar apresentaram também comportamentos como tristeza, atitude difícil, insegurança e sentimento de rejeição perante os colegas.

Medeiros *et al.* (2000) avaliaram 52 crianças, entre 8 e 11 anos de idade, de uma escola pública. Dividiram a amostra em dois grupos: grupo 1, com dificuldade de aprendizagem, e grupo 2, com bom desempenho acadêmico. Os grupos foram comparados quanto às características comportamentais e senso de auto-eficácia. Os resultados sugerem diferença significativa entre os grupos. As crianças do grupo 1 apresentaram baixa auto-eficácia e mais manifestações comportamentais disfuncionais. Essas crianças tinham uma tendência para apresentar problemas internalizantes, como preocupação exagerada, fechamento, solidão, irritabilidade e insegurança.

Não há dúvida de que as crianças apresentam, associados às dificuldades escolares, outros problemas de ordem psicológica e comportamental. O ambiente escolar proporciona à criança uma série de experiências que vão interferir em seu desenvolvimento. A criança em uma sala de aula não está somente aprendendo os conceitos transmitidos pelo professor. O contexto escolar possibilita a interação social entre seus pares, permitindo o aprimoramento dessas habilidades e de “*self-mastery*”

(autodomínio), e ainda permite o desenvolvimento e manifestação de valores e características de sua personalidade (Feshbach e Feshbach, 1987, citando Minuchin e Shapiro, 1983).

Alguns estudos têm enfatizado os processos internos do indivíduo na aprendizagem. Esses processos internos compreendem seu sistema de crenças, expectativas, pensamentos, atribuições causais, sentimentos, que certamente atuam como mecanismos mediadores da aprendizagem. Um exemplo da interferência de processos internos na aprendizagem são estudos relacionados à auto-eficácia (Medeiros *et al.*, 2000). Crianças que apresentam crenças negativas sobre sua capacidade para aprendizagem e baixa auto-eficácia manifestam mais problemas escolares. Na verdade, essas cognições a respeito de si mesmas interferem nas escolhas de tarefas, no envolvimento, no levantamento de metas, motivação e perseverança nas atividades, tornando essas crianças mais suscetíveis a estresse e depressão (Medeiros *et al.*, 2000).

Feshbach e Feshbach (1987), interessados em conhecer a influência de processos afetivos no desempenho escolar, avaliaram respostas afetivas (empatia, sintomas depressivos e agressão) em crianças de 8 a 11 anos de idade e relacionaram os resultados obtidos com o rendimento das mesmas. A hipótese era de que a atitude empática facilita o desenvolvimento de competências cognitivas, enquanto afeto depressivo e agressividade interferem de forma negativa no desenvolvimento acadêmico. Foram avaliadas, em um primeiro momento, 76 crianças de 10 a 11 anos e 67 crianças de 8 a 9 anos de idade. Em uma segunda etapa da pesquisa, dois anos mais tarde, 44 crianças do grupo de 8 a 9 anos foram reavaliadas. Os dados foram significativos quando avaliados após terem se passado dois anos. A conduta empática, afeto depressivo e agressão são fatores preditores de desempenho escolar, principalmente em crianças do sexo feminino. Constatou-se também que meninos e meninas com sintomas depressivos aos 8 e 9 anos apresentam um baixo rendimento acadêmico dois anos mais tarde.

A aprendizagem é um processo complexo que envolve diversos fatores que se inter-relacionam e os estudos têm demonstrado que esse é um processo individual e, portanto, difere de estudante para estudante, de situação para situação (Etten, Freebern e Pressley, 1997). Com base em pesquisas realizadas, notou-se o importante papel

desempenhado pelas estratégias de aprendizagem na aquisição de conhecimento do estudante e para o sucesso escolar (Crespo, 1983; Molina, 1983; Garner, 1990; Boruchovitch, 1994; Pozo, 1996; Lopes, 1997; Santos, 1997; Boruchovitch, 1999a; Costa e Boruchovitch, 2000a, entre outros). Boruchovitch (1994) ressalta que o uso adequado e eficiente das estratégias de aprendizagem depende, muitas vezes, de aspectos psicológicos e motivacionais. Tendo em vista essa relação, a intervenção em estratégias de aprendizagem deve estar associada também às estratégias afetivas. A autora menciona que facilmente a experiência escolar provoca no aluno sentimentos de fracasso e incompetência e sugere que sejam ensinadas aos alunos estratégias para lidar com os fracassos e sentimentos negativos relacionados à escolarização.

Embora o rendimento escolar do aluno seja influenciado por inúmeros outros fatores e não somente pelos aspectos psicológicos, é muito importante considerar na criança suas características de personalidade, seu estado emocional, suas crenças e cognições frente a aprendizagem. Daí a necessidade de, no contexto educacional, avaliar o aluno em sua totalidade e não de forma fragmentada. Fierro (1996) coloca que em todo processo de aprendizagem há um sujeito que aprende e esse alguém possui suas próprias características, capacidades, aptidões e interesses.

Ainda são poucos os estudos que visam a avaliar problemas emocionais em crianças. Segundo Fonseca *et al.* (1998), a escassez de pesquisas nessa área deve-se ao fato de esses problemas terem sido considerados, durante muito tempo, como sendo dificuldades transitórias e pouco graves. Partindo-se dessa visão, pouca importância foi dada ao tema e poucos estudos foram realizados. No entanto, os problemas emocionais podem conduzir a futuras formas de inadaptação tanto em nível individual, como em nível escolar e social, uma vez que tais dificuldades não são tão passageiras e leves como se acreditava anteriormente (Fonseca *et al.*, 1998; Fonseca, Ferreira, Rebelo, Simões, Pires e Gregório, 2002).

1.2. A IMPORTÂNCIA DO ESTUDO

Os estudos a respeito de problemas emocionais na infância têm revelado que essas dificuldades são relativamente freqüentes e, confrontando idéias prévias, tem-se

verificado também que os problemas emocionais nessa fase podem apresentar uma grande estabilidade temporal e ainda contribuir para afetar negativamente o processo de desenvolvimento da criança considerada em sua totalidade (Fonseca *et al.*, 1998; Fonseca *et al.*, 2002).

Conforme visto por Fonseca *et al.* (1998), a incidência de problemas emocionais mais especificamente, ansiedade e depressão ocorre com certa frequência em crianças de séries escolares iniciais e normalmente está associada a outras dificuldades de comportamento ou acadêmicas. Os autores concluíram, ainda, que os problemas emocionais não devem ser considerados como um fenômeno transitório e sem gravidade. Esses resultados foram obtidos quando crianças identificadas com problemas emocionais continuaram a apresentar dificuldades após quatro ou cinco anos, e, pior ainda, passaram a apresentar problemas não somente emocionais, mas também em outras áreas de funcionamento. Os dados sugerem que problemas psicológicos, dentre eles a depressão, apresentam uma prevalência considerável nessa faixa etária, interferindo no desenvolvimento e funcionamento dessas crianças e, principalmente, revelando que o prognóstico nas diferentes áreas pode ficar comprometido.

Para Paprocki (1992), a depressão consiste na quarta queixa psiquiátrica mais freqüente, sendo que em primeiro lugar está a insônia; em segundo, a ansiedade e em terceiro lugar, o alcoolismo e o uso de drogas. Segundo Seligman (1992), estamos vivendo em meio a uma “epidemia” de depressão. Esse autor defende a idéia de que a incidência de depressão aguda é dez vezes maior do que há 50 anos e de que a sua manifestação na vida das pessoas tem ocorrido dez anos mais cedo. Cada vez mais pessoas têm ficado deprimidas e cada vez mais cedo tem ocorrido o primeiro episódio de depressão. Isso significa que crianças em idade pré-escolar e escolar já apresentam sintomas depressivos (Andriola e Cavalcante, 1999; Wright-Strawderman e Watson, 1992; Soares, 2003). Pesquisas indicam que 5% dos homens adultos, 10% das mulheres, 6 a 7% dos adolescentes e 1,8% das crianças entre 7 e 12 anos apresentam sintomas de depressão (German *et al.*, 1987; Leerhsen, King e Gosnell, 1987, citados por Wright-Strawderman e Watson, 1992). Os dados mostram ainda que a criança ou adolescente que sofreu de depressão grave tem mais chances de apresentar futuras crises depressivas (White, 1989).

Não há dúvida de que as crianças ficam deprimidas na mesma intensidade que o adolescente e o adulto, pois, como todo ser humano, a criança também possui sentimentos e pensamentos e, portanto, não está livre de distúrbios afetivos. Além disso, a depressão infantil pode estar associada ao risco de suicídio (Wright-Strawderman e Watson, 1992) o que torna ainda mais importante a sua prevenção.

É frequente uma criança com sintomas depressivos apresentar problemas associados (Anderson e McGee, 1994), como dificuldades de relacionamento, dificuldades escolares e alterações de comportamento (White, 1989). Essas dificuldades, sem dúvida, dão início a um círculo vicioso, uma vez que tais problemas contribuem para acentuar os sintomas de depressão e tornam a vida da criança ainda mais disfuncional. Diversos estudos citados por Wright-Strawderman e Watson (1992) evidenciam que o número de crianças deprimidas com dificuldades escolares é bem superior ao número de crianças deprimidas sem dificuldades de aprendizagem. Wright-Strawderman e Watson (1992) investigou 53 alunos com idade entre 8 e 11 anos, identificados como crianças com dificuldades de aprendizagem. Os resultados mostraram que 35,85% das crianças com dificuldades escolares apresentavam sintomas depressivos, indicando uma alta prevalência, já que a população sem dificuldade apresenta uma incidência de 1,8% de sintomas de depressão (Leerhsen *et al.*, 1987, *apud* Wright-Strawderman e Watson, 1992).

A depressão infantil parece ser também um fator preditivo de baixo rendimento escolar. Em um estudo transversal, Feshbach e Feshbach (1987) constataram que as crianças com depressão apresentavam um desempenho acadêmico abaixo do esperado. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Pérez e Urquijo (2001). Sommerhalder e Stela (2001) descrevem que na criança deprimida as funções cognitivas como atenção, concentração, memória e raciocínio encontram-se alteradas e enfatizam a importância desses sintomas no desempenho escolar, uma vez que, na sala de aula, a criança com sintomas de depressão normalmente se isola, ou se recusa a ir à escola, mostra-se desinteressada pelas atividades, apresenta dificuldade em permanecer atenta nas tarefas e as autoras revelam que certamente esses são fatores que interferem de forma negativa na aprendizagem dessa criança.

Um grande número de estudos epidemiológicos de depressão foi realizado no ambiente escolar. Segundo Barbosa e Gaião (2001), a escola tem sido um contexto bastante favorável para a realização de trabalhos de prevalência, principalmente pelo fato de que é na escola que esses comportamentos se tornarão mais evidentes, uma vez que o baixo rendimento escolar consiste em um dos primeiros sinais do surgimento de um possível quadro depressivo (Andriola e Cavalcante, 1999).

Reconhecer os sintomas depressivos nas crianças tem sido uma tarefa difícil para os pais e professores, dada a sua similaridade com outras dificuldades como hiperatividade, distúrbio de conduta, agressividade e outros (Wright-Strawderman e Watson, 1992) e também devido à comorbidade (Anderson e McGee, 1994; Soares, 1993). Colbert, Newman, Ney e Young (1982) afirmam que a depressão em crianças não tem sido reconhecida adequadamente pelos educadores. Na verdade, crianças depressivas são identificadas pelos seus professores como tendo um problema específico de aprendizagem. Das 282 crianças estudadas, 53 foram previamente consideradas pelos professores como tendo dificuldades de aprendizagem. Após uma bateria de testes, verificaram que apenas 7,2% apresentavam dificuldade de aprendizagem específica e 54% foram diagnosticadas como depressivas. Esse desconhecimento dos sintomas depressivos por parte da escola, sem dúvida, acarreta em encaminhamentos, orientações e tratamentos incorretos para esses alunos.

A falta de informações de pais e professores sobre a depressão infantil pode contribuir para aumentar as dificuldades dos alunos e causar inúmeras seqüelas emocionais no futuro. É evidente que família e educadores não estão preparados para fazer um diagnóstico na criança. Cabe ressaltar que nem é esse o papel dos mesmos. No entanto, um olhar mais atento a essas crianças permite que sejam reconhecidas mais cedo e encaminhadas para um diagnóstico mais cuidadoso associado à intervenção necessária.

É na escola que os sintomas se tornam mais evidentes (Barbosa e Gaião, 2001), e, com o desconhecimento de professores, a problemática tende a se estender até a adolescência e vida adulta. Além disso, há indícios de que quando os problemas de ordem emocional ocorrem logo nos primeiros anos escolares, podem acarretar perturbações mais graves na pré-adolescência e adolescência (Fonseca *et al.*, 1998). Apesar de a depressão ter sido freqüentemente avaliada no contexto escolar, poucos estudos brasileiros

procuram relacionar os sintomas depressivos com o rendimento escolar e menos ainda com as estratégias de aprendizagem.

Educadores e profissionais da saúde mental já conhecem a forte correlação entre o aspecto intelectual e o afetivo. Não há dúvida de que o estado interno do aprendiz interfere sobremaneira na sua aprendizagem. De modo geral, o papel das variáveis psicológicas na aprendizagem vem cada vez mais sendo reconhecido e estudado (Nunes, 1990; Boruchovitch, 1994; Jacob *et al.*, 1999; Santos e Marturano, 1999; Boruchovitch, 2001b).

As teorias cognitivas têm privilegiado os processos internos ao indivíduo, como: pensamentos, atribuições de causalidade, expectativas e sentimentos. Essas teorias revelam que situações de fracasso e sucesso escolar estão, em geral, associadas a crenças, cognições, pensamentos, sentimentos e atribuições de causalidade que o aluno faz diante desses eventos. Esse modelo teórico acredita que o mais importante não é a situação em si, mas sim a interpretação que o sujeito faz dela (Atkinson, 1988; Rotter, 1966; Weiner, 1979; Weiner e Brown, 1984; Dweck, 1986; Chapman, 1988; McCombs e Whisler, 1989, *apud* Boruchovitch, 1994). A interpretação que o aluno realiza no sentido de entender suas experiências de sucesso e fracasso interfere nas suas emoções e na motivação para a aprendizagem, influenciando conseqüentemente sua conduta diante de tarefas escolares.

As cognições de uma criança deprimida são tão negativas e disfuncionais quanto os pensamentos do adulto e do adolescente com depressão. Assim como estes, a criança também apresenta as alterações na forma de pensar ou na maneira de interpretar os acontecimentos (Kendall, Stark e Adam, 1990). Em seu estudo, Kendall *et al.* (1990) estudaram 47 crianças de 6^a série mediante o CDI – Inventário de Depressão Infantil – e posteriormente avaliaram crianças em séries iniciais. Os resultados indicaram que os participantes com sintomas depressivos apresentavam uma distorção cognitiva, ou seja, tinham um estilo negativo para se auto-avaliarem, bem como para avaliarem as situações do dia-a-dia. Dados similares também foram encontrados por Curatolo (2001), confirmando o conceito de Beck (1979) acerca da tríade cognitiva, onde o indivíduo apresenta uma visão negativa e deformada de si mesmo, das outras pessoas e do mundo. Além disso, a criança e o adolescente com depressão tendem a selecionar os eventos

negativos de sua vida dando maior ênfase a essas situações negativas e, por outro lado, negligenciando os aspectos positivos dos acontecimentos (White, 1989). Assim sendo, é possível que uma criança com depressão, diante de uma experiência de fracasso escolar, provavelmente nutra pensamentos exagerados de autodesvalorização, desesperança e pessimismo. E essas cognições, por sua vez, influenciarão a sua motivação, o seu desempenho escolar e a sua aprendizagem.

Os estudos evidenciam que fatores psicológicos influenciam não somente na aprendizagem em geral, mas também no uso de estratégias de aprendizagem (Costa, 2000; Costa e Boruchovitch, 2000a; Boruchovitch, 1999a; Boruchovitch, 1994), e nos hábitos de estudo da criança.

Pesquisas têm destacado a importância das estratégias de aprendizagem para o bom desempenho escolar. Inúmeros estudos estão sendo realizados, principalmente, para conhecer quais as estratégias utilizadas mais frequentemente por estudantes, bem como para a criação de programas de intervenção psicopedagógica para alunos, com o objetivo de favorecer a aprendizagem mediante o ensino de estratégias e aumentar a consciência e responsabilidade do aluno no ato de aprender (Boruchovitch, 1999a; Costa e Boruchovitch, 2000a). Todavia, a literatura acerca da relação entre fatores psicológicos e o uso de estratégias de aprendizagem ainda é escassa em nosso contexto (Boruchovitch, 1999a; 2000; Costa e Boruchovitch, 2000a). No que se refere aos sintomas depressivos, a literatura se revela ainda mais escassa. Alguns autores têm avaliado o impacto da depressão infantil em tarefas de memória e metamemória (Lauer, Giordani, Boivin, Halle, Glasgow, Alessi e Berent, 1994; Bandim, Roazzi, Sougey e Carvalho, 1998), encontrando resultados que sugerem que o desempenho em tarefas mnemônicas é afetado pela severidade da depressão.

O impacto da depressão no uso de estratégias de aprendizagem parece ter sido pouco explorado, o que conduz ao levantamento das seguintes questões: Será que crianças deprimidas fazem uso de estratégias de aprendizagem? A depressão infantil interfere no conhecimento e uso das estratégias de aprendizagem?

Espera-se que este estudo possa contribuir para uma melhor compreensão da depressão infantil e suas relações com o rendimento escolar e, mais precisamente, com o

uso de estratégias de aprendizagem. Existe a expectativa de que os dados aqui obtidos possam ser traduzidos em informações úteis a serem compartilhadas com educadores e pais a fim de que estes sejam melhor orientados e informados a respeito da depressão e de suas repercussões no desempenho escolar da criança. Acresce a crença de que conhecer melhor o transtorno depressivo na infância e suas características possibilitará tanto o encaminhamento precoce quanto uma atuação preventiva por parte de professores, educadores e familiares.

Tendo em vista a escassez de literatura na área, é necessário que novas pesquisas a respeito desse tema sejam realizadas, principalmente nos dias atuais, em que a infância está marcada pelo impacto de muitas mudanças em seu cotidiano, como ausência dos pais em função da necessidade de trabalho, competitividade na escola, excesso de atividades extracurriculares e mudança na forma de lazer.

CAPÍTULO II

CAPÍTULO 2

A DEPRESSÃO INFANTIL

2.1. MODELOS DE DEPRESSÃO

Existem diversos modelos e teorias que explicam a etiologia da depressão patológica. Assim como nos critérios para diagnóstico, os modelos de depressão também são adaptações de modelos de depressão para adultos (Chabrol, 1990; Rhem e Sharp, 1999; Miyazaki, 1995). Serão apresentados brevemente os principais modelos de depressão: modelo biológico; modelo comportamental; modelo cognitivo e modelo psicanalítico.

Dentre os inúmeros modelos, não se pode esquecer da teoria que associa a depressão a fatores biológicos e genéticos. Para comprovação desse modelo biológico da depressão, estudos com filhos de pais deprimidos e pesquisas com gêmeos fizeram-se extremamente importantes. Weissman (1987) citado por Chabrol (1990) constatou que o início do primeiro episódio de depressão maior aparece mais cedo nas crianças cujos pais possuem depressão. A média da idade para o surgimento dos sintomas para essas crianças foi de 12,7 anos enquanto a idade média dos filhos de pais não deprimidos foi de 16,8 anos. Keller e cols. (1996) mostram em seu estudo com 72 filhos de pais deprimidos que a depressão nessas crianças apareceu depois da depressão em um dos pais (*apud* Chabrol, 1990). Pesquisas com gêmeos também revelam a importância de fatores biológicos e genéticos nos transtornos de humor (Chabrol, 1990; Pena, 1985).

As doenças psiquiátricas em geral e as depressões, especificamente, dentro do enfoque biológico envolvem estudos bastante complexos. Há uma tendência em encarar a etiologia dessas desordens como multifatorial, visto que prevalece a existência de uma estreita relação entre fatores genéticos/hereditários, de um lado, e fatores ambientais, de outro lado (Pena, 1985; Zorzetto, 2003).

O modelo comportamental, por sua vez, enfatiza o papel da aprendizagem e das interações com o ambiente. A depressão é vista como consequência da diminuição de comportamentos adaptados e um aumento na frequência de comportamentos de esquiva e fuga de estímulos vistos como aversivos. A aquisição de comportamentos depressivos ocorre mediante a aprendizagem, por intermédio de mecanismos de condicionamento pavloviano, skinneriano ou aprendizagem social (Chabrol, 1990).

A importância das cognições no aparecimento e manutenção de condutas disfuncionais caracteriza o modelo cognitivo da depressão. A teoria cognitiva de Beck (1979) revela que as distorções de pensamento são as causadoras da depressão. O autor afirma que a pessoa deprimida apresenta uma visão extremamente negativa de si mesma, do mundo e do futuro, fenômeno que Beck (1979) denominou de tríade cognitiva.

Ainda segundo a abordagem cognitiva, existe também o modelo de desamparo adquirido (Seligman, 1977). Esse modelo foi inicialmente estudado com animais e, em seguida, Seligman o relacionou com a depressão. O autor revela que situações negativas repetidas e incontroláveis podem levar o sujeito a apresentar o desamparo adquirido, ou seja, a pessoa passa a acreditar que os eventos não podem ser controlados, instalando-se no sujeito alteração de afeto, da auto-estima e da motivação, podendo acarretar transtorno depressivo.

Freud (1917), estudando a diferença entre o sofrimento e a depressão, revelou que, no sofrimento, o mundo se torna vazio e empobrecido, não há uma queda na auto-estima e a perda é consciente. Na melancolia, o processo é inverso: há uma redução na auto-estima, a perda é inconsciente e é o próprio ego do indivíduo que se esvazia e se empobrece. No modelo psicanalítico, a depressão ocorre diante da perda de um objeto de amor, podendo ser uma perda real ou simbólica. Os sentimentos inconscientes de hostilidade para com a pessoa ou objeto perdido são direcionados a si próprio. A depressão poderia ser considerada como uma falha na evolução do processo de elaboração normal do luto e da perda (Mendels, 1972).

2.2. ESTUDOS SOBRE A DEPRESSÃO NA INFÂNCIA

Tentativas de estudar a depressão infantil têm surgido desde o início do século XIX. No entanto, as primeiras tendências de conceituação de depressão em crianças foram realizadas segundo um enfoque psicanalítico, visando à compreensão da psicodinâmica de pessoas deprimidas. Bandin, Sougey e Carvalho (1995) fazem uma revisão histórica dos estudos sobre a depressão e citam Abrahan, em 1912, que conceitua a depressão como perda de um objeto amado, que conduziria a sentimentos de culpa e melancolia. Segue-se Freud, em 1914, que acrescenta sentimentos ambivalentes à perda do objeto amado. Em 1946, Spitz descreve a depressão anaclítica, síndrome característica de bebês institucionalizados, que sofriam de carência afetiva, decorrente da separação materna. Em 1975, Melaine Klein descreve a posição depressiva como uma fase normal do desenvolvimento infantil. Essa posição é característica no bebê de seis meses, e corresponde ao período no qual a criança é capaz de reconhecer o objeto em sua totalidade, e não mais parcialmente. A partir de 1960, psiquiatras se interessam pela depressão como psicopatologia na infância.

Durante muito tempo, pensou-se que a depressão em crianças não existia ou, então, seria muito rara nessa população. No entanto, a partir da década de 60, alguns estudos foram realizados e atualmente não há dúvida quanto à ocorrência de depressão na infância (Bandim *et al.*, 1995; Baptista e Golfeto, 2000; Andriola e Cavalcante, 1999; White, 1989; Soares, 2003). A maioria das pesquisas sobre depressão são realizadas com adultos e, muitas vezes, os mesmos critérios de diagnóstico e avaliação utilizados para o adulto são também usados para a identificação dos sintomas na criança e adolescente, não raro sem as necessárias adaptações.

Apesar das controvérsias e dificuldades no diagnóstico, é sabido que a depressão envolve uma série de alterações no funcionamento de uma pessoa. Um indivíduo com sintomas depressivos pode vir a apresentar sérios comprometimentos nas relações sociais e familiares, bem como no desenvolvimento cognitivo, social, escolar e emocional (Baptista, 1999).

Rehm e Sharp (1999) descrevem que existe uma discordância no estudo de critérios diagnósticos da depressão infantil. Afirmam que a depressão em pessoas bem mais jovens pode assumir formas diferentes do transtorno no adulto. No entanto, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM IV (1995) – descreve que os sintomas básicos de um quadro de depressão maior são os mesmos para crianças e adolescentes, de forma que a depressão na população infantil pode ser diagnosticada pelos mesmos critérios que a depressão maior, no adulto. Segundo esse manual, os sintomas de depressão são: humor deprimido na maior parte do dia, falta de interesse nas atividades diárias, alteração de sono e apetite, falta de energia, alteração na atividade motora, sentimento de inutilidade, dificuldade para se concentrar, pensamentos ou tentativas de suicídio. Para o diagnóstico de um episódio depressivo maior é necessário que o indivíduo apresente pelo menos cinco dos sintomas citados, sendo que um dos sintomas deve ser o humor deprimido ou falta de interesse e deve ocorrer em um período de pelo menos duas semanas.

Apesar de no DSM não existir uma diferenciação quanto à depressão infantil e à depressão no adulto, ainda assim alguns autores contradizem e afirmam que a sintomatologia da depressão na criança pode se manifestar de forma diferenciada e atípica, em função de algumas variáveis como idade e fases do desenvolvimento. Por exemplo, é freqüente que uma criança apresente um humor irritável em vez de tristeza e melancolia. É comum o adolescente sentir tédio, sensação de vazio em vez de humor deprimido (White, 1989). Essas manifestações atípicas da sintomatologia depressiva enfatizada por alguns autores contribuem para o conceito de “depressão mascarada” e equivalente depressivo. O conceito de depressão mascarada surgiu por volta da década de 70 para caracterizar a depressão na criança e no adolescente e é discutido até os dias atuais. Esse conceito sugere que a depressão infantil pode ocorrer, porém é mascarada por outros problemas de comportamento (Simões, 1999; Ajuriaguerra, 1976; Lippi, 1985).

A depressão mascarada é bastante comum em crianças e adolescentes, onde a sintomatologia não é clássica e pode aparecer de forma reduzida. Segundo Weiner (1970) e Steinberg (1983), o adolescente dificilmente apresenta tristeza e melancolia, normalmente seus sintomas são: tédio, nervosismo, isolamento familiar e social, promiscuidade sexual, fadiga, sintomas físicos, alterações de sono e apetite, problemas

somáticos, dificuldades escolares, ansiedade, obsessão, fobias, tentativas de suicídio e condutas delinquentes ou anti-sociais (*apud* Chabrol, 1990). Na verdade, os autores revelam que a depressão mascarada trata-se de uma desordem depressiva sem a modificação depressiva do humor.

Jacobsen, Lahey e Strauss (1983) acreditam que o conceito de depressão mascarada tenha surgido em resposta à observação clínica de que a depressão nas crianças raramente acontece, a não ser quando acompanhada por outros problemas de comportamento. Ainda segundo esses autores, a depressão seria então secundária a outros problemas que a criança está vivenciando, como ansiedade e desordem de conduta. Esse pensamento sem dúvida implica uma série de mudanças, inclusive de diagnóstico e tratamento. O tratamento mais adequado deveria, então, focalizar os outros problemas de comportamento e não a depressão infantil (Jacobsen, Lahey e Strauss, 1983). Mas, assim como apontam os autores, esse ainda é um ponto pouco pesquisado, que certamente precisa ser mais investigado a fim de clarificar essas hipóteses.

White (1989) acrescenta outros sintomas da depressão infantil: tristeza; baixo autoconceito e baixa auto-estima; isolamento social; sentimento de rejeição; pouca energia para fazer atividades físicas e de lazer; cansaço; dificuldade para iniciar tarefas; dificuldade de atenção e concentração; irritabilidade e agressividade; medo inexplicado; transtornos alimentares; transtornos de sono; distúrbios orgânicos (dor de cabeça, de barriga); ideação ou tentativas de suicídio. Kaslow, Rehm e Siegel (1984) e Colbert *et al.* (1982) acrescentam a fobia escolar e a enurese secundária como prováveis sintomas de depressão. De forma geral, na depressão, tanto no adulto como na criança, ocorrem alterações na forma de pensar, mudanças de humor, de comportamento e alterações orgânicas (Seligman, 1992; Beck *et al.*, 1997 e White, 1989).

Seligman (1992) considera que a desesperança e o pessimismo, tão frequentes na depressão, podem contribuir para a criança ou adolescente apresentar pensamentos de morte ou até mesmo em iniciar tentativas e atos suicidas. O suicídio na criança e no adolescente tem sido analisado por alguns autores (Reynolds e Mazza, 1994; Cassorla, 1987; Feijó, Raupp e John, 1999 e Lippi, Pereira, Soares e Camargo, 1990) e, segundo eles, avaliar e identificar a incidência de suicídio consiste numa tarefa extremamente complexa, uma vez que envolve uma série de fatores, dentre eles, aspectos sociais,

religiosos, familiares e culturais. Além disso, não é possível obter uma idéia real do número de suicídios, pois, muitas vezes, são omitidos pelos familiares dos sujeitos ou até mesmo desconhecidos por eles. Cassorla (1987), partindo do ponto de vista psicanalítico, descreve a possibilidade de ocorrência de suicídio sem a consciência do próprio sujeito, mostrando que o número de suicídios provavelmente seja maior do que o descrito na literatura. Mendels (1972) escreve que os dados sobre incidência de suicídio não correspondem à realidade. Para o autor, esse número deve ser pelo menos duas ou três vezes maior do que o revelado. Afirma ainda que há, em média, quatro ou cinco tentativas para cada suicídio.

A depressão pode ou não estar associada ao suicídio. São muitos os fatores que contribuem para uma pessoa tentar o suicídio, e a depressão, sem dúvida, desempenha um papel fundamental nesse contexto. Normalmente, o suicídio é visto como a única saída para os problemas atuais. Na verdade, consiste em um mecanismo de evitação/fuga das dificuldades, ou ainda pode ocorrer devido a intensos sentimentos de culpa e desespero. E diante dessa inundação de emoções negativas, a pessoa acredita que merece morrer, atuando, nesse caso, como um mecanismo de autopunição (Mendels, 1972). A motivação para o suicídio ocorre também diante da visão de que essa é a única saída para o indivíduo se livrar do intenso sofrimento psíquico (DSM IV, 1995).

O suicídio em crianças é raro (Reynolds e Mazza, 1994). Em São Paulo, em 1975, ocorreu um suicídio na faixa de 5 a 9 anos; cinco na faixa de 10 a 14 e 25 suicídios na faixa de 15 a 19 anos. O estudo revelou ainda que até os 19 anos não havia diferença de gênero, mas, a partir dos 20 anos, os homens apresentam duas vezes mais tentativas de suicídio do que as mulheres (Mello, 1979, *apud* Cassorla, 1987).

O pessimismo é uma outra característica preocupante na depressão. O pessimismo é caracterizado pelos pensamentos negativos e pela desesperança. Como escreveu Seligman (1992), a “*depressão é a expressão máxima do pessimismo*” (p. 21). Para o autor, a depressão, muitas vezes, se instala em função do pessimismo e de pensamentos negativos que o indivíduo possui sobre si mesmo, sobre os outros e sobre o futuro. Na verdade, a pessoa interpreta os acontecimentos e situações de sua vida de forma extremamente negativa e distorcida da realidade. Na criança, o pessimismo também pode existir e pode se instalar desde muito cedo. Normalmente, surge através do que Seligman

(1992), denominou de “estilo explicativo”, que nada mais é do que a maneira como os pais interpretam as situações do dia-a-dia e as explicam para o filho. Para Seligman (1992), o estilo explicativo da criança se desenvolve a partir do estilo explicativo da mãe, de críticas de adultos significativos para a criança e, por último, mediante situações de conflito vivenciadas pela criança, como: separação dos pais, mudança de escola, morte de um ente querido e estresse.

Dessa forma, os pais ou pessoas significativas têm grande parcela de contribuição no aparecimento e na manutenção da depressão na criança. Muitas vezes, os pais também estão deprimidos e, pelo modelo e aprendizagem, essa criança passa a conhecer as formas disfuncionais e pessimistas do “pensar” de seus pais. As crianças estão sempre atentas às atitudes e à maneira como seus pais explicam os acontecimentos da vida cotidiana. Se os pais os interpretam de forma negativa, é essa a maneira como a criança vai aprender e ver o mundo. Beardslee e Wheelock (1994) revelam que as crianças cujos pais apresentam uma desordem afetiva estão em um grupo de risco para o desenvolvimento de uma psicopatologia, especialmente a depressão.

São diversos os fatores de risco que podem contribuir para o aparecimento e manutenção de um quadro depressivo. Baptista (1997) descreve a diversidade de variáveis que atuam como fatores de risco para depressão, dentre elas: prévia história de depressão; ser mulher; viver em uma família disfuncional; baixa educação dos pais; grande número de eventos estressantes e pouco suporte social; nível subclínico de depressão; ansiedade; comportamentos suicidas; ser fumante; baixa auto-estima; elevado autoconhecimento; cognições relacionadas à depressão; problemas na escola, competência intelectual e técnicas de enfrentamento reduzidas; inabilidade física ou problemas de saúde; excessiva dependência interpessoal; comportamentos sociais problemáticos; morte prematura de um dos pais e precoce ou tardia maturação pubertária (citando Lewinsohn *et al.*, 1994).

No que se refere à incidência de sintomatologia depressiva quanto ao gênero, Steinberg (1989) coloca que, antes da fase da adolescência, a incidência parece ser maior entre os meninos e, após a adolescência, esse quadro se inverte, e as meninas passam a apresentar maior índice de depressão do que os meninos. Esses dados são confirmados por outros estudos (Soares, 1993). Kashani e Carlson (1987), por exemplo, avaliando

uma população de pré-escolares, encontraram uma incidência maior também entre os meninos. Esses resultados são semelhantes aos obtidos com a população brasileira (Bandim *et al.*, 1995).

Sem dúvida, a depressão parece integrar fatores sociofamiliares, psicológicos e biológicos, onde as diferentes teorias não se excluem, mas se completam, contribuindo não somente para uma maior compreensão da natureza multicausal desse transtorno, mas também para a concepção do sujeito em sua totalidade biopsicossocial.

2.3. ESTUDOS BRASILEIROS SOBRE A DEPRESSÃO NA INFÂNCIA

Apesar de a depressão infantil ter despertado o interesse de psiquiatras infantis desde os anos 60 (Barbosa e Gaião, 2001), no Brasil ainda são escassos os estudos sobre esse assunto e apenas recentemente se iniciaram pesquisas epidemiológicas acerca da depressão na infância. Assim como na literatura internacional, no contexto brasileiro as pesquisas também mostram que a incidência de depressão tem se revelado bastante variável. A prevalência pode mudar em função da diversidade de fatores regionais, econômicos e pessoais (Barbosa e Gaião, 2001), e a incidência de depressão na infância varia também devido às particularidades na população estudada, contexto e principalmente pelos diversos instrumentos de diagnósticos utilizados (Baptista, Baptista e Dias, 2001).

Barbosa e Gaião (2001) realizaram um estudo epidemiológico no interior do Estado da Paraíba em uma amostra de 807 escolares entre 7 e 17 anos. Utilizaram como instrumento para avaliar os sintomas depressivos o Inventário de Depressão Infantil – CDI –, adaptado e normatizado por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995). Nesse estudo, a prevalência de depressão encontrada foi alta (22%). Os resultados revelaram também uma incidência maior de casos nas faixas etárias de 13 e 14 anos de idade, confirmando os dados da literatura internacional.

Já Baptista e Golfeto (2000) encontraram uma prevalência baixa de sintomas depressivos em uma amostra de escolares de 7 a 14 anos. A taxa de incidência foi de 1,48%, com predominância maior no sexo feminino e em crianças acima de 10 anos. Os autores utilizaram uma amostra de 135 sujeitos, estudantes de uma escola particular da cidade de Ribeirão Preto e de nível socioeconômico elevado. Também utilizaram o CDI – Inventário de Depressão Infantil – para avaliar a sintomatologia depressiva. Vale ressaltar que 58% das 320 crianças matriculadas na escola não responderam ao inventário em função da não-autorização dos pais. Os estudos de Barbosa e Gaião (2001) e Baptista e Golfeto (2000) revelam o quanto pode variar a incidência dos sintomas de depressão.

Bandim *et al.* (1995) tiveram como objetivo conhecer dados epidemiológicos da depressão, observar e caracterizar o perfil de sintomas depressivos em uma população de crianças do Recife. Essas crianças eram atendidas em um ambulatório com idade variando entre 6 e 14 anos. As 32 crianças que participaram desse estudo preencheram os critérios do DSM III-R para depressão maior, distímia e distúrbio de ajustamento com humor deprimido. Os autores encontraram os seguintes resultados: 12,5% das crianças receberam diagnóstico de depressão maior; 68,75% de distímia e 18,75% para distúrbio de ajustamento. Observaram também que a maioria das crianças com alteração de humor eram do sexo masculino e a maior parte entre 11 e 14 anos de idade. Quanto à caracterização dos sintomas, concluíram que na distímia a sintomatologia mais freqüente foi: humor irritável seguido pela queda do rendimento escolar, falta de concentração, isolamento social e, por último, humor deprimido.

Na depressão maior, o humor deprimido aparece na maioria dos sujeitos, associado à queda no rendimento escolar e diminuição no peso. No distúrbio de ajustamento com humor deprimido, os sintomas mais comuns foram: humor deprimido, humor irritável e apatia, seguidos por uma queda no rendimento escolar. Nesse estudo, a dificuldade escolar surge como um sintoma nos três tipos de transtorno de humor. Na distímia, o baixo rendimento escolar ocupa o segundo lugar na classificação de sintomas mais freqüentes, enquanto na depressão maior, as dificuldades escolares e tristeza ocupam o primeiro lugar. Os autores concluíram que à medida que se aproxima o período da adolescência, há um aumento importante do número de casos de depressivos.

Salientaram também que existem alguns indicadores que facilitam o diagnóstico de distúrbios depressivos, como queda no rendimento escolar, tristeza e disforia.

Hallak (2001) avaliou 602 escolares de 7 a 12 anos de uma escola pública da cidade de Ribeirão Preto. A incidência de depressão foi de 6% quando avaliada pelo Inventário de Depressão Infantil (CDI) e houve uma prevalência de 3% utilizando a Escala de Sintomatologia Depressiva para Professores (ESDM-P).

Curatolo (2001), com o objetivo de avaliar a sintomatologia depressiva em escolares entre 7 e 12 anos de idade, aplicou o CDI em 578 sujeitos de primeira a quarta série. Obteve uma incidência de 21,1% de sintomas depressivos e, entre os sinais, os mais freqüentemente relatados foram: queixas físicas, disforia, ansiedade, irritabilidade, tristeza, choro e pensamentos negativos. A autora encontrou uma diferença de gênero no que tange à sintomatologia. São mais comuns nos meninos sintomas como disforia, ansiedade e irritabilidade, enquanto nas meninas são mais freqüentes a tristeza e o choro.

Estudos com pré-escolares também são raros na população brasileira, talvez pela dificuldade de se avaliarem estados internos nessa faixa etária. Apesar disso, Andriola e Cavalcante (1999) avaliaram a depressão infantil em crianças da pré-escola, através de informações colhidas com os professores pela Escala de Sintomatologia Depressiva para Professores (ESDM-P). A amostra foi de 345 crianças da cidade de Fortaleza, entre 5 e 6 anos e de ambos os sexos. Esse estudo revelou uma prevalência de depressão de 3,9%. Diferenças significativas em relação ao gênero não foram encontradas. Os autores enfatizam a importância de um diagnóstico em fases iniciais da infância, uma vez que, se os sintomas depressivos não forem identificados, causam uma série de dificuldades como baixa auto-estima, queda no rendimento escolar e problemas na interação social.

Diante de uma amostra específica, como, por exemplo, crianças vítimas de maus-tratos, crianças com dificuldades de aprendizagem, vítimas de queimaduras, ou que abusam de drogas, a incidência de sintomas depressivos revela-se mais elevada, também confirmando dados da literatura internacional (Amaral e Barbosa, 1990; Oshiro, 1994; Wright-Strawderman e Watson, 1992; Hall e Haws, 1989; Downey, Feldman, Khuri e Friedman, 1994; Johnson, Boney e Brown, 1991; Allen e Tarnowski, 1989).

Amaral e Barbosa (1990), por exemplo, investigaram estados depressivos em uma população específica de crianças vítimas de queimaduras e portadoras de seqüelas de queimaduras em áreas visíveis do corpo, comparando-as com um grupo de crianças que não são portadoras de seqüelas de queimaduras. Utilizou a Escala de Auto-avaliação de Depressão para Crianças (Amaral, 1990) para identificar os sintomas de depressão. Estudou 36 crianças entre 8 e 12 anos, que foram divididas em quatro grupos: crianças queimadas do sexo masculino e sexo feminino e crianças não queimadas do sexo masculino e feminino. Os resultados indicaram um índice maior de depressão no grupo de crianças vítimas de queimaduras do sexo feminino, confirmando dados da literatura. Nesse grupo, a incidência foi de 38,9%, enquanto no grupo de crianças não queimadas a prevalência foi de 22,2%.

Oshiro (1994), por sua vez, investigou sinais de depressão em crianças que sofreram violência familiar e abandono. Os sujeitos tinham entre 6 e 11 anos de idade e eram de nível socioeconômico baixo. Os dados revelaram que as crianças que experienciaram essas situações mostraram depressão moderada e os sintomas mais comuns foram: medo, raiva, culpa, tristeza e perda de interesse pelas atividades e pelas pessoas.

Nunes (1990) analisou a relação entre fracasso escolar, desamparo adquirido e depressão em crianças de nível socioeconômico baixo. A presença de desamparo foi verificada através das atribuições de causalidade diante de experiências de fracasso. Categorizou as atribuições em três dimensões: controle (interna/externa); constância (estável/instável) e generalidade (global/específica). Definiu o desamparo como sendo uma atribuição interna, estável e global para o fracasso. Nesse estudo, procurou conhecer o padrão de atribuição para o fracasso mais freqüente em crianças de segunda e terceira séries. Os dados revelam que existe uma acentuada diferença entre as crianças com vivências de fracasso e as crianças com história de sucesso. As primeiras assumem a responsabilidade diante dos eventos, acreditando que eles sejam permanentes e generalizáveis, caracterizando o desamparo. As crianças com experiências de sucesso escolar também se responsabilizam pelos eventos, mas os percebem como instáveis e específicos a uma determinada situação, sendo portanto passíveis de mudança. Na verdade, os dados de Nunes (1990) revelam que crianças com história de fracasso escolar

sentem-se impotentes diante de eventos. Impotência essa que contribui para que se instalem na criança baixa auto-estima, falta de motivação e um sentimento de desesperança, que, por sua vez, podem levá-la a apresentar sintomas depressivos. A autora concluiu que há uma predisposição maior das crianças com experiências de fracasso escolar em apresentarem sentimentos de desamparo e traços depressivos.

Os estudos descritos mostram o quadro de pesquisas brasileiras acerca da depressão infantil e confirmam a diversidade na prevalência de sintomas depressivos na infância, revelando uma alta prevalência quando os sujeitos apresentam outras dificuldades associadas. A variação na incidência de depressão infantil não acontece somente nos estudos brasileiros. Angold (1988), em uma revisão da literatura internacional, encontrou dados entre 0% e 61% de prevalência de sintomas depressivos. Segundo Poznanski e Mokros (1994), são diversos os fatores que contribuem para essa variabilidade. De acordo com os autores, é necessário considerar, nesses estudos, as diferenças na população estudada (população normal x população clínica), os diferentes métodos de avaliação (entrevista clínica x questionários ou inventários de auto-avaliação), a definição de depressão (sintoma x síndrome) e métodos para definir a evidência de depressão (critérios de diagnóstico e ponto de corte). Baptista e Golfeto (2000) lembram ainda que, além desses fatores, as diferenças regionais, econômicas e culturais na população brasileira podem contribuir para a diversidade dos resultados encontrados.

2.4. MENSURAÇÃO DE DEPRESSÃO INFANTIL

O diagnóstico de depressão infantil consiste em um dos maiores problemas nos estudos de prevalência. Segundo Amaral e Barbosa (1990), há uma grande dificuldade em encontrar instrumentos de diagnósticos validados e adaptados para a população brasileira, o que torna a investigação desses distúrbios ainda mais difícil e complexa.

Técnicas de observação, escalas e inventários de auto-avaliação, entrevistas estruturadas e semi-estruturadas têm sido amplamente utilizados por pesquisadores para medir a ocorrência de sintomas depressivos em crianças e adolescentes (Simões, 1999;

Reynolds e Johnston, 1994; Harrington, 1993). Essas medidas podem ser realizadas com a própria criança, com sua família, professores ou com seus amigos.

A seguir serão brevemente citadas as principais entrevistas e escalas utilizadas na avaliação da sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes.

A Child Assessment Schedule (CAS) é uma entrevista semi-estruturada, desenvolvida por Hodges e Fitch (1979). Existem três versões dessa entrevista, uma direcionada para crianças de 5 a 7 anos, uma para crianças de 7 a 12 anos e uma usada para adolescentes. Existe ainda uma versão paralela para os pais. Para sua utilização, faz-se necessário treinamento prévio do entrevistador para a administração correta da mesma (Simões, 1999; Harrington, 1993; Hodges, 1994).

A Interview Schedule for Children (ISC) e Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS) também são entrevistas semi-estruturadas. A primeira foi desenvolvida por Kovacs (1985) e dispõe de um número reduzido de pesquisas; já a K-SADS foi construída por Puig Antich e Chambers em 1978, podendo ser empregada para crianças entre 6 e 17 anos de idade. Deve ser aplicada por um entrevistador experiente e normalmente os pais da criança são entrevistados em primeiro lugar. O entrevistador leva aproximadamente uma hora com cada um dos informantes. Duarte e Bordin (2000) citam que já existe uma versão brasileira da K-SADS.

As entrevistas semi-estruturadas servem apenas como um roteiro para o entrevistador e se caracterizam pela flexibilidade quanto ao número de perguntas e à forma como as questões são formuladas, o que, sem dúvida, conduz à subjetividade no diagnóstico. Devido a essas características, os autores (Simões, 1999; Harrington, 1993; Hodges, 1994) sugerem que sua aplicação deva ser concretizada por profissionais com aprofundada formação clínica.

Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA) é uma entrevista altamente estruturada desenvolvida pelos autores Herjanic, Herjanic, Brown e Wheatt (1975). É apropriada para crianças e adolescentes de 6 a 17 anos e também possui uma versão (DICA-P) para os pais (Simões, 1999; Harrington, 1993; Hodges, 1994).

Assim como a DICA, a Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) também é uma entrevista altamente estruturada, utilizada para crianças entre 6 e 17 anos.

Foi desenvolvida por Costello, Edelbrock, Dulcan, Kalas e Klaric em 1984. A DISC-P é uma versão paralela desenvolvida para os pais. A versão para crianças é formada por 264 itens e normalmente são necessários 40-60 minutos para ser completada. Foi realizada de acordo com os critérios do DSM III e os autores sugerem treinamento prévio do entrevistador (Harrington, 1993; Hodges, 1994).

As avaliações objetivas, como questionários, escalas de auto-avaliação e inventários são instrumentos mais aplicados no contexto científico e são os preferidos em relação às entrevistas clínicas (Gouveia *et al.*, 1995), uma vez que são métodos que diminuem a subjetividade, reduzindo a inferência e o efeito da opinião pessoal do pesquisador ou clínico.

Simões (1999) coloca que a depressão consiste em um problema de “expressão internalizante”, já que grande parte dos sintomas apresentados por alguém deprimido são sintomas internos, como tristeza, baixa auto-estima, falta de valor e desesperança, sendo muitas vezes de difícil observação por outras pessoas. Por ser a depressão um problema internalizante, seu principal impacto ocorre na própria criança e não nas pessoas que convivem com ela, o que, por sua vez, dificulta o reconhecimento e tratamento da problemática (Murphy *et al.*, 1982, citados por Calil e Pires, 2000; Reynolds e Johnston, 1994).

Segundo Simões (1999), os inventários e escalas de auto-avaliação são instrumentos essenciais na avaliação de problemas internalizantes, no entanto, ressalta que os inventários não substituem as entrevistas como método de diagnóstico da depressão.

Existem numerosos instrumentos dessa espécie e alguns serão abordados, brevemente, a seguir.

A Children's Depression Scale (CDS) é uma escala de auto-avaliação muito utilizada para discriminar crianças com ou sem depressão, com idade entre 6 e 16 anos. Foi desenvolvida por Lang e Tisher em 1978. É composta por 66 itens distribuídos em cinco subescalas que avaliam resposta afetiva, problemas sociais, auto-estima, preocupação e culpa. Dispõe também de uma versão para pais CDS-A (Simões, 1999; Harrington, 1993; Reynolds, 1994).

A Depression Self-Rating Scale (DSRS), desenvolvida por Birmaher em 1981, consiste em um questionário de auto-avaliação de 18 itens, que examina aspectos cognitivos, comportamentais e afetivos da depressão. Pode ser empregada em crianças entre 7 e 13 anos de idade (Birmaher, 1981; Simões, 1999; Harrington, 1993; Reynolds, 1994; Fonseca *et al.*, 2002).

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, respondidos em uma escala de quatro pontos (“quase nunca”, “algumas vezes”, “muitas vezes”, “sempre”). Existe uma versão para adolescentes (RADS), também com 30 itens que avaliam a gravidade da sintomatologia depressiva quanto aos aspectos cognitivos, somáticos, psicomotores e interpessoais (Reynolds, 1994).

O Children’s Depression Inventory – CDI (Kovacs, 1992) – foi o primeiro instrumento realizado para estudar os sintomas depressivos. O CDI foi elaborado por Kovacs em 1983 e surgiu de uma adaptação do BDI – Beck Depression Inventory. O CDI é uma escala de auto-avaliação destinada a identificar os sintomas de depressão em pessoas de 7 a 17 anos e tem sido largamente usado em estudos epidemiológicos internacionais e brasileiros. Fristad, Emery e Beck (1997) investigaram o uso do CDI mediante a análise de artigos por um período de dois anos. Dos artigos avaliados, 65% utilizaram o CDI ou inventário de auto-avaliação. Alguns estudiosos, como Fristad *et al.* (1997), recomendam o uso cuidadoso do CDI, principalmente no que se refere a administração e interpretação dos resultados. Afirmam que o inventário serve para identificar sintomas depressivos e não é um instrumento de diagnóstico clínico. Daí a preocupação, no presente estudo, em falar de sintomas depressivos e não de depressão ou transtorno depressivo, já que para esse último, o diagnóstico deve ser mais detalhado e realizado mediante uma associação de instrumentos.

Além das escalas de auto-avaliação, são empregados também na identificação dos sintomas de depressão infantil instrumentos aplicados por observadores, ou seja, são métodos de avaliação normalmente respondidos pelos pais, professores e profissionais que se relacionam com a criança em questão. Um exemplo consiste na Escala de Sintomatologia Depressiva para Professores – ESDM-P – elaborada por Domenech e Polaino-Lorente (1990), citados por Andriola e Cavalcante (1999) e por Barbosa e Gaião

(2001). Essa escala permite a identificação de sintomas de depressão mediante informação de professores e uma versão adaptada já tem sido utilizada em alguns estudos brasileiros (Andriola e Cavalcante, 1999 e Barbosa e Gaião, 2001).

Dessa forma, conclui-se que são muitos os tipos de instrumentos utilizados na avaliação e diagnóstico da depressão infantil. Segundo Harrington (1993), ainda não existe um único instrumento para avaliar todos os aspectos da depressão e as medidas existentes certamente apresentam 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.

2.5. DEPRESSÃO INFANTIL e RENDIMENTO ESCOLAR

Grande parte dos estudos acerca de depressão infantil foram realizados no ambiente escolar. Apesar disso, poucos são aqueles que relacionam sintomas depressivos com rendimento escolar e, menos ainda, os que os correlacionam com as estratégias de aprendizagem.

Pesquisas têm encontrado evidências de que a incompetência acadêmica está relacionada a depressão infantil, problemas de comportamento e baixa auto-estima (Blechman, McEnroe e Carella, 1986; Blechman, Tinsley, Carella e McEnroe, 1985 e Cole, 1990). De acordo com o estudo de Cole (1990), crianças pouco competentes academicamente e socialmente apresentavam mais sintomas depressivos do que crianças competentes. Dados semelhantes foram encontrados por Blechman, McEnroe e Carella, (1986) e Blechman, Tinsley, Carella e McEnroe (1985).

A incidência de sintomas depressivos em crianças com dificuldades escolares é considerada alta principalmente quando comparada com a taxa de prevalência de sintomatologia de depressão na população infantil sem dificuldades de aprendizagem (Wright-Strawderman e Watson, 1992; Hall e Haws, 1989; Colbert *et al.*, 1992; Feshbach e Feshbach, 1987; Stenvenson e Romney, 1984; Palladino, Poli, Masi e Marcheschi, 2000; Pérez e Urquijo, 2001 e Goldstein, Paul e Cohn, 1985).

Wright-Strawderman e Watson (1992) avaliaram a incidência de sintomatologia depressiva em crianças de 8 a 11 anos com dificuldades de aprendizagem. As 53 crianças de 3^a, 4^a e 5^a séries de seu estudo responderam ao Inventário de Depressão Infantil (CDI) a fim de se identificarem os sintomas de depressão. Os resultados indicaram que uma alta taxa (35,85%) das crianças com dificuldades de aprendizagem apresentavam sintomatologia depressiva. Os autores não encontraram diferenças significativas quanto ao gênero.

Um outro estudo (Hall e Haws, 1989) procurou identificar o nível de depressão em uma amostra de 100 alunos, divididos em dois grupos: 50 alunos com dificuldade de aprendizagem que freqüentavam um programa especial e 50 alunos sem dificuldade de aprendizagem que freqüentavam o programa regular. Os sujeitos eram crianças de 4^a, 5^a e 6^a séries. Para que fossem avaliados os sintomas depressivos, as crianças responderam ao CDI, enquanto os professores preencheram uma escala de comportamento desenvolvida segundo os critérios do DSM III para depressão. Os resultados sugeriram que os alunos com dificuldades de aprendizagem apresentavam escores significativamente mais altos no CDI. Houve também uma relação positiva entre os relatos dos alunos com os do professor, ou seja, aquelas crianças com alta pontuação no CDI foram apresentadas como tendo mais sintomas de depressão pelo professor. Esse estudo mostra que a percepção do professor na identificação desses sintomas depressivos foi bastante adequada e pertinente, diferentemente de quando os sujeitos são os pais das crianças. A relação entre respostas de crianças deprimidas e as de seus pais não foi significativa no estudo de Wright-Strawderman e Watson (1992). Na realidade, os pais demonstraram dificuldades em reconhecer os sintomas de depressão em seus filhos, tornando esse problema ainda mais complexo e perigoso. No entanto, é importante ressaltar que nem todos os estudos cujo objetivo é avaliar a consistência da relação de respostas entre crianças deprimidas e seus professores apresentam resultados semelhantes aos sugeridos pelos autores Hall e Haws (1989). O estudo de Colbert, Newman, Ney e Young (1992), por exemplo, revelou que os professores, assim como os pais, podem ter dificuldades para reconhecer os sintomas de depressão em seus alunos e em seus filhos, respectivamente. Esses autores afirmam que os educadores podem não estar identificando adequadamente a sintomatologia nas crianças. Na verdade, o que parece ocorrer é que muitas vezes o

professor, em vez de reconhecer no seu aluno os sintomas depressivos, acaba por fazer um diagnóstico de dificuldade de aprendizagem, o que acarreta uma intervenção incorreta, conseqüentemente baixando ainda mais a auto-estima do aluno e contribuindo para acentuar a sintomatologia depressiva.

Colbert e cols. (1992) fizeram essa discussão quando avaliaram 282 crianças de 6 a 14 anos, que foram previamente encaminhadas a uma unidade de psiquiatria infantil. O objetivo dos autores consistia em conhecer a incidência de depressão nessa população e os resultados revelaram que 54% dos sujeitos apresentavam depressão, segundo os critérios do DSM III. O número de meninos deprimidos foi maior que o número de meninas deprimidas. De acordo com os autores, os sujeitos raramente eram identificados como tendo depressão por seus professores e não raro eram rotulados como rebeldes, agressivos, delinqüentes e até psicopatas. Outro dado relevante no estudo dos autores consiste no fato de que os resultados indicaram que as crianças com depressão apresentavam um baixo rendimento escolar, embora fossem crianças capazes intelectualmente e sem dificuldades de aprendizagem específica.

Brumback, Jackoway e Weinberg (1980), citando Malmquist (1977), afirmam que a depressão em crianças está normalmente associada com baixo rendimento escolar e fracasso acadêmico, de forma que a partir dessa constatação, alguns autores têm sugerido a relação entre depressão e baixo nível de inteligência.

Brumback *et al.* (1980) avaliaram 100 crianças com problemas escolares, com idade entre 5 e 12 anos, sem problemas neurológicos e com QI (Quociente de Inteligência) acima de 75, de acordo com o WISC. Os resultados revelaram que 62 crianças preenchiam os critérios para diagnóstico de depressão. Comparando o grupo de deprimidos e o de não deprimidos, não foram encontradas diferenças significativas quanto ao desempenho nos subtestes de inteligência. Nas provas de leitura, aritmética e ortografia, o desempenho também não foi diferente entre os dois grupos. Os autores concluem que a falta de diferença no desempenho no teste de inteligência entre grupo de deprimidos e grupo de não deprimidos sugere que o baixo rendimento escolar pode ser resultado da depressão em si e não de um déficit intelectual. Nesse caso, os problemas escolares estariam atuando como uma possível expressão da depressão, diretamente

relacionada à falta de interesse da criança em participar das tarefas escolares e em função dos sentimentos de autodesvalorização. Um outro achado importante desse estudo foi que o baixo desempenho escolar de crianças deprimidas não produz necessariamente uma redução nas habilidades escolares, já que não houve diferenças significativas nas tarefas de aritmética, leitura e ortografia entre os dois grupos.

Resultados similares foram encontrados por Mokros, Poznanski e Merrick (1989), que também não verificaram evidências na relação depressão e inteligência. Os autores avaliaram 42 crianças com dificuldades de aprendizagem, sendo que, dessas, 27 foram identificadas como manifestando sintomas depressivos. Comparando os grupos de crianças deprimidas e não deprimidas quanto ao desempenho no teste de inteligência, também avaliado pelo WISC, constatou-se que não houve diferença entre os grupos. Sua hipótese era de que crianças deprimidas teriam mais dificuldade no subteste de execução do WISC, hipótese esta já confirmada em estudos anteriores (cita Brumbach, 1985). No entanto, de acordo com os resultados, não houve discrepância entre subtestes verbal e execução do WISC nas crianças deprimidas. Mokros *et al.* (1989) consideram que dificuldades de aprendizagem podem ser confundidas com sintomas de uma desordem afetiva como, por exemplo, a depressão. Uma criança pode, na verdade, apresentar uma desordem afetiva e ser diagnosticada como tendo dificuldades de aprendizagem. Os autores recomendam, ao profissional que tem diante de si uma criança com dificuldade de aprendizagem, que avalie também a possibilidade dessa criança apresentar sintomas depressivos (citando Hunt e Cohen, 1984).

Weinberg, McLean, Snider, Nuckols, Rintelmann, Erwin, e Brumback (1989) também investigaram a relação entre problemas escolares e depressão. Encontraram alta incidência (35%) de depressão em crianças entre 6 e 15 anos com dificuldade de aprendizagem. Os autores colocam que quando depressão e dificuldades escolares ocorrem em uma mesma criança, é importante considerar se a depressão é primária e, portanto, causa da dificuldade escolar, ou se é secundária, ou seja, a depressão como resultado do fracasso escolar, pois somente depois dessa avaliação é possível a indicação da terapêutica mais apropriada.

Quando se depara com diferenças entre crianças deprimidas e não deprimidas, levanta-se uma série de questionamentos visando a identificar as possíveis variáveis que contribuem para tal diferenciação. Por que esse grupo de crianças é diferente? Por que atinge resultados escolares diferentes? Já que alguns estudos revelam que não há diferenças significativas quanto ao nível intelectual, as diferenças no rendimento acadêmico poderiam ser explicadas em termos de funcionamento afetivo. Talvez pelo fato de o funcionamento afetivo e cognitivo de uma criança com depressão ter se revelado de forma alterada quando comparado ao de uma criança sem depressão ou com outras desordens afetivas (Kendall *et al.*, 1990 e Viana, Votta, Felício e Fu, 2001), ou seja, o funcionamento psicológico das crianças com sintomas depressivos é próprio e característico do estado de depressão, uma vez que difere daquele das crianças com outras problemáticas (McCauley, Burke, Mitchell e Moss, 1988).

Viana *et al.* (2001) investigaram características psicodinâmicas de crianças de 6 a 11 anos, com diagnóstico de depressão maior. Os dados indicaram que essas crianças apresentaram, em suas histórias, temas referentes a desamparo, solidão, tristeza e desesperança. São crianças que apresentam um empobrecimento do ego, comprometimento de recursos simbólicos, bem como confusão perante as figuras parentais.

Stevenson e Romney (1984) compararam crianças de 8 a 13 anos, com sintomas depressivos e sem sintomas depressivos, sendo que ambos os grupos eram formados por alunos com problemas escolares. Concluíram que não existia diferença significativa entre os dois grupos quanto a sexo, idade, tipo de dificuldade escolar e inteligência, mas existia diferença no que se refere aos comportamentos e ao funcionamento afetivo. As crianças do grupo de deprimidos tinham baixa auto-estima, eram mais isoladas e retraídas, mais indisciplinadas, mais sensíveis e superprotegidas. Apresentavam também maior labilidade emocional e eram mais propensas a sentimentos de culpa e preocupação.

De acordo com McCauley *et al.* (1988), as cognições e pensamentos de crianças com sintomas depressivos se caracterizam por uma visão negativa e pessimista. McCauley *et al.* (1988) compararam os estilos de pensamentos de um grupo formado por crianças e adolescentes clinicamente deprimidos com os de um outro grupo composto por

sujeitos com outras desordens psiquiátricas, como: hiperatividade, ansiedade de separação, distímia e desordem de conduta. Além de comparar o estilo cognitivo, ou seja, a maneira de pensar e interpretar os acontecimentos, os autores pretendiam saber se o estilo cognitivo estava relacionado ao estado de depressão ou se persistia mesmo após a resolução do episódio depressivo.

Os resultados indicaram que as crianças com sintomas depressivos manifestavam um estilo próprio de pensamento, caracterizado por uma visão negativa de si e do futuro. Normalmente, essas crianças faziam atribuições disfuncionais aos acontecimentos de sua vida. Mais precisamente, apresentavam uma tendência para atribuir causas de eventos positivos como externos, instáveis e específicos. Além disso, esse estilo de pensamento depressivo revelou-se como uma característica das crianças com sintomas de depressão, visto que não foi encontrado em crianças com outras desordens psiquiátricas ou mesmo naquelas que já tinham vivenciado em algum momento de sua vida um episódio depressivo. Dados similares foram encontrados nos estudos de Seligman, Peterson, Kaslow, Tanenbaum, Alloy e Abramson (1984).

Leitenberg, Yost e Carroll-Wilson (1986), com a finalidade de validar o Children's Negative Cognitive Error Questionnaire (CNCEQ), avaliaram 637 crianças de 4^a, 6^a e 8^a séries. Verificaram que os erros cognitivos mais comuns nos sujeitos eram: abstração seletiva, catastrofização, seguidos pela supergeneralização e personalização. Houve uma distorção cognitiva maior na área social, seguida pela acadêmica. Esses autores queriam ainda saber se as crianças com mais sintomas depressivos apresentavam mais erros cognitivos do que as crianças que reportaram menos sintomas de depressão. Para isso, avaliaram 212 crianças e, dentre elas, 42 preencheram o critério para depressão, sendo que 28 eram meninas e 14 meninos. Verificaram que o erro cognitivo mais freqüente no grupo de deprimidos era supergeneralização, seguido pela catastrofização, personalização e, por último, abstração seletiva. Essas crianças apresentavam distorções cognitivas em várias áreas de suas vidas e a área de maior distorção foi a social, seguida pela área escolar.

Esses dados são bastante úteis, pois revelam a importância da cognição de uma criança diante dos eventos de sua vida, independente de serem negativos ou positivos.

Além disso, os pensamentos da criança e os erros cognitivos frente às situações acadêmicas certamente afetarão suas expectativas, a motivação para aprender e seu comportamento em sala de aula ou na realização de tarefas e influenciarão sobremaneira o desempenho escolar dessas crianças. Os estudos sugerem também que crianças com dificuldades de aprendizagem e baixo rendimento escolar apresentam mais sintomas depressivos do que crianças sem dificuldades escolares. Os dados revelam a complexidade do diagnóstico, a dificuldade de profissionais na identificação de ambos os problemas (depressão e dificuldade escolar) e a necessidade de um olhar cauteloso e crítico diante da criança, já que um diagnóstico incorreto implica orientação, encaminhamento e intervenção inadequados (Colbert *et al.*, 1982).

2.6. DEPRESSÃO INFANTIL e ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM

A psicologia cognitiva baseada na teoria do Processamento da Informação tem se preocupado com os processos internos do indivíduo diante de uma situação ou estímulo. Mais precisamente, procura compreender como uma pessoa adquire, armazena, recupera e utiliza uma informação (Boruchovitch, 2001a). A psicologia cognitiva baseada na perspectiva do Processamento da Informação tem contribuído muito para a compreensão do processo de ensino-aprendizagem, clarificando a influência de fatores internos importantes presentes na execução de uma tarefa. Para Dembo (1988), citado por Boruchovitch (1993), uma das principais metas da psicologia cognitiva consiste em ajudar os alunos a se organizarem e a controlarem melhor a sua própria aprendizagem, de forma que uma das áreas que têm sobressaído dentro dessa perspectiva teórica é o conhecimento de formas mais adequadas e eficazes de ensinar o aluno a aprender mediante a aquisição de estratégias cognitivas e metacognitivas de aprendizagem.

O sucesso na vida escolar está relacionado a inúmeros fatores. Os hábitos de estudos dos alunos e a habilidade metacognitiva dos mesmos são aspectos que interferem fortemente na aprendizagem. As técnicas ou métodos que os alunos usam para adquirir uma informação são definidos como estratégias de aprendizagem (Dembo, 1994, citado

por Boruchovitch, 1999a). Pozo (1996) cita a definição de Nisbett, Schucksmith e Dansereau (1987) de que estratégias de aprendizagem são procedimentos e atividades utilizados com o objetivo de facilitar a aquisição, o armazenamento e a utilização da informação.

Existem várias tentativas de categorizar as estratégias. Há alguns autores que diferenciam estratégias de aprendizagem cognitivas e estratégias metacognitivas. Para Flavell (1979), as estratégias cognitivas realizam o processo cognitivo, enquanto as estratégias metacognitivas seriam invocadas com o objetivo de monitorar esse processo cognitivo.

Com o objetivo de rever a literatura acerca da relação estratégias de aprendizagem e desempenho escolar, Boruchovitch (1999a) cita várias classificações de estratégias de aprendizagem. Dentre essas, escreve que Weinstein e Mayer (1985) identificaram cinco tipos diferentes de estratégias, que, posteriormente, foram organizadas por Good e Brophy (1986): estratégias de ensaio, de elaboração, organização, monitoramento e estratégias afetivas. As estratégias de ensaio consistem no comportamento de repetir, seja pela fala ou pela escrita, o material a ser aprendido. As estratégias de elaboração implicam a realização de relações entre o material novo, de um lado, e o material antigo, de outro lado (reescrever, resumir, criar analogias, fazer perguntas e responder a elas). As estratégias de organização consistem na imposição de estrutura ao material, identificando idéias e conceitos, relacionando-os por meio de diagramas e mapas. As estratégias de monitoramento da compreensão estão relacionadas à constante tomada de consciência por parte do aluno de sua compreensão do material a ser aprendido. Já as estratégias afetivas referem-se à eliminação de sentimentos desagradáveis que, quando presentes, influenciariam de forma negativa a aprendizagem (Boruchovitch, 1993; 1999a).

Costa (2000) faz uma extensa revisão da literatura científica a respeito de estratégias de aprendizagem e conclui que, apesar de ainda serem escassos os estudos brasileiros voltados a esse assunto, já existem uma preocupação e um interesse maiores com essa temática por parte dos pesquisadores. A literatura estrangeira é bastante ampla e os estudos disponíveis podem ser classificados em três tipos: a) estudos que procuram relações entre estratégias de aprendizagem e variáveis psicológicas, demográficas e culturais, avaliando as possíveis interferências (Costa, 2000; Boruchovitch, 1999a;

1999b; 2000; 2001c; Schlieper, 2001; Costa e Boruchovitch, 2000b; 2000c); b) pesquisas relativas a programas de intervenções em estratégias, com o objetivo maior de melhorar o desempenho escolar de alunos (Jalles, 1997; Molina, 1983; Lopes, 1997; Santos, 1997); e c) investigações que visam a promover o aperfeiçoamento de educadores quanto a esses conceitos (Andrade, 1982; Crespo, 1983). A partir da análise de pesquisas observou-se que há uma relação direta entre o uso adequado de estratégias de aprendizagem e certas variáveis psicológicas como motivação, auto-eficácia e competência, crenças sobre aprendizagem, interesse, ansiedade, entre outras. Além disso, idade, escolaridade e bom desempenho acadêmico também constituem-se em fatores diferenciais no uso de estratégias (Costa e Boruchovitch, 2000a).

As pesquisas indicam que as estratégias de aprendizagem cognitivas e metacognitivas facilitam a aprendizagem (Garner, 1990; McCombs e Whisler, 1989; Palladino, Poli, Masi e Marcheschi, 2000) e são capazes de melhorar significativamente o rendimento escolar do aluno (Boruchovitch, 1993). No entanto, apesar de serem extremamente relevantes para a aprendizagem adequada, não são suficientes para o sucesso acadêmico, já que diversas variáveis psicológicas e motivacionais, como atribuições para sucesso e fracasso escolar, autoconceito, crenças de auto-eficácia, motivação, ansiedade, entre outras, são fatores determinantes no uso efetivo dessas estratégias (McCormick, Miller e Pressley, 1989, citados por Costa, 2000). O fator psicológico tem se revelado tão importante que nas intervenções em estratégias de aprendizagem acaba recebendo uma atenção especial. Tem sido sugerido que o ensino de estratégias cognitivas e metacognitivas seja acompanhado pelo ensino de estratégias afetivas, visando a acentuar a motivação do aluno, bem como modificar variáveis psicológicas e motivacionais que são incompatíveis com o uso eficiente dessas estratégias (Boruchovitch, 1994; Hattie, Biggs e Purdie, 1996).

A literatura acerca da relação entre fatores psicológicos e o uso de estratégias de aprendizagem é escassa em nosso contexto (Boruchovitch, 1999a; Costa, 2000). Em seu estudo, Costa (2000) investigou o uso de estratégias de aprendizagem de alunos brasileiros do ensino fundamental e verificou as possíveis relações entre o uso de estratégias e o nível de ansiedade. Relações significativas entre ansiedade e o uso de

algumas estratégias de aprendizagem foram encontradas. A ansiedade dos alunos, ora favorecia e ora interferia de forma negativa na utilização das estratégias.

Tobias (1985) propõe o modelo da capacidade cognitiva limitada para explicar como a ansiedade interfere no desempenho escolar do aluno. De acordo com esse modelo, o indivíduo possui uma capacidade cognitiva limitada e, quando está sob uma emoção intensa, no caso a ansiedade, essa capacidade cognitiva se divide; uma parte se volta para o conteúdo escolar e outra parte para as cognições e percepção da ansiedade, tornando menor a atenção voltada às tarefas acadêmicas. Na verdade, a atenção do aluno, que deveria estar totalmente direcionada ao conteúdo escolar, acaba se voltando também para a ansiedade, resultando em um decréscimo no desempenho do aluno. Tanto um alto nível de ansiedade quanto nenhuma ansiedade, parecem afetar de forma negativa o uso de estratégias de aprendizagem, enquanto uma ansiedade moderada pode contribuir positivamente para a aprendizagem e uso de estratégias (Costa e Boruchovitch, 2000a). Quando o aspecto emocional interfere no rendimento escolar, a intervenção em estratégias de aprendizagem, principalmente as estratégias afetivas, se mostra muito relevante.

É extremamente importante conhecer as estratégias de aprendizagem dos alunos, bem como saber até que ponto os fatores emocionais podem interferir no uso dessas estratégias, pois, como enfatizam Costa e Boruchovitch (2000a), esses são aspectos que certamente podem ser modificados mediante a ação de programas de intervenção em estratégias, de forma a favorecer o aproveitamento escolar do estudante. Costa e Boruchovitch (2000a) apontam ainda para a necessidade de um aumento no número de pesquisas brasileiras acerca das estratégias de aprendizagem e variáveis que interferem no seu uso.

Pouco se conhece sobre a relação entre depressão infantil e estratégias de aprendizagem. Alguns estudiosos têm iniciado pesquisas com o objetivo de avaliar a habilidade de memória nas crianças com depressão, a fim de verificar até que ponto a sintomatologia depressiva interfere nessa função cognitiva (Bandim, Roazzi, Sougey, Botelho e Carvalho, 1998 e Lauer, Giordani, Boivin, Halle, Glasgow, Alessi e Berent, 1994).

Lauer *et al.* (1994) investigaram o efeito da depressão na memória e metamemória em crianças. A amostra foi dividida em três grupos, considerando a severidade da depressão (alto nível de depressão; baixo nível de depressão e não deprimidos). Os resultados desse estudo sugerem que a criança deprimida, assim como o adulto, apresenta um déficit no desempenho cognitivo. Verificou-se que a dificuldade de memória, principalmente memória a curto prazo, está estreitamente relacionada à severidade de depressão, ou seja, o prejuízo da memória pode variar em função da gravidade da depressão. Os autores se surpreendem quando observam que o grupo de crianças com baixo nível de depressão apresentam melhor desempenho nas tarefas de memória do que crianças não deprimidas. No entanto, o desempenho das crianças deprimidas em metamemória foi inferior ao das crianças não deprimidas. Os autores formulam hipóteses de que no grupo de crianças deprimidas há uma tendência delas em superestimar suas habilidades de memória na tentativa de compensar seus sentimentos de inadequação e inferioridade. E a atitude de superestimar-se pode também levá-las a selecionar inadequadamente estratégias de solução de problemas.

Em uma amostra de crianças brasileiras, Bandim *et al.* (1998) investigaram a relação entre sintomas depressivos e memória a curto prazo. Os sujeitos foram divididos em dois grupos de acordo com a severidade da sintomatologia depressiva (um grupo com crianças com altos escores de depressão e outro grupo com escores baixos). Os resultados indicaram que as crianças com sintomas depressivos apresentaram maior comprometimento mnemônico, tanto na memória visual quanto auditiva. Os dados desse estudo foram bastante semelhantes aos encontrados por Lauer e cols. (1994), embora existam diferenças na população estudada e nos instrumentos utilizados na avaliação.

De acordo com Bandim *et al.* (1998), é certo que alguns sintomas depressivos, como alteração motora e dificuldade de concentração, comprometem o funcionamento cognitivo, prejudicando a aquisição e consolidação de informações, causando um declínio no rendimento escolar (Kovacs e Goldston, 1991), bem como reduzindo a motivação e o interesse, alterando o engajamento da criança em determinada atividade escolar.

Palladino, Poli, Masi e Marcheschi (2000) avaliaram a relação entre conhecimento estratégico, automonitoramento, atribuições para esforço e sentimentos depressivos em

28 estudantes entre 11 e 14 anos, com e sem problemas de aprendizagem. Os resultados sugeriram que os pré-adolescentes com dificuldades de aprendizagem não diferiram de forma significativa dos estudantes sem problemas escolares no que se refere ao conhecimento estratégico, no entanto, o grupo formado pelos alunos com dificuldades de aprendizagem não possuía um monitoramento eficiente e tendia a atribuir seu sucesso à facilidade da tarefa e o fracasso à falta de sorte. Para Palladino e cols. (2000), os dados revelam a evidência da correlação entre os componentes metacognitivos (estratégias, monitoramento e atribuições) e componentes afetivo-motivacionais. Segundo os autores, o desenvolvimento de estratégias, bem como de uma aprendizagem auto-regulada, permite ao aluno reconhecer a importância em ser estratégico, aumentando seu sentimento de auto-eficácia, o que, por sua vez, reforça a utilização de estratégias por parte do estudante, desenvolvendo um *locus* de controle interno. Quando as estratégias e a aprendizagem auto-regulada não são adequadamente empregadas, a criança vivencia inúmeras situações de fracasso nas tarefas, surgindo então os sentimentos depressivos.

Boruchovitch (1993) menciona que os estudiosos da área (Cantor, 1990; Bandura, 1989; Weiner, 1985; Rotter, 1986; McCombs e Whisler, 1989; Palladino *et al.*, 2000) advertem que a mera intervenção em estratégias de aprendizagem tem se mostrado ineficiente, de forma que a tendência está em associar a intervenção em estratégias cognitivas e metacognitivas ao ensino de estratégias de apoio afetivo, no sentido de modificar variáveis psicológicas e motivacionais que são incompatíveis ao sucesso escolar. Boruchovitch (1999a) enfatiza a necessidade da realização de mais pesquisas com crianças brasileiras abordando essa temática.

A literatura revela que estudos que visam à relação entre sintomas depressivos e o uso de estratégias de aprendizagem são escassos e, portanto, pouco se conhece sobre como os sintomas depressivos interferem no uso das estratégias cognitivas e metacognitivas. De maneira geral, atualmente os estudos sugerem que há relação entre as variáveis psicológicas e estratégias de aprendizagem, mas ainda se tem pouca informação sobre a interferência dos sintomas depressivos na utilização dessas estratégias. Dessa forma, espera-se que este estudo contribua para um melhor entendimento acerca dessas relações.

CAPÍTULO III

CAPÍTULO 3

MÉTODO

3.1. OBJETIVOS

Partindo da idéia de que as variáveis psicológicas exercem influência importante no rendimento escolar dos alunos e considerando não só o aumento crescente do número de crianças com sintomas depressivos, mas também a escassez de literatura brasileira acerca das variáveis psicológicas que afetam o uso de estratégias de aprendizagem, pretende-se, no presente estudo, examinar a relação entre rendimento escolar, sintomas de depressão infantil e uso de estratégias de aprendizagem.

Mais precisamente, os objetivos do presente estudo são:

1. Conhecer a prevalência de sintomas de depressão em escolares de 3^a, 4^a e 5^a séries de uma escola municipal de Campinas.
2. Avaliar o repertório de estratégias de aprendizagem utilizado pela amostra.
3. Investigar a existência de relação entre sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar dos alunos.

3.2. SUJEITOS

A amostra foi composta de 169 crianças, de ambos os sexos e em idade escolar, mais precisamente cursando a 3^a, a 4^a e a 5^a série do ensino fundamental. A idade dos sujeitos variou de 8 a 15 anos. Dos 169 alunos, 69 crianças (40,8%) freqüentavam a 3^a série, outras 69 (40,8%) a 4^a série e 31 (18,3%) estudavam na 5^a série. Cinquenta e oito por cento dos sujeitos eram do sexo masculino e 41,4% do sexo feminino. A maioria dos alunos (73%) não havia repetido nenhuma série anterior, enquanto 26,6% deles já

havam passado por uma experiência de repetência escolar. As crianças eram residentes na cidade de Campinas e estavam freqüentando uma escola pública municipal.

A escola situava-se na região sul de Campinas, atendendo a uma população de nível socioeconômico desfavorecido. Estavam matriculados no ensino fundamental 571 alunos, com uma média de 30 alunos por classe. Vale ressaltar que a escola estudada não utilizava as medidas da progressão continuada.

3.3. PROCEDIMENTO PARA CONTATO COM A ESCOLA

O estudo foi desenvolvido em uma escola municipal da cidade de Campinas, selecionada aleatoriamente. Após contato telefônico prévio com o orientador pedagógico, foi entregue a ele uma carta de apresentação (Anexo I) e agendado um encontro com a diretora e os professores do ensino fundamental, com a finalidade de apresentar os objetivos e os instrumentos que seriam administrados no estudo. A diretora e os professores foram informados quanto ao caráter confidencial da pesquisa e enfatizou-se que o horário de coleta de dados seria definido pela própria escola, a fim de interferir o mínimo possível na rotina da mesma.

Cabe mencionar, ainda, que durante essa reunião com os profissionais da escola ficou combinado que para aquelas crianças que apresentassem sintomas depressivos seria agendada uma entrevista com os respectivos pais ou responsáveis a fim de serem orientados quanto à sintomatologia apresentada pelos filhos, além de serem encaminhados para os serviços psicológicos oferecidos gratuitamente pela cidade. Dessa forma, ficou estabelecido que seriam convocadas para entrevista apenas as mães cujos filhos apresentassem um escore igual ou maior que 16 no Inventário de Depressão Infantil. A entrevista com os pais seria realizada individualmente e na própria escola.

3.4. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Após o consentimento e aceitação da escola, foi solicitada aos pais ou responsáveis pelas crianças das séries estudadas, uma autorização por escrito (Anexo II) para a participação das mesmas na pesquisa. Foi enviado aos pais um termo de autorização, esclarecendo a forma de participação. Essa carta foi encaminhada por intermédio do próprio aluno. Na carta, os pais foram orientados a respeito dos objetivos do estudo, do tipo de participação requerida, bem como da ausência de prejuízos decorrentes da participação. Foram informados também que a participação era voluntária e que a pesquisadora estaria disponível para esclarecimento de dúvidas.

Os sujeitos que entregaram o termo de autorização, cujos pais permitiram sua participação na pesquisa, foram convocados para entrevista. Durante esse contato inicial, as crianças foram orientadas sobre a pesquisa. Aos sujeitos também foi assegurado o caráter confidencial do estudo e também foi informado que suas respostas não influenciariam de forma alguma suas notas ou desempenho na escola.

Aqueles alunos cujos pais não assinaram a autorização ou aqueles que não entregaram o termo de autorização não participaram do estudo. Cabe ressaltar que 8,6% dos pais não permitiram que seus filhos fossem entrevistados e 16 % se esqueceram de entregar ao pesquisador o termo de consentimento devidamente assinado. Nas duas situações houve um número maior de não-adesão de alunos da 5ª série.

A aplicação dos instrumentos foi realizada no próprio ambiente escolar, em uma sala ampla, com iluminação e material adequados, cedida pela escola. Em um primeiro momento foram coletados dados referentes à identificação dos sujeitos. O primeiro questionário aplicado foi a Escala de Estratégias de Aprendizagem para avaliar o uso e frequência das estratégias. Em seguida, foi aplicado o Inventário de Depressão Infantil – CDI –, com o objetivo de identificar sintomas de depressão. Os dois instrumentos foram aplicados em pequenos grupos de, no máximo, quatro crianças e em apenas uma única entrevista conduzida em horário escolar, sem no entanto utilizar o recreio para a coleta de dados.

Tanto as questões da Escala de Estratégias quanto as alternativas do CDI foram gravadas em fita cassete, de forma que não existisse a interferência do pesquisador. As

instruções e as questões dos dois instrumentos foram ouvidas pelos sujeitos. As crianças foram orientadas sobre como preencher as escalas e, caso tivessem dúvidas, que levantassem a mão para que as mesmas fossem esclarecidas.

A entrevista teve duração de aproximadamente 40 ou 50 minutos, variando em função das séries e idades dos sujeitos. Aqueles que freqüentavam as séries iniciais, como a 3ª série, precisaram de um período maior no preenchimento das escalas.

Para avaliar o rendimento escolar da amostra foram solicitados à direção da escola os conceitos dos alunos nas diferentes disciplinas referentes ao primeiro bimestre.

Vale ressaltar que a coleta de dados foi precedida de um estudo piloto cuja finalidade consistiu no refinamento dos instrumentos e procedimentos de coleta de dados. No estudo piloto, foram avaliados dois sujeitos (um menino e uma menina) mediante uma entrevista individual e também um pequeno grupo formado por três sujeitos (uma menina e dois meninos) a fim de verificar qual a forma mais apropriada de avaliação da amostra. O estudo piloto permitiu concluir que a entrevista em pequenos grupos seria uma maneira adequada de os alunos serem avaliados.

3.5. MATERIAL

Foram utilizados nesse estudo: Ficha de identificação do sujeito; Inventário de Depressão Infantil (CDI); Escala de Avaliação das Estratégias de Aprendizagem; Avaliação do rendimento escolar do aluno.

Ficha de Identificação do Sujeito

Esta ficha foi empregada para a coleta de dados de identificação do sujeito, como: nome do aluno; data de nascimento; sexo; escolaridade; história do rendimento escolar; profissão dos pais; nome da escola; data da coleta de dados, entre outros aspectos (Anexo III).

Inventário de Depressão Infantil - CDI

O Children's Depression Inventory (CDI) desenvolvido por Kovacs em 1983 é uma escala de auto-avaliação destinada a identificar os sintomas de depressão em pessoas de 7 a 17 anos e tem sido largamente usado em estudos epidemiológicos internacionais e brasileiros. É constituído por 27 itens que avaliam sintomas afetivos, cognitivos e comportamentais da depressão. O sujeito possui três alternativas de resposta para cada item e a correção varia de uma escala de 0 (ausência de sintoma) a 2 pontos (sintoma grave). A criança é orientada a selecionar o item que melhor descreve seus sentimentos durante as duas últimas semanas.

Kovacs (1992) cita diversos estudos em que a confiabilidade do CDI em diferentes amostras foi avaliada e conclui que o coeficiente variou de 0,71 a 0,89, indicando uma aceitável consistência interna do instrumento em questão. Mediante a análise fatorial do CDI, Kovacs (1992) encontrou cinco fatores, moderadamente correlacionados, que explicam a depressão. São eles: humor negativo, problemas interpessoais, ineficácia, anedonia e auto-estima negativa.

Neste trabalho optou-se por utilizar o CDI no rastreamento dos sintomas depressivos, tendo em vista sua ampla utilização nos estudos epidemiológicos, bem como as vantagens de ser um instrumento econômico, de fácil aplicação e correção. A opção de possibilitar à criança descrever seus próprios sentimentos se justifica, pois, como escreveram Simões (1999) e Reynolds e Johnston (1994), a depressão é considerada um problema de expressão internalizante, ou seja, muitos dos sintomas depressivos são alterações internas, e muitas vezes de difícil observação e reconhecimento para outras pessoas. Portanto, o mais coerente consiste em deixar que a própria criança avalie seu humor, seus sentimentos e pensamentos. Ainda segundo Simões (1999), apenas alguns comportamentos sintomáticos de depressão são observáveis, de forma que os inventários de auto-avaliação são instrumentos necessários na avaliação de um problema internalizante.

Além disso, a escolha pelo CDI se deu também pelo fato de ser um instrumento adaptado para a população brasileira por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995), revelando-se um instrumento com aceitáveis parâmetros psicométricos, sendo bastante

útil na identificação de crianças depressivas. A versão adaptada foi reduzida, permanecendo 20 itens nesse inventário.

Golfeto, Veiga, Souza e Barbeira (2001), fazendo uma análise estatística do CDI, aplicaram o inventário em 287 crianças de 7 a 14 anos de Ribeirão Preto e concluíram que o CDI mede sintomas de depressão com cinco fatores explicando 47,4% da variância total dos escores.

Dessa forma, no presente estudo, foi utilizado o CDI (Anexo IV) adaptado por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995). Como exemplo de um item desse inventário:

Eu fico triste de vez em quando

Eu fico triste muitas vezes

Eu estou sempre triste

A maioria dos estudos brasileiros acerca da depressão infantil utilizando o CDI empregaram o ponto de corte 17 (Curatolo, 2001; Hallak, 2001; Baptista e cols., 2000). Definiu-se neste estudo como ponto de corte 16, uma vez que um item foi excluído do questionário. Dessa forma a pontuação máxima no CDI foi de 38 pontos e o valor mínimo de 0 ponto.

Tal como para os autores Weisz, Thurber, Proffitt, Sweeney e Legagnoux (1997), optou-se, neste estudo, pela retirada do item 9, de forma que o inventário ficou composto por 19 itens no total (Anexo V). O item 9 trata-se de uma questão que mede a intenção suicida. Tendo-se em vista que o suicídio em crianças é uma condição pouco frequente (Cassorla, 1987) e que a depressão pode ou não estar associada ao suicídio (Mendels, 1972) e ainda considerando que o suicídio consiste em apenas um dos sintomas da depressão, acreditou-se ser mais adequada a retirada dessa questão. Assim como para Weisz e cols. (1997), a omissão desse item teve a finalidade de evitar que os sujeitos pudessem se abalar emocionalmente. Vale dizer que Kovacs (1992), em uma versão abreviada do CDI, retirou o item referente à ideação suicida e afirma que muitos estudos têm omitido essa questão, em função da natureza da pergunta e especialmente por se tratar de um instrumento de “*screening*”.

A retirada desse item foi levada em conta do ponto de vista estatístico e serão realizados ajustes no cálculo das médias dos sujeitos no inventário.

Escala de Estratégias de Aprendizagem

Essa escala foi desenvolvida por Boruchovitch e Santos (2001) e é voltada para alunos do ensino fundamental. A versão preliminar consta de 40 itens que descrevem estratégias de aprendizagem (Anexo VI). Acredita-se que a escala permita a avaliação do repertório de estratégias de aprendizagem de alunos, bem como a frequência com que o estudante as utiliza. O Anexo VII descreve os tipos de estratégias avaliadas pelas questões da escala.

A avaliação da consistência interna da escala realizada pelo coeficiente de Cronbach revelou um Alpha de 0,74, indicando que a Escala de Estratégias de Aprendizagem apresenta aceitáveis índices de consistência interna. Vale ressaltar que, para averiguar a consistência interna da escala, a mesma foi aplicada em um número maior de sujeitos, totalizando 443 participantes de 3^a, 4^a e 5^a séries do ensino fundamental.

A título de ilustração, um exemplo de uma questão dessa escala é:

Você faz anotações no texto ou em folha à parte:

() *sempre* () *algumas vezes* () *nunca*

Cada alternativa recebe uma pontuação, sendo que a alternativa *sempre* vale 3 pontos, *algumas vezes* 2 pontos e *nunca* 1 ponto, com exceção das seguintes questões: 28, 30, 31, 32, 35, 37, 38, 39 e 40. Nessas questões a pontuação consiste em: *sempre* valendo 1 ponto, *algumas vezes* 2 pontos e *nunca* valendo 3 pontos.

Avaliação do Rendimento Escolar do aluno

Para a avaliação do desempenho escolar dos sujeitos, utilizou-se o conceito de duas disciplinas, português e matemática, durante o primeiro bimestre do ano de 2002. Os conceitos empregados pela escola eram: “O” para ótimo, “B” para bom, “S” satisfatório e “I” para insatisfatório. Sendo que “O” implica que o aluno atingiu todos os objetivos, “B” significa que atingiu satisfatoriamente todos os objetivos, “S” quer dizer que o aluno atingiu os objetivos essenciais e “I” não atingiu os objetivos essenciais.

Além disso, empregou-se como critério para análise do desempenho acadêmico a presença ou ausência de reprovação escolar. Optou-se por usar essas informações uma vez que a escola onde se realizou o estudo não estava adotando a Progressão Continuada, medida educacional na qual os alunos não são reprovados, mas automaticamente promovidos para as séries seguintes (LDB 9.394/96; Decreto Federal nº 2.207 de 15/04/1997; Decreto Estadual nº 42.965 de 27/03/1998).

Durante as entrevistas com as crianças e com o professor foram utilizados: lápis, papel, gravador e fita cassete.

3.6. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Tendo-se em vista que o objetivo do estudo consiste em identificar e compreender a relação entre depressão infantil, rendimento escolar e uso de estratégias de aprendizagem, os dados foram analisados quantitativa e qualitativamente. Para se explorar as relações entre as variáveis, foram utilizadas as técnicas da estatística descritiva e inferencial.

CAPÍTULO IV

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Neste capítulo, os resultados serão apresentados levando-se em consideração os objetivos do presente estudo. Inicialmente será feita uma caracterização dos sujeitos quanto as variáveis demográficas, como sexo, idade, série e situação escolar. Em seguida, serão explorados os dados referentes a incidência de sintomas depressivos na população estudada. Posteriormente, uma análise referente ao repertório de estratégias de aprendizagem utilizado pela amostra, será discutida.

E por último, será apresentada a relação entre sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar da amostra. Os dados foram analisados quantitativamente, utilizando-se os procedimentos da estatística descritiva e inferencial.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

A Tabela 1 descreve a amostra do estudo em relação as variáveis sócio-demográficas como sexo, idade, série escolar e repetência.

TABELA 1 - Dados demográficos da amostra

VARIÁVEL	N.	%
SEXO		
Masculino	99	58,6%
Feminino	70	41,4%
IDADE		
8 a 9 anos	74	43,8%
10 a 11 anos	76	45,0%
12 a 15 anos	19	11,2%
SÉRIE		
3 ^a	69	40,8%
4 ^a	69	40,8%
5 ^a	31	18,3%
REPETÊNCIA		
Repetente	45	26,6%
Não repetente	124	73,4%
TOTAL	169	100%

Conforme Tabela 1, a idade dos sujeitos variou de 8 a 15 anos, prevalecendo um número maior de crianças na faixa etária de 8 a 11 anos de idade. A média de idade dos sujeitos foi de 10 anos. Quanto ao gênero, 58,6% eram do sexo masculino e 41,4% do sexo feminino. A maioria dos sujeitos (40,8%) freqüentavam a 3^a e a 4^a série do ensino fundamental e 18% estavam na 5^a série. Vale ressaltar que 73,4% dos alunos não haviam repetido nenhuma série anterior.

TABELA 2 - Distribuição de Freqüência dos alunos avaliados e não avaliados

Série escolar	Alunos matriculados	Alunos avaliados	Alunos não autorizados	Alunos não entregaram autor.
3 ^a	82*	69 (84,3%)	7 (8,9%)	3 (3,8%)
4 ^a	93*	69 (75,8%)	8 (8,8%)	14 (15,4%)
5 ^a	56	31 (55%)	5 (9%)	20 (35%)
Total	231	169 (73%)	20 (8,8%)	37 (16,4%)

* 3 alunos da 3^a série e 2 alunos da 4^a série foram sujeitos do estudo piloto e portanto, foram excluídos da pesquisa.

De acordo com a Tabela 2, o número total de alunos matriculados na 3^a, 4^a e 5^a séries, sendo 82, 93 e 56 alunos freqüentando as séries respectivamente, totalizando 231 alunos. Dos alunos matriculados, 84,3% da 3^a série, 75,8% da 4^a série e 55% da 5^a série foram avaliados. O restante dos alunos não foram avaliados pelo fato de seus pais não autorizarem a participação de seus filhos ou pelo fato de não terem retornado o termo de autorização. Cerca de 8,9% dos pais dos alunos de 3^a série, 8,8% de 4^a série e 9% dos de 5^a série não permitiram que seus filhos participassem da pesquisa. Cerca de 35% dos alunos de 5^a série se esqueceram de entregar o termo de autorização para o pesquisador, contrastando com apenas 3,8% dos alunos de 3^a série e 15,4% de 4^a série.

4. 2. SINTOMAS DEPRESSIVOS e VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS

A avaliação da consistência interna do Inventário de Depressão Infantil foi realizada por meio do coeficiente Alpha de Cronbach. Na presente amostra obteve-se um Alpha de 0.73, indicando que este inventário mede sintomas gerais de depressão e pode ser um bom instrumento de triagem na identificação de sintomas depressivos.

Utilizou-se neste estudo o escore 16 como ponto de corte, conforme descrito anteriormente no Capítulo III em Instrumentos. O número de sujeitos que ultrapassaram o ponto de corte no CDI podem ser vistos na Tabela 3.

TABELA 3 – Número de sujeitos que ultrapassaram no CDI o ponto de corte 16

	Frequência	Porcentagem
Crianças com sintomas depressivos	6	3,55%
Crianças sem sintomas depressivos	163	96,5%

Aproximadamente 3,55% dos alunos atingiram ou ultrapassaram o ponto de corte, conforme ilustrado na Tabela 3.

Uma análise das respostas do CDI item por item foi realizada e pode ser vista na Tabela 04.

Tabela 4 – Frequência e Porcentagem de respostas da amostra total, por item do CDI- N=169

	Frequência	Porcentagem
1. Eu fico triste de vez em quando. Eu fico triste muitas vezes. Eu estou sempre triste.	145 17 7	85,8% 10,1% 4,1%
2. Para mim tudo se resolverá bem. Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim. Nada vai dar certo para mim.	62 98 9	36,7% 58% 5,3%
3. Eu faço bem a maioria das coisas Eu faço errado a maioria das coisas Eu faço tudo errado	131 34 4	77,5% 20,1% 2,4%
4. Eu me divirto com muitas coisas Eu me divirto com algumas coisas Nada é divertido para mim.	85 78 6	50,3% 46,2% 3,6%
5. Eu sou mau (má) de vez em quando. Eu sou mau (má) com frequência. Eu sou sempre mau (má).	155 12 2	91,7% 7,1% 1,2%
6. De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer. Eu temo que coisas ruins me aconteçam. Eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão	109 47 13	64,5% 27,8% 7,7%
7. Eu gosto de mim mesmo. Eu não gosto muito de mim mesmo Eu me odeio	146 18 5	86,4% 10,7% 3%
8. Normalmente eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem Muitas coisas ruins que acontecem são minha culpa. Tudo de mau que acontece é por minha culpa.	118 36 15	69,8% 21,3% 8,9%
9. Eu sinto vontade de chorar de vez em quando. Eu sinto vontade de chorar frequentemente. Eu sinto vontade de chorar diariamente	151 9 9	89,3% 5,3% 5,3%
10. Eu me sinto preocupado de vez em quando Eu me sinto preocupado frequentemente Eu me sinto sempre preocupado	132 19 18	78,1% 11,2% 10,7%
11. Eu gosto de estar com as pessoas Frequentemente eu não gosto de estar com as pessoas Eu não gosto de estar com as pessoas	160 6 3	94,7% 3,6% 1,8%
12. Eu tenho boa aparência Minha aparência tem alguns aspectos negativos Eu sou feio	110 50 9	65,1% 29,6% 5,3
13. Eu durmo bem à noite Eu tenho dificuldade para dormir algumas noites Eu tenho sempre dificuldade para dormir à noite	89 74 6	52,7% 43,8% 3,6%
14. Eu me canso de vez em quando Eu me canso frequentemente Eu estou sempre cansado	138 16 15	81,7% 9,5% 8,9%
15. Eu não me sinto sozinho Eu me sinto sozinho muitas vezes Eu sempre me sinto sozinho	127 30 12	75,1% 17,8% 7,1%
16. Eu me divirto na escola frequentemente Eu me divirto na escola de vez em quando Eu nunca me divirto na escola	98 64 7	58% 37,9% 4,1%
17. Sou tão bom quanto outras crianças Se eu quiser posso ser tão bom quanto outras crianças Não posso ser tão bom quanto outras crianças	76 68 25	45% 40,2% 14,8%
18. Eu tenho certeza que sou amado pôr alguém Eu não tenho certeza se alguém me ama Ninguém gosta de mim	128 34 7	75,7% 20,1% 4,1%
19. Eu sempre faço o que me manda Eu não faço o que me manda com frequência Eu nunca faço o que me manda.	126 38 5	74,6% 22,5% 3%

A seguir serão comentados os itens que foram escolhidos pelos sujeitos com mais e menos frequência, conforme descrito na Tabela 4. Vale ressaltar que para essa análise optou-se por fazê-la levando em consideração apenas a última alternativa do CDI, já que as questões de valor 2 são as que mais caracterizam a sintomatologia depressiva. A análise revelou que 14,8% dos participantes acreditam que não podem ser tão bom quanto as outras crianças (questão 17), 10,7% afirmaram que se sentem sempre preocupados (questão 10), 8,9% dos participantes se culpam por tudo de mau que acontece (questão 08) e também 8,9% admitem que estão sempre cansados (questão 14), 7,7% têm certeza que coisas horríveis acontecerão (questão 06) e 7,1% revelam que sempre se sentem sozinhos (questão 15). Os sintomas depressivos menos frequentemente revelados pelos participantes foram não gostar de estar com as pessoas (1,8% - questão 11) e acreditar que é uma pessoa sempre má (1,2% - questão 05).

Foi realizada também uma análise das respostas dos sujeitos que ultrapassaram o ponto de corte 16 no CDI. As respostas dos participantes com sintomatologia depressiva podem ser observadas na Tabela 5.

Tabela 5 – Freqüência e Porcentagem de respostas dos sujeitos que ultrapassaram o ponto de corte, por item no CDI – N = 06

	Freqüência	Porcentagem
1. Eu fico triste de vez em quando. Eu fico triste muitas vezes. Eu estou sempre triste.	1 1 4	16,7% 16,7% 66,7%
2. Para mim tudo se resolverá bem. Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim. Nada vai dar certo para mim.	1 1 4	16,7% 16,7% 66,7%
3. Eu faço bem a maioria das coisas Eu faço errado a maioria das coisas Eu faço tudo errado	1 3 2	16,7% 50% 33,3%
4. Eu me divirto com muitas coisas Eu me divirto com algumas coisas Nada é divertido para mim.	3 2 1	50% 33,3% 16,7%
5. Eu sou mau (má) de vez em quando. Eu sou mau (má) com freqüência. Eu sou sempre mau (má).	3 2 1	50% 33,3% 16,7%
6. De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer. Eu temo que coisas ruins me aconteçam. Eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão	2 1 3	33,3% 16,7% 50%
7. Eu gosto de mim mesmo. Eu não gosto muito de mim mesmo Eu me odeio	2 2 2	33,3% 33,3% 33,3%
8. Normalmente eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem Muitas coisas ruins que acontecem são minha culpa. Tudo de mau que acontece é por minha culpa.	0 2 4	0 33,3% 66,7%
9. Eu sinto vontade de chorar de vez em quando. Eu sinto vontade de chorar freqüentemente. Eu sinto vontade de chorar diariamente	1 1 4	16,7% 16,7% 66,7%
10. Eu me sinto preocupado de vez em quando Eu me sinto preocupado freqüentemente Eu me sinto sempre preocupado	3 1 2	50% 16,7% 33,3%
11. Eu gosto de estar com as pessoas Freqüentemente eu não gosto de estar com as pessoas Eu não gosto de estar com as pessoas	4 1 1	66,7% 16,7% 16,7%
12. Eu tenho boa aparência Minha aparência tem alguns aspectos negativos Eu sou feio	2 2 2	33,3% 33,3% 33,3%
13. Eu durmo bem à noite Eu tenho dificuldade para dormir algumas noites Eu tenho sempre dificuldade para dormir à noite	2 2 2	33,3% 33,3% 33,3%
14. Eu me canso de vez em quando Eu me canso freqüentemente Eu estou sempre cansado	2 1 3	33,3% 16,7% 50%
15. Eu não me sinto sozinho Eu me sinto sozinho muitas vezes Eu sempre me sinto sozinho	2 0 4	33,3% 0 66,7%
16. Eu me divirto na escola freqüentemente Eu me divirto na escola de vez em quando Eu nunca me divirto na escola	3 1 2	50% 16,7% 33,3%
17. Sou tão bom quanto outras crianças Se eu quiser posso ser tão bom quanto outras crianças Não posso ser tão bom quanto outras crianças	3 1 2	50% 16,7% 33,3%
18. Eu tenho certeza que sou amado pôr alguém Eu não tenho certeza se alguém me ama Ninguém gosta de mim	2 2 2	33,3% 33,3% 33,3%
19. Eu sempre faço o que me manda Eu não faço o que me manda com freqüência Eu nunca faço o que me manda.	3 2 1	50% 33,3% 16,7%

Serão comentados os itens que foram escolhidos por esses participantes com uma frequência maior e menor. O mesmo procedimento empregado para fazer a análise da amostra total foi utilizado para a análise da amostra com sintomas depressivos, ou seja, enfocando apenas a última alternativa do CDI. As respostas dos sujeitos podem ser vistas na Tabela 5. Os resultados mostram que 66,7% dos sujeitos com sintomas depressivos se sentem sempre tristes (item 1), acreditam que nada vai dar certo para eles (item 2) e se culpam por tudo de mau que acontece (item 8). Ainda 66,7% desses sujeitos sentem vontade de chorar diariamente (item 9) e também 66,7% se sentem sempre sozinhos (item 15). Conforme mostra a Tabela 5, os sintomas menos frequentemente relatados pelos sujeitos com sintomas depressivos foram: “*Nada é divertido para mim*” (16,7% - item 4), “*Eu sou sempre mau*” (16,7% - item 5), “*Eu não gosto de estar com as pessoas*” (16,7% - item 11) e “*Eu nunca faço o que me mandam*” (16,7% - item 19).

A Tabela 6 apresenta a média e desvio padrão dos sujeitos em relação ao desempenho no CDI.

TABELA 6 – Média e Desvio padrão do CDI em relação as variáveis demográficas

Variáveis demográficas	N	Média	Desvio padrão
SEXO			
M	99	6,14	3,86
F	70	7,04	5,02
SÉRIE			
3 ^a	69	6,70	4,49
4 ^a	69	6,45	4,82
5 ^a	31	6,26	3,03
REPETÊNC.			
Repetente	45	7,13	3,90
Não repetente	124	6,29	4,54
TOTAL	169	6,51	4,38

Observa-se na Tabela 6 que a média obtida foi de 6,51 e desvio padrão de 4,38. Os sujeitos apresentaram um valor mínimo igual a 0 e um valor máximo igual a 25.

Tendo em vista a natureza diferente das variáveis envolvidas no presente estudo, para avaliar as possíveis relações entre CDI e idade foi utilizada a correlação de Pearson. Não foram encontradas correlações significativas entre sintomas depressivos e idade ($r = -,024$; $p = 0,759$).

A análise de variância (ANOVA) foi empregada para se examinar a relação entre sintomas depressivos e série escolar. Também não houve diferença significativa entre as duas variáveis ($F = 0,118$; $p = 0,888$).

O Teste - t avaliou as relações entre Inventário de depressão infantil e a repetência escolar e gênero. Embora os sujeitos do sexo feminino e os participantes repetentes apresentassem uma média mais alta no CDI não houve diferença significativa entre sintomas depressivos e gênero ($t = -1,262$; $p = 0,209$) e entre sintomas depressivos e repetência ($t = -1,187$; $p = 0,84$).

4.3. REPERTÓRIO DE ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM

A seguir será apresentado uma análise das respostas dos sujeitos frente às questões da Escala de Estratégias de Aprendizagem, tendo em vista o segundo objetivo deste trabalho.

A Escala de Estratégias é composta por quarenta itens objetivos e uma questão aberta. A pontuação máxima possível é de 120 pontos e o valor mínimo é de 40 pontos. A Tabela 7 descreve a média e desvio padrão da Escala de Estratégias de Aprendizagem em relação as variáveis demográficas

TABELA 7 - Média e Desvio padrão da Escala de Estratégias de Aprendizagem em relação as variáveis demográficas

<i>Variáveis demográficas</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio padrão</i>
SEXO		
M	91,69	8,04
F	93,21	7,89
REPETÊNCIA		
Repetente	90,66	6,94
Não repetente	92,92	8,28
SÉRIE		
3 ^a	91,34	8,07
4 ^a	93,14	8,22
5 ^a	92,67	7,26
TOTAL	92,32	7,99

Conforme a Tabela 7, a média obtida pelos participantes na Escala de estratégias de aprendizagem foi 92,32 e desvio padrão de 7,99. O valor mínimo atingido foi 71 e o valor máximo foi de 113 pontos.

Considerando a média dos participantes na Escala de estratégias verificou-se que 88 participantes (52%) apresentaram escores acima da média de 92,32. Cerca de 4 participantes (2%) encontram-se na média e 77 alunos (45%) estão abaixo da média de 92,32.

A relação entre a Escala de estratégias de aprendizagem e repetência escolar foi avaliada pelo Teste t. Os resultados indicaram que não há diferença significativa entre os grupos ($t = 1,773$ e $p = 0,079$). Ainda de acordo com a Tabela 7 é interessante notar que os participantes não repetentes revelaram um desempenho levemente superior ao dos repetentes na Escala de Estratégias de aprendizagem.

O Teste t também averiguou a relação entre a Escala de estratégias de aprendizagem e a variável sexo, não tendo sido encontrada relação significativa entre essas variáveis ($t = - 1,221$; $p = 0,224$). Todavia, conforme Tabela 7, a média obtida pelas

meninas na Escala de Estratégias de aprendizagem foi um pouco superior a média dos meninos.

Para avaliar a relação entre a Escala de Estratégias de aprendizagem e idade foi empregada a correlação de Pearson, não tendo sido encontrada correlação significativa entre as variáveis ($r = 0,041$; $p = 0,596$).

Quanto a série escolar, avaliada pela Análise de Variância ANOVA, também não foi encontrado diferença significativa na utilização de Estratégias de aprendizagem por série ($f = 0,908$; $p = 0,405$), apesar da média dos participantes de 4^a série na Escala de Estratégias de aprendizagem ter sido um pouco mais elevada que a média dos participantes de 5^a e 3^a séries, como mostra a Tabela 7.

Mais precisamente, quanto ao repertório de estratégias de aprendizagem, a Tabela 8 descreve a frequência e porcentagem de respostas considerando a amostra total do presente estudo.

TABELA 8 – Frequência e Porcentagem de respostas da amostra total, por item da Escala de Estratégia de Aprendizagem – N = 169

	Sempre		Algumas Vezes		Nunca	
	F	%	F	%	F	%
1.Você repete em voz alta, quando vai lendo um texto, para aprender melhor.	25	14,79%	91	53,85%	53	31,36%
2.Você costuma passar uma linha embaixo das partes importantes do texto.	46	27,22%	73	43,20%	50	29,59%
3. Quando você faz as tarefas costuma verificar se fez bem e se tudo está certo.	105	62,13%	58	34,32%	6	3,55%
4. Você percebe quando está com dificuldade para aprender determinados assuntos ou matérias.	57	33,73%	89	52,66%	23	13,61%
5. Você resume os textos que o professor pede para estudar.	76	44,97%	59	34,91%	34	20,12%
6. Quando você estuda, você percebe se não está conseguindo aprender.	62	36,69%	92	54,44%	15	8,88%
7.Quando você lê um texto, procura escrever com suas palavras o que entendeu da leitura, para poder estudar depois.	77	45,56%	62	36,69%	30	17,75%
8. Você consegue ir até o final de uma tarefa, mesmo quando ela é difícil ou muito chata.	83	49,11%	70	41,42%	16	9,47%
9. Você presta atenção e consegue ficar concentrado no estudo e na leitura.	105	62,13%	56	33,14%	8	4,73%
10. Você costuma parar durante a leitura, para saber se está compreendendo o que leu.	68	40,24%	73	43,20%	28	16,57%
11. Você tem vontade de ler e estudar.	110	65,09%	50	29,59%	9	5,33%
12. Você cria perguntas e respostas sobre o assunto que está estudando.	35	20,71%	92	54,44%	42	24,85%
13.Você tenta descobrir quais são as idéias principais do texto que está lendo ou estudando.	80	47,34%	65	38,46%	24	14,20%
14. Você consegue controlar seu medo quando precisa mostrar ao professor o que sabe sobre a matéria.	52	30,77%	82	48,52%	35	20,71%
15. Você lê e tenta compreender as figuras, gráficos e tabelas que encontra no texto.	73	43,20%	81	47,93%	15	8,88%
16. Você costuma fazer um esquema usando as idéias principais do texto.	47	27,81%	93	55,03%	29	17,16%
17. Quando você estuda, você consegue perceber o quanto está aprendendo.	95	56,21%	61	36,09%	13	7,69%
18. Você costuma pedir ajuda ao professor quando você não entende o que ele explica.	68	40,24%	85	50,30%	16	9,47%
19. Você costuma olhar novamente em casa, o que você escreveu durante as aulas.	49	28,99%	80	47,34%	40	23,67%
20.Você procura no dicionário o significado de palavras que não conhece.	74	43,79%	79	46,75%	16	9,47%
21. Você costuma pedir ajuda ao colega ou a alguém de sua casa, quando não entende alguma matéria.	75	44,38%	73	43,20%	21	12,43%
22.Em casa, você procura dividir bem as horas livres para poder ter tempo para estudar, para brincar, e fazer outras atividades.	94	55,62%	60	35,50%	15	8,88%
23 Você costuma procurar um local calmo e bem iluminado para estudar.	110	65,09%	47	27,81%	12	7,10%
24. Você tenta manter a calma quando está fazendo alguma tarefa muito difícil.	79	46,75%	79	46,75%	11	6,51%
25. Você costuma ler outros textos e livros sobre o assunto que o professor explicou em aula	42	24,85%	84	49,70%	43	25,44%
26. Você percebe quando não entende o que está lendo.	71	42,01%	79	46,75%	19	11,24%
27. Quando você percebe que não entendeu o que leu, você costuma parar e ler novamente.	113	66,86%	41	24,26%	15	8,88%
28.Você costuma estudar ou fazer o dever de casa na “última hora”.*	33	19,53%	73	43,20%	63	37,28%
29. Antes de começar a estudar ou fazer o dever de casa, você separa todo o material que vai precisar.	111	65,68%	39	23,08%	19	11,24%
30. Você costuma desistir quando uma tarefa é difícil ou chata.*	16	9,47%	68	40,24%	85	50,30%
31. Você costuma ficar pensando em outra coisa quando o professor está dando explicações.*	19	11,24%	75	44,38%	75	44,38%
32. Você escuta música ou assiste televisão enquanto estuda ou faz a lição de casa.*	30	17,75%	57	33,73%	82	48,52%
33. Durante as aulas, você copia com atenção tudo o que o professor escreve na lousa.	137	81,07%	29	17,16%	3	1,78%
34. Você costuma escrever bilhetes no caderno ou na sua agenda, para não esquecer das tarefas pedidas pelo professor.	79	46,75%	61	36,09%	29	17,16%
35. Você costuma comer enquanto estuda ou faz o dever de casa.*	8	4,73%	47	27,81%	114	67,46%
36. Antes de começar a ler um texto você tenta descobrir o assunto a partir das figuras ou do título do texto.	51	30,18%	77	45,56%	41	24,26%
37. Você costuma se distrair ou pensar em outra coisa quando está lendo ou fazendo o dever de casa.*	24	14,20%	79	46,75%	66	39,05%
38. Você costuma “se esquecer” de fazer o dever de casa.*	13	7,69%	75	44,38%	81	47,93%
39. Quando você faz as tarefas ou exercícios costuma se sentir nervoso(a) e com medo de estar fazendo errado.*	31	18,34%	98	57,99%	40	23,67%
40. Você se sente cansado quando lê, estuda ou faz o dever de casa. *	24	14,20%	89	52,66%	56	33,14%

(*) Questões com valores para pontuação de resposta invertidos.

A Tabela 8 mostra que a estratégia mais mencionada pelos participantes foi a estratégia de ensaio (item 33). Do total da amostra, 81% dos alunos disseram que sempre copiam com atenção o que o professor escreve na lousa. Outra estratégia bastante citada refere-se a compreensão de leitura (item 27), 66,86% dos participantes costumam perceber que não entenderam a leitura e reportam normalmente parar e ler novamente. Aproximadamente 65,68% dos participantes relataram empregar estratégias de organização do material escolar (item 29), de preparação do ambiente para estudar (item 23), buscando condições adequadas de iluminação e um local sem ruído para os estudos e 65,09% admitem ter motivação para ler e estudar (item 11). A manutenção da atenção e concentração (item 9) e estratégia de revisão (item 3) também foram mencionadas pela maioria dos participantes (62,13%).

No que se refere a frequência de uso das estratégias de aprendizagem, algumas estratégias foram escolhidas pelos participantes como sendo empregadas apenas algumas vezes. Cerca de 57,99% admitiram que costumam se sentir nervosos ou com medo de fazer errado durante as tarefas (item 39). Estratégias de elaboração como fazer perguntas a respeito de um assunto (item 12) são empregadas algumas vezes pela maioria dos participantes (54,44%). Também 54,44% dos participantes às vezes conseguem monitorar sua aprendizagem (item 6). A maioria dos alunos (53,85%) disseram que algumas vezes empregam estratégia de ensaio (item 1), repetindo em voz alta quando estão lendo um texto. Cerca de 52,66% dos participantes costumam perceber suas dificuldades (item 4) e 52,66% disseram que se sentem cansados nas atividades escolares (item 40).

Como mostra também a Tabela 8, não foram encontradas estratégias nunca empregadas pelos alunos. Embora a maioria das estratégias de aprendizagem, ou foram mencionadas pela maioria dos participantes como sendo utilizadas “sempre” ou como “algumas vezes”, algumas estratégias de aprendizagem nunca usadas por alguns participantes merecem ser consideradas. Por exemplo, 31,36% dos alunos disseram que não repetem em voz alta, quando estão lendo um texto (item 1) e 29,59% também não têm o hábito de sublinhar partes importantes de um texto (item 2), 25,44% admitem não ter o hábito de ler outros textos sobre o assunto que o professor explicou (item 25), 24,85% dos participantes não criam perguntas e respostas sobre o assunto que estão

estudando (item12), 24,26% não observam as figuras ou o título de um texto (item 36), 23,67% nunca olham a matéria novamente em casa (item 19), 20,71% nunca conseguem controlar o medo diante do professor (item 14) e 20,12% não resumem os textos que precisam estudar (item 5).

A última questão da escala foi aberta e tinha como objetivo saber se o aluno utiliza outras estratégias de aprendizagem, além das citadas anteriormente. A maioria (85%) afirmou não usar nenhuma outra estratégia de aprendizagem, enquanto que 14% disseram que usam outras estratégias. Esses participantes citaram algumas estratégias que constam na Escala de estratégia de aprendizagem, como por exemplo procurar um lugar calmo para estudar, fazer perguntas a respeito da matéria estudada, prestar atenção no que o professor diz, fazer perguntas ao professor diante de dúvidas, e entender as figuras para compreender o texto. Outros participantes revelam as seguintes estratégias: brincar de escolinha, decorar a matéria, pedir para os pais “tomarem” a lição, ler a matéria e depois fechar o caderno e falar tudo o que entendeu.

4.4. SINTOMAS DEPRESSIVOS, ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM E RENDIMENTO ESCOLAR

Vale lembrar que o rendimento escolar dos sujeitos foi avaliado mediante a análise dos conceitos em duas disciplinas, português e matemática, no primeiro bimestre do ano letivo. O rendimento escolar dos participantes, nas duas disciplinas estão descritos na Tabela 9.

TABELA 9 – Conceitos em português e matemática no primeiro bimestre

Conceito em português	Frequência	Porcentagem
Insatisfatório	25	14,8%
Satisfatório	84	49,7%
Bom	49	29,0%
Ótimo	9	5,3%
Conceito em matemática		
Insatisfatório	32	18,9%
Satisfatório	67	39,6%
Bom	46	27,2%
Ótimo	22	13,0%
Transferido	2	1,2%
TOTAL	169	100%

De acordo com a Tabela 9 nota-se que a maioria, 49,7%, dos alunos apresentavam um desempenho considerado satisfatório em português, 29% demonstraram um bom desempenho, 14% tinham desempenho insatisfatório e apenas 5,3% com ótimo desempenho.

Em matemática, conforme a Tabela 9, 18,9% dos alunos apresentaram rendimento insatisfatório, 39,6% com desempenho satisfatório, 27,2% com bom rendimento e 13% tiveram ótimo rendimento em matemática.

Dados referentes a média e desvio padrão do CDI em relação ao rendimento escolar podem ser observados na Tabela 10.

Tabela 10 – Média e Desvio padrão do CDI em relação ao rendimento escolar

Conceito em português	Média	Desvio padrão
Insatisfatório	6,72	5,07
Satisfatório	6,92	4,10
Bom	6,20	4,63
Ótimo	4,33	3,71
Conceito em matemática		
Insatisfatório	7,44	5,37
Satisfatório	7,40	4,32
Bom	5,43	3,60
Ótimo	4,91	3,87
TOTAL	6,51	4,38

Para avaliar as possíveis relações entre sintomas de depressão e rendimento escolar nas disciplinas português e matemática foi utilizada a análise de variância (ANOVA).

A Análise de Variância revelou diferenças significativas entre os grupos com diferentes rendimentos em matemática quanto aos sintomas depressivos ($F = 2,688$; $p = 0,033$). Por outro lado, a Análise de Variância não indicou diferença significativa entre os diferentes grupos de rendimento escolar na disciplina de português no que se refere aos sintomas depressivos ($F = 0,913$; $p = 0,458$). Todavia, foi interessante notar, conforme a Tabela 10, que os participantes com desempenho satisfatório e insatisfatório nas disciplinas de português e matemática apresentaram escores no CDI levemente superior aqueles com bom e ótimo desempenho.

A Tabela 11 descreve a média e desvio padrão da Escala de Estratégias de aprendizagem em relação ao rendimento escolar.

Tabela 11 – Média e Desvio padrão da Escala de Estratégias de Aprendizagem em relação ao rendimento escolar

Conceito em português		Média	Desvio padrão
	Insatisfatório	90,88	8,39
	Satisfatório	91,35	7,63
	Bom	94,24	8,12
	Ótimo	96,77	7,01
Conceito em matemática			
	Insatisfatório	90,90	7,78
	Satisfatório	90,79	7,69
	Bom	94,10	8,27
	Ótimo	96,09	6,99
	TOTAL	92,32	7,99

A relação entre os escores na Escala de estratégias de aprendizagem e rendimento escolar dos participantes nas disciplinas português e matemática também foi verificada mediante a Análise de Variância (ANOVA). Foram encontradas diferenças significativas no emprego das estratégias de aprendizagem entre os grupos com diferentes rendimentos em matemática ($F = 3,387$; $p = 0,011$) e também entre a utilização de estratégias de aprendizagem e os diferentes grupos de rendimento escolar na disciplina de português ($F = 2,550$; $p = 0,041$).

A Tabela 11 indica que os participantes com ótimo desempenho tanto em português quanto em matemática apresentaram uma pontuação mais elevada na Escala de Estratégias de Aprendizagem.

A correlação de Pearson indicou uma relação significativa e negativa ($r = -0,207$; $p = 0,007$) entre sintomas depressivos e estratégias de aprendizagem. Os resultados sugeriram que os sintomas depressivos tendem a interferir na utilização das estratégias de aprendizagem, ou seja, quanto maior a presença de sintomas depressivos, menor o relato de uso de estratégias de aprendizagem pelos alunos.

Finalmente, a Análise de Variância univariada foi empregada com o objetivo de saber se houve um efeito de interação entre as variáveis, ou seja, se a presença de sintomas de depressão implica no uso pobre de estratégias de aprendizagem e no baixo rendimento escolar dos sujeitos. Para esta análise, os resultados da escala de estratégias de aprendizagem foram classificados em baixo, médio e alto, enquanto que o rendimento nas duas disciplinas foi dividido em baixo desempenho, (sujeitos com rendimento insuficiente e suficiente) e em alto desempenho com sujeitos de bom e ótimo rendimento nas disciplinas de português e matemática.

A Análise de Variância mostrou que existe diferença significativa nos escores de depressão entre os grupos com alto e baixo rendimento em matemática, mas não foram encontradas diferenças significativas, nem em razão das estratégias de aprendizagem e nem em razão da interação entre as duas. Por outro lado, a Análise não revelou diferença significativa entre as pontuações no CDI no que se refere as estratégias de aprendizagem e rendimento em português, nem tampouco da interação entre as duas.

No capítulo a seguir os resultados serão discutidos a luz da literatura da área.

CAPÍTULO V

CAPÍTULO V

DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo investigar a relação entre os sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar de alunos de 3^a, 4^a e 5^a séries do ensino fundamental de uma escola pública de Campinas.

Neste capítulo serão discutidos os principais resultados com base na literatura da área. Em um primeiro momento, será realizada uma análise dos sintomas depressivos e diferentes variáveis como gênero, idade, série e repetência escolar. Em seguida, serão discutidas as estratégias de aprendizagem e suas relações com as variáveis demográficas. Por último, será comentada a relação entre sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar.

5.1. Sintomas depressivos e variáveis demográficas

5.1.1. Incidência de sintomas depressivos

Os sintomas depressivos foram identificados pelo Inventário de Depressão Infantil – CDI –, adaptado para população brasileira (Gouveia e cols., 1995), lembrando que neste estudo optou-se pelo ponto de corte 16, uma vez que, conforme mencionado no Capítulo 3, o item 9 – referente ao suicídio – foi excluído do inventário de depressão infantil.

No que se refere a incidência de sintomas depressivos, na população estudada foi encontrado que 3,55% dos participantes apresentaram escores no CDI superior ou igual ao ponto de corte 16. Apesar de terem sido encontradas poucas crianças com escores elevados no CDI, esse resultado é bastante expressivo, pois revela que, de fato, os sintomas depressivos estão presentes na infância. Talvez a prevalência observada nesta

investigação tenha sido reduzida devido a deseabilidade social, ou seja, pode-se considerar que os participantes não queriam se expor, de forma que preferiam omitir algumas informações, preferindo não falar de seus sentimentos depressivos.

No entanto, a baixa prevalência de sujeitos com sintomas depressivos foi semelhante à encontrada por alguns estudiosos da área. Soares (2003) observou que 2,3% dos alunos da 4ª série do Sul do país apresentavam sintomas de depressão. Baptista e Golfeto (2000) revelaram uma taxa ainda menor de sintomas depressivos em crianças de 7 a 14 anos na cidade de Ribeirão Preto (1,48%), enquanto Hallak (2001) verificou que 6% de seus sujeitos, também de Ribeirão Preto, apresentaram sintomas de depressão. Em contrapartida, uma alta incidência tem sido observada em outras cidades brasileiras e em outros países. Bandim e cols. (1995) encontraram 12,5% de crianças com depressão maior no Recife. Barbosa e Gaião (2001) revelaram sintomas depressivos em 22% das crianças pesquisadas na Paraíba. Curatolo (2001) obteve 21% de crianças com sintomatologia depressiva em São Paulo. Esses dados sugerem que algumas cidades brasileiras parecem apresentar uma incidência maior, talvez em função de diferenças socioeconômicas e características locais ou regionais.

A literatura internacional também revela variações nas taxas de incidência. Stenvenson e Romney (1984) encontraram 14% de crianças com sintomas de depressão; Kazdin e cols. (1983) observaram uma frequência de 15%; Kashani e cols. (1983), de 13%; e Kaslow e cols. (1984) identificaram 33% de depressivos. De acordo com German e cols. (1987); Leerhsen e cols. (1987), citados por Wright-Strawderman; e Watson (1992), as pesquisas sugerem que 6 a 7% de adolescentes e 1,8% de crianças entre 7 e 12 anos apresentam sintomas depressivos, de forma que os resultados aqui obtidos são os esperados, tendo em vista a literatura da área.

Vale ressaltar que 8,8% dos pais dos sujeitos não autorizaram a participação de seus filhos nesta pesquisa e 16,4% dos alunos não entregaram o termo de autorização ao pesquisador, portanto um número considerável de crianças deixou de responder ao Inventário de Depressão Infantil. Esse fato nos remete a alguns questionamentos, como: O que fez com que os pais desses alunos não autorizassem a participação de seus filhos na pesquisa? Por que alguns alunos não entregaram a carta de autorização devidamente assinada? De acordo com Fleming e Offord (1990), é preciso tomar alguns cuidados ao

interpretar dados de prevalência realizados no ambiente escolar, uma vez que normalmente esses estudos não incluem alunos que faltam freqüentemente ou alunos evadidos. E, certamente, esses fatores podem camuflar taxas de sintomatologia depressiva.

Além disso, conforme analisado em capítulos anteriores, várias características contribuem para a diversidade na incidência dos sintomas de depressão. É necessário considerar as diferenças na população estudada, nos instrumentos utilizados para diagnóstico, a definição do ponto de corte adotado no CDI e as diferenças regionais, socioeconômicas e culturais da população.

5.1.2. Principais sintomas depressivos apresentados pela amostra total e pelos sujeitos com depressão

Mediante uma análise das respostas da amostra total dos sujeitos no CDI, observou-se que os sintomas mais freqüentemente relatados foram baixa auto-estima (*“Não posso ser tão bom quanto as outras crianças”*), preocupação (*“Eu me sinto sempre preocupado”*), sentimento de culpa (*“Tudo de mau que acontece é por minha culpa”*), cansaço (*“Eu estou sempre cansado”*), pessimismo (*“Eu tenho certeza que coisas horríveis me acontecerão”*) e sentir-se sozinho (*“Eu sempre me sinto sozinho”*). Os itens menos assinalados no CDI foram: *“Eu sou sempre mau”* e *“Eu não gosto de estar com as pessoas”*.

Uma análise somente das respostas dos sujeitos com sintomas depressivos no CDI também foi realizada e os resultados revelaram que os sintomas mais freqüentemente relatados foram: culpa (*“Tudo de mau que acontece é por minha culpa”*), solidão (*“Eu sempre me sinto sozinho”*), tristeza (*“Eu estou sempre triste”*), pessimismo (*“Nada vai dar certo para mim”*), e choro (*“Eu sinto vontade de chorar diariamente”*). Dentre os sintomas de depressão que menos foram citados estão: *“Nada é divertido para mim”*, *“Eu sou sempre mau”*, *“Eu não gosto de estar com as pessoas”* e *“Eu nunca faço o que me mandam”*. Pode-se concluir que os sintomas depressivos mais comuns na amostra de sujeitos que ultrapassaram o ponto de corte foram o sentimento de tristeza, choro, culpa, pessimismo e solidão, sintomas esses bastante semelhantes aos apresentados por adolescentes e adultos depressivos. Resultados semelhantes foram encontrados no

estudo de Curatolo (2001), no qual questões como “*nunca serei tão bom quanto as outras crianças*”, “*nada irá dar certo para mim*” e “*coisas horríveis irão acontecer comigo*” também obtiveram um grande número de respostas. De acordo com a autora, é possível observar, já na infância, a presença da tríade cognitiva da depressão, caracterizada pela visão pessimista de si, do mundo e dos outros. Ferro e cols. (1994) também verificaram que os sintomas mais freqüentes apresentados pelos sujeitos com diagnóstico de depressão maior foram falta de interesse, baixa auto-estima, pensamentos de suicídio, culpa, autodesvalorização e falta de energia. Embora no presente estudo não se tenha realizado um diagnóstico criterioso da depressão, os resultados são bastante semelhantes aos apresentados pela literatura.

É interessante notar que, neste estudo, a solidão (*Eu sempre me sinto sozinho*) surge como sintoma depressivo na maioria dos sujeitos, apesar de essas crianças afirmarem que gostam de estar com as pessoas. Esse dado sugere que talvez exista uma certa rejeição por parte dos colegas em relação à criança depressiva. Cole (1990), Jacobson e cols. (1983) e diversos autores citados por Harrington (1993) reportam que a depressão em pessoas jovens está associada ao prejuízo nas relações interpessoais. Harrington (1993) cita os achados de Puig-Antich e cols. (1985), segundo os quais a comunicação pobre e a falta de entusiasmo foram características de seus sujeitos depressivos. Goodyer e cols. (1991), citados por Harrington (1993), sugerem duas possibilidades para a dificuldade social de crianças deprimidas. A primeira hipótese consiste em o comportamento social da criança com depressão ter um impacto negativo em seus amigos, provocando um distanciamento entre eles, e a segunda hipótese seria a de que os pensamentos negativos característicos da depressão reduziriam o contato social com os seus pares.

Observou-se também nas respostas dos sujeitos depressivos a presença de cognições negativas, como: “*Tudo de mau que acontece é por minha culpa*”, “*Nada vai dar certo para mim*”, “*Eu faço tudo errado*”, “*Eu tenho certeza que coisas horríveis me acontecerão*”. Pesquisas têm revelado que crianças depressivas apresentam baixa auto-estima, fazem mais atribuições depressivas e se avaliam de maneira negativa (Kaslow e cols., 1984).

Estudos futuros são necessários, já que pouco se conhece a respeito da sintomatologia depressiva em crianças brasileiras, bem como das dificuldades sociais e cognitivas associadas a ela.

5.1.3. Sintomas depressivos e variáveis como sexo, idade, série e repetência escolar

Com relação à influência das variáveis demográficas, os resultados não revelaram relações significativas entre sintomas de depressão e sexo, idade, série e repetência escolar. No que se refere ao gênero dos sujeitos, verificou-se que, apesar de não existir relação significativa, as meninas apresentaram escores mais altos no CDI do que os meninos, sugerindo que as meninas tendem a apresentar mais sintomas depressivos quando comparadas aos meninos. Outros estudos também não encontraram diferenças entre sexo masculino e feminino quanto aos sintomas depressivos (Soares, 2003; Andriola e Cavalcante, 1999; Gouveia e cols., 1995; Wright-Strawderman e Watson, 1992; Chartier e Lassen, 1994; Donnelly, 1995; Culp, Clyman e Culp, 1995; Stenvenson e Romney, 1984; Kaslow e cols., 1984; Kazdin e cols., 1983 e Kashani e cols., 1983).

Steinberg (1989) relata que, antes da adolescência, os meninos tendem a ter mais sintomas depressivos do que as meninas, mas após a puberdade essa incidência muda consideravelmente, e as adolescentes passam a apresentar mais sintomas depressivos do que adolescentes do sexo masculino. Apesar de ainda não se saber com exatidão por que as mulheres apresentam mais depressão do que os homens, algumas hipóteses têm sido levantadas.

Baptista e cols. (1999) fazem uma extensa análise das possíveis explicações dessas diferenças e relatam que os fatores biológicos parecem desempenhar um papel importante, já que o início dessa diferença se dá na adolescência. No entanto, os autores também citam uma diversidade de fatores psicossociais que podem contribuir para o aumento de depressão no sexo feminino. Dentre esses fatores estão a tendência da mulher em internalizar eventos estressantes, a desigualdade social entre os sexos e as diferenças na socialização.

De acordo com White (1989), as diferenças na taxa de incidência entre meninos e meninas ocorrem em função das divergências nas práticas de socialização. White (1989) afirma que as meninas são desencorajadas a expressarem sentimentos de raiva e crítica negativa aos outros, mas por outro lado são encorajadas a entrar em contato com sentimentos depressivos como tristeza, choro e desânimo. Já para os meninos é permitida a expressão desses sentimentos de raiva por meio de esportes, ou pelo comportamento agressivo-competitivo ou ainda pela manifestação indireta da raiva como desafio de autoridade, problemas de conduta ou brigas.

A relação entre a variável sexo e depressão pode auxiliar no desenvolvimento de modelos explicativos e tratamento psicológico e biológico (Baptista e cols., 1999), bem como na prevenção desses sintomas. Segundo Baptista e cols. (1999), com o conhecimento das diferenças de gênero é possível fornecer estratégias clínicas diferenciadas tanto no tratamento psicoterápico quanto farmacológico da depressão.

Também não foram encontradas relações significativas entre sintomas de depressão e série e idade, apesar de os alunos mais jovens, de 3^a série, apresentarem mais sintomas depressivos do que os alunos de séries mais avançadas. Dados semelhantes foram verificados nos estudos de Wright-Strawderman e Watson (1992); Gouveia e cols. (1995); Chartier e Lassen (1994); Hall e Haws (1989); Stenvenson e Romney (1984); Fonseca e cols. (2002); Perez e Urquijo (2001); Kaslow e cols. (1984). No presente estudo, a falta de relações entre sintomas depressivos e série ou idade pode ter ocorrido em função da pouca variabilidade quanto a idade e série dos sujeitos investigados.

Apesar de a maior parte da literatura mostrar que a incidência é maior a partir da adolescência (Harrington, 1990), neste estudo, embora não se tenham encontrado relações significativas, as crianças menores apresentaram escores mais altos no CDI. Esse resultado sugere que, talvez as crianças mais jovens, por serem mais imaturas e inexperientes na maneira de lidar com seus próprios problemas e seus sentimentos, acabam tendo mais sintomas depressivos. Como mostra a literatura, a criança com depressão apresenta cognições negativas a respeito de si e dos outros e, talvez devido a sua imaturidade, é incapaz de apresentar uma postura crítica diante de seus sentimentos e pensamentos negativos e dos eventos de sua vida, aceitando-os como verdadeiros, sem confrontá-los, contribuindo para a instalação de sintomas depressivos.

Neste estudo também não foram encontradas relações significativas entre sintomas depressivos e repetência escolar, embora os participantes repetentes apresentassem escores mais elevados no CDI do que os participantes não repetentes. É fato que os alunos repetentes experienciam mais o sentimento de fracasso e talvez vivenciem mais situações problemáticas decorrentes do próprio insucesso escolar e essa condição poderia deixá-los mais vulneráveis aos sintomas depressivos. Pesquisas sobre a relação entre fracasso escolar e desamparo adquirido mostram que as duas variáveis estão interligadas e podem conduzir a sentimentos de depressão (Nunes, 1990).

Em síntese, apesar da ausência de relações significativas entre sintomas depressivos e variáveis demográficas, verificou-se que os alunos do sexo feminino, de 3ª série e com experiência de repetência escolar apresentaram mais sintomas de depressão no CDI do que os outros participantes.

5.2. Estratégias de aprendizagem e variáveis como sexo, idade, série e repetência escolar

A estratégia de aprendizagem foi avaliada pela Escala de Estratégia de Aprendizagem (Boruchovitch e Santos, 2001) construída para a população brasileira a partir da literatura da área. De acordo com os resultados, observou-se que grande parte dos alunos apresentou escores superiores à média de 92,32 pontos na Escala de Estratégia, indicando que a maioria da amostra reporta usar estratégias cognitivas e metacognitivas durante a realização de tarefas escolares e de estudo.

Com relação à influência das variáveis demográficas como gênero, idade, série e repetência no uso das estratégias de aprendizagem, verificou-se uma ausência de relação significativa entre estratégias de aprendizagem e repetência escolar, mas ainda assim os alunos que apresentaram história de repetência escolar foram menos estratégicos do que os alunos não repetentes, confirmando dados de pesquisas anteriores (Boruchovitch, 2001c e Loranger, 1994). Esse resultado será melhor discutido no item referente a estratégias de aprendizagem e rendimento escolar.

No presente estudo não foram encontradas relações significativas entre estratégias de aprendizagem e gênero, idade e série escolar, embora os alunos do sexo

feminino e de 4ª série apresentassem uma pontuação mais elevada na Escala de Estratégias de Aprendizagem do que os outros participantes.

A literatura na área de estratégias de aprendizagem tem encontrado relação entre o conhecimento de certas estratégias de aprendizagem e variáveis como idade, série, sexo e repetência escolar (Boruchovitch, 1999b; Costa, 2000; Costa e Boruchovitch, 2000b; Costa e Boruchovitch 2000c; Boruchovitch, 2000; Schlieper, 2001; Zimmerman e Martinez-Pons, 1990; Pokay e Blumenfeld, 1990; Ablard e Lipschultz, 1998).

No que se refere às variáveis demográficas, os estudos de Schlieper (2001) e Costa (2001) revelaram resultados relevantes. Schlieper (2001) constatou que a estratégia de pedir ajuda e estratégias de ensaio foram mais frequentes entre os alunos do sexo feminino, já estratégias de controle da atenção foram mais observadas entre os meninos. Estratégias de elaboração e a preocupação em manter um ambiente de estudo favorável foram relacionadas com o aumento da idade e escolaridade nos estudos de Boruchovitch (1999b), Schlieper (2001) e Costa (2000).

Quanto ao gênero, Zimmerman e Martinez-Pons (1990) e Ablard e Lipschultz (1998) apresentaram dados semelhantes. Zimmerman e Martinez-Pons (1990) constataram que as meninas reportaram maior utilização de estratégias de auto-regulação como retenção, monitoramento, estruturação do ambiente, levantamento de metas e planejamento do que os meninos. Ablard e Lipschultz (1998) observaram que as meninas tendem a usar mais estratégias que otimizem o ambiente e a regulação pessoal do que os meninos em determinadas situações de aprendizagem como, por exemplo, a execução de uma tarefa difícil ou em tarefas de leitura e escrita.

Contrariamente aos estudos de Schlieper (2001), Costa (2000), Zimmerman e Martinez-Pons (1990) e Ablard e Lipschultz (1998), na presente pesquisa os fatores como série escolar, gênero e idade não afetaram o uso de certas estratégias de aprendizagem. Talvez a ausência de diferenças significativas entre estratégias de aprendizagem e séries escolares tenha ocorrido devido à pouca variabilidade da população estudada, bem como às diferenças nos procedimentos de coleta de dados entre os estudos.

Finalizando, os dados da literatura sugerem que mesmo crianças mais novas são capazes de monitorar suas dificuldades. Apesar de existir nelas uma tendência em empregar estratégias menos sofisticadas do que os adolescentes e adultos, ainda assim as

crianças são estratégicas e podem também ser sujeitos de uma intervenção com a finalidade de aperfeiçoar o uso de suas estratégias bem como adquirir um novo repertório (Kopp, 1982; Martín e Marchesi, 1996; Zimmerman e Martinez-Pons, 1990). Estudos futuros ainda são necessários para um maior esclarecimento da discrepância encontrada nas diversas investigações.

5.2.1. Repertório de estratégias de aprendizagem da amostra total

Conforme mencionado anteriormente no Capítulo 3, a Escala de Estratégias de Aprendizagem é composta por 40 questões objetivas, sendo que 10 delas referem-se a estratégias cognitivas e o restante, 30 questões, avalia as estratégias metacognitivas. Para melhor compreensão dos diferentes tipos de estratégias de aprendizagem avaliados pelas questões da escala de estratégias de aprendizagem, ver Anexo 07.

Quanto ao repertório de estratégias de aprendizagem, verificou-se nesta pesquisa que a maioria das estratégias assinaladas pelos participantes como sendo “sempre” empregadas foram estratégias metacognitivas. A única estratégia cognitiva escolhida como sendo “sempre” usada pela maioria dos sujeitos foi a estratégia de ensaio, mais especificamente copiar da lousa tudo o que o professor escreve. Não se pode esquecer que essa estratégia de copiar da lousa é muito valorizada pelo professor em nossa cultura e principalmente nos primeiros anos escolares, de forma que talvez a excessiva valorização dessa estratégia por parte do professor explique o grande número de participantes que admitiram usá-la.

Lembrando que a habilidade metacognitiva é o conhecimento que o aluno tem sobre seus próprios processos cognitivos e seu estado interno (Dockrell e McShane, 2000; Palladino e cols., 2000), dentre as estratégias metacognitivas escolhidas como sendo “sempre” utilizadas encontram-se monitoramento da compreensão da leitura, monitoramento na manutenção da atenção e estratégias como a organização do ambiente de estudo, onde os alunos disseram separar todo o material antes de iniciar os estudos ou a tarefa de casa e ainda procurar um lugar calmo e bem iluminado para a realização dessas tarefas. A estratégia de rever todo o material a fim de se certificar de que o fez

corretamente também parece ser uma prática comum entre os participantes. Grande parte dos alunos também reporta manter a motivação para a aprendizagem.

Resultados semelhantes foram vistos na maioria das estratégias assinaladas pelos participantes como sendo “algumas vezes” empregadas. Dentre as estratégias cognitivas citadas estão as estratégias de elaboração, ou seja, criar perguntas sobre o assunto que está sendo estudado, e a estratégia de ensaio – repetir em voz alta ao ler um texto. A estratégia metacognitiva mencionada algumas vezes foi a estratégia de monitoramento da aprendizagem, que consiste em perceber quando se está com dificuldades para aprender determinada matéria. Além disso, mais de 50% dos alunos admitiram que costumam se sentir nervosos ou com medo de fazer algo errado durante as tarefas e uma grande parte também se sente cansada na realização de tarefas escolares.

Nota-se nessa amostra que as estratégias cognitivas mais sofisticadas como selecionar idéias de um texto, fazer esquema, descobrir o assunto a partir do título ou de figuras foram pouco mencionadas pelos sujeitos, confirmando dados da literatura que revelam que as estratégias mais sofisticadas tendem a ser empregadas mais tarde na vida dos estudantes. Assim como no estudo de Schlieper (2001), na presente pesquisa algumas estratégias cognitivas de elaboração e ensaio também foram menos citadas, como sublinhar, resumir e criar perguntas sobre o texto que se está estudando.

A estratégia de pedir ajuda para o professor ou para um amigo ou para alguém da família e ainda procurar auxílio do dicionário foram estratégias mencionadas como sendo “algumas vezes” usadas por alguns participantes. Apenas um pequeno número de alunos afirmou não ter o hábito de solicitar o auxílio de outras pessoas ou de algum material que possa esclarecer uma dúvida. Conforme Newman (1990), citado por Costa e Boruchovitch (2000a), a estratégia de procurar auxílio está muito relacionada à auto-estima da criança e à autopercepção de competência. As crianças que se vêem como competentes tendem a procurar mais ajuda do que aquelas que se vêem como incompetentes.

No que se refere às estratégias de organização do ambiente e planejamento do tempo, verificou-se neste estudo que a maioria dos alunos procura um lugar calmo e bem iluminado para a realização de tarefas escolares e costuma separar todo o material de estudo antes de iniciar suas atividades. A maioria também não tem o hábito de assistir à

televisão ou ouvir música enquanto estuda ou faz a lição de casa e não costuma comer durante o estudo. Além disso, os participantes demonstraram organizar bem seus horários de estudos. A maioria relata dividir bem as tarefas do dia-a-dia, de maneira a conseguir ter tempo para outras atividades, e menciona não deixar as tarefas para fazer na última hora. Vale ressaltar que não sabemos até que ponto tais afirmações são verdadeiras ou se foram respondidas de acordo com uma desejabilidade social, de forma que estudos futuros são necessários a fim de esclarecer tais dúvidas. Talvez o uso de diferentes instrumentos, como observações em situações reais de aprendizagem e entrevistas a respeito de hábitos de estudos dos alunos, associado à realização de pesquisas longitudinais possa clarificar essas incertezas.

Quanto às estratégias que envolvem o controle das emoções e a motivação, verificou-se na presente pesquisa que a maioria dos alunos afirma ir até o final de um exercício mesmo quando a tarefa é difícil ou chata. Alguns descrevem que mantêm a motivação e a persistência em todas as tarefas difíceis, enquanto outros relatam conseguir apenas algumas vezes. Neves (2002) observou em seu estudo que os alunos campineiros do ensino fundamental parecem motivados a aprender. No entanto, o que se percebe é que, apesar de motivados, ainda é comum a queixa do professor dizendo que o aluno é desmotivado. Neves (2002) sugere que talvez o problema esteja no próprio sistema educacional por não oferecer condições favoráveis a uma boa aprendizagem.

No que se refere ao controle das emoções, por um lado a maioria dos alunos assumiu que controla o medo diante do professor apenas algumas vezes e grande parte da amostra disse manter a calma durante a realização de uma tarefa, mas por outro lado a maioria afirmou que algumas vezes costuma sentir nervosismo e medo de estar fazendo algo errado.

A ansiedade e o medo parecem ser sentimentos presentes no cotidiano escolar de alguns alunos, trazendo muito prejuízo para o desenvolvimento acadêmico. De acordo com Pekrun, Goetz, Titz e Perry (2002), existe uma rica diversidade de emoções durante a experiência escolar e apesar da ansiedade ser a emoção mais pesquisada em relação às outras, estudos têm revelado que as emoções positivas e negativas interferem nos processos cognitivos e na performance do aluno, bem como na sua saúde física e psíquica. Em seu estudo, Pekrun e cols. (2002) observaram que as emoções negativas

como desamparo e aborrecimento estavam relacionadas à diminuição da motivação do aluno, ao uso inflexível de estratégias de aprendizagem e ao baixo desempenho escolar. Tendo em vista a interferência das emoções no rendimento acadêmico, tornam-se extremamente relevantes programas de intervenção, não somente visando a estratégias cognitivas, mas também focalizando estratégias de apoio, com o objetivo de manter condições psicológicas adequadas a uma boa aprendizagem. Conforme descrito em Boruchovitch (2001c), as estratégias afetivas ou de apoio são voltadas à eliminação de sentimentos desagradáveis, que normalmente interferem de forma negativa na aprendizagem. Ainda segundo Boruchovitch (1994), os fatores que acabam interferindo no uso efetivo de estratégias de aprendizagem são afetivos e motivacionais, de forma que é importante que o aluno se sinta capaz e competente para em seguida se envolver em comportamentos estratégicos.

5.3. Sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar

O rendimento escolar foi avaliado mediante o conceito do aluno em duas disciplinas, português e matemática, durante o primeiro bimestre do ano de 2002. Empregou-se também como critério para análise do desempenho acadêmico a presença ou ausência de reprovação escolar.

Conforme os dados obtidos, verificou-se que a maioria dos sujeitos apresentava desempenho satisfatório tanto em português quanto em matemática. De acordo com os critérios da própria escola, o desempenho satisfatório significa que o aluno atingiu os objetivos essenciais. No que se refere a repetência escolar, constatou-se que a maioria dos participantes não era repetente. Vale lembrar que a escola estudada não adotava o regime da Progressão Continuada.

5.3.1. Sintomas de depressão e rendimento escolar

Quanto à relação entre sintomas depressivos e rendimento escolar, verificou-se uma relação significativa entre os sintomas depressivos e o rendimento em matemática, mas por outro lado, não houve relação significativa entre os sintomas depressivos e o rendimento em português. Os alunos com desempenho satisfatório e insatisfatório, tanto em português quanto em matemática, apresentaram escores mais elevados no CDI. Já os participantes com ótimo e bom desempenho nas duas disciplinas apresentaram menos sintomas de depressão.

A associação entre depressão infantil e rendimento escolar tem sido avaliada por alguns autores (Soares, 2003; Wright-Strawderman e Watson, 1992; Stenvenson e Romney, 1984; Hall e Haws, 1989; Colbert e cols., 1992; Perez e Urquijo, 2001; Weinberg e cols., 1989; Palladino e cols., 2000 e outros). Esses estudos têm revelado uma estreita relação entre a presença de sintomas de depressão infantil e baixo desempenho escolar, também confirmada no neste estudo. No entanto, é interessante notar que na presente investigação observou-se uma relação significativa entre os sintomas depressivos e o desempenho em matemática. Estudos prévios não têm encontrado diferenças significativas quando comparam grupo de deprimidos e grupo de não deprimidos quanto ao desempenho em diferentes provas como aritmética e português (Brumback e cols., 1980; Perez e Urquijo, 2001; Tesiny, Lefkowitz e Gordon, 1980 e Mokros e cols., 1989). Tendo em vista que o resultado encontrado na presente pesquisa difere de estudos anteriores, surge a seguinte questão: por que o desempenho em matemática é mais afetado pelos sintomas depressivos do que o rendimento em português? Para tentar responder a essa pergunta vale a pena fazer uma breve descrição das habilidades exigidas na matemática.

De acordo com Riviere (1995), um enfoque cognitivo tem sido dado às dificuldades na matemática com o objetivo de se conhecerem os processos mentais empregados nessas tarefas, bem como as estratégias usadas pelos estudantes. O autor coloca que uma aparente simplicidade em uma operação de adição é enganosa, pois mesmo a adição envolve processos mentais complexos como atenção seletiva, memória a longo prazo e memória a curto prazo. Ainda segundo Riviere (1995), uma dificuldade na matemática pode ser decorrente de um problema de atenção ou de uma ineficiência ao

empregar estratégias de armazenamento ou recuperação, ou também devido a falta de conhecimento prévio. No entanto, o autor reconhece que fatores motivacionais e emocionais podem comprometer o desempenho em matemática. E acrescenta a importância das interações sociais e da comunicação do aluno com um colega de classe ou com o professor na aprendizagem da matemática.

Resumindo, as habilidades sociais e as funções cognitivas como memória e atenção são extremamente relevantes para a boa aprendizagem, principalmente na matemática. Os estudos sobre a depressão na criança mostram que tanto a memória de curto quanto a de longo prazo estão prejudicadas (Bandim e cols., 1998; Lauer e cols., 1994) e a concentração e comportamentos como isolamento social e falta de interação (Cole, 1990; Soares, 2003) são também característicos da criança com depressão. Parece que justamente os fatores importantes na aprendizagem da matemática são aqueles que se encontram prejudicados na criança depressiva. Talvez essa explicação permita uma melhor compreensão da relação encontrada no presente estudo entre sintomas de depressão e rendimento em matemática.

A literatura revela ainda que alguns sintomas depressivos podem interferir de forma negativa no funcionamento cognitivo. Dificuldade de concentração e lentidão motora comprometem a aquisição e consolidação de informações e a falta de interesse e motivação pode prejudicar o empenho do aluno em determinada tarefa, prejudicando seu rendimento escolar (Kovacs e Goldston, 1991).

Vale lembrar que, neste estudo, o critério empregado para averiguar o rendimento escolar foi o conceito/nota dado pelos professores das disciplinas de matemática e português, de forma que esses conceitos estão sujeitos também à subjetividade dos professores. A diferença na maneira como cada professor avalia o rendimento escolar de seu aluno pode ser levantada como hipótese para explicar a ausência de relações entre sintomas depressivos e desempenho em português e a presença de relações entre sintomas depressivos e desempenho em matemática. Talvez o uso de uma avaliação mais objetiva do rendimento escolar nas duas disciplinas pudesse oferecer resultados mais fidedignos. Quanto ao desempenho em matemática, existem ainda outros fatores que podem afetar o rendimento do aluno nessa disciplina. Alguns estudantes apresentam crenças equivocadas a respeito da matemática que certamente podem

interferir em seu desempenho. No estudo de Ramos (2003), meninos e meninas acreditam ter falta de jeito para a matemática e as meninas acreditam que possuem menor capacidade para a matéria do que os meninos, embora os meninos não pensem da mesma maneira. A relação entre confiança do aluno para aprender matemática e o desempenho nessa matéria foi estudada por Gonzalez (2000) que encontrou que alunos com melhor desempenho em matemática eram mais confiantes.

Em suma, são inúmeros os fatores que afetam o desempenho escolar do aluno. Desde aspectos internos, como variáveis afetivas, crenças de incapacidade, autoconceito, uso de estratégias de aprendizagem, até fatores externos, como condições ambientais da escola e relacionamento professor-aluno, tornando o assunto bastante complexo e sendo necessários mais estudos a fim de esclarecer as influências dessas variáveis.

5.3.2. Estratégias de aprendizagem e rendimento escolar

Os resultados sugerem uma relação significativa entre estratégias de aprendizagem e rendimento em matemática e português. Alunos com ótimo desempenho, tanto em matemática quanto em português, revelaram ser mais estratégicos quando comparados aos alunos com desempenho satisfatório e insatisfatório. Resultados semelhantes foram obtidos nos estudos de Loranger (1994) e Pokay e Blumenfeld (1990).

Neste estudo, os alunos não repetentes mencionaram o emprego de mais estratégias de aprendizagem do que os alunos repetentes. No entanto, cabe questionar se os sujeitos do presente estudo usam de fato de forma eficiente as estratégias de aprendizagem por eles mencionadas, pois, como mostra a literatura da área, o mais importante não é simplesmente utilizar estratégias cognitivas e metacognitivas, mas sim usá-las com eficiência. É importante ressaltar que nas pesquisas descritas anteriormente e no presente estudo investigou-se apenas o relato dos sujeitos quanto ao uso de estratégias de aprendizagem e não a utilização de fato dessas estratégias.

Em síntese, de acordo com a literatura, parece existir uma diferença entre os hábitos de estudos e o repertório de estratégias de aprendizagem entre alunos com bom rendimento escolar e alunos com desempenho insatisfatório. Atualmente, sabe-se que as dificuldades escolares podem ocorrer em consequência de uma incapacidade do aluno em

aplicar, monitorar e avaliar o uso de estratégias de aprendizagem (DeBettencourt, 1987; Garner, 1990).

5.3.3. Sintomas depressivos e estratégias de aprendizagem

Foi encontrada uma correlação significativa e negativa entre a presença de sintomas de depressão e o uso de estratégias de aprendizagem, sugerindo que quanto maior o número de sintomas de depressão menor o relato de uso de estratégias de aprendizagem por parte dos participantes. Esse dado confirma estudos prévios, nos quais fatores afetivos interferem de forma negativa na aprendizagem do aluno. Por exemplo, sabe-se que os estudantes que acreditam na sua capacidade e competência usam mais estratégias cognitivas e metacognitivas, são mais auto-regulados e mais persistentes diante de tarefas difíceis ou desinteressantes (Pintrich e DeGroot, 1990). As emoções também desempenham importante papel na aprendizagem. Pekrun e cols. (2002) verificaram em seu estudo que emoções negativas como aborrecimento e desamparo estão correlacionadas negativamente com motivação e com uso eficiente de estratégias de aprendizagem, sugerindo que essas emoções podem prejudicar a motivação do aluno. Resultados semelhantes foram encontrados por Borkowski, Carr, Rellinger e Pressley (1990), citados por Loranger (1994), onde também o emprego adequado de estratégias de aprendizagem está diretamente relacionado a motivação e a auto-estima. O mesmo acontece com o autoconceito (Pokay e Blumenfeld 1990) e com o nível de interesse apresentado pelo estudante (Schilfele e Schreyer, 1994; Wild, 1996, citado por Krapp, 1999).

Neste estudo, uma hipótese seria talvez a de que as crianças com sintomas depressivos apresentam uma tendência a fazer atribuições negativas aos eventos de sua vida. Conseqüentemente, as atribuições conduziriam a uma diminuição da motivação e perseverança diante de tarefas acadêmicas, levando a um declínio no uso de estratégias e do rendimento escolar. Com o baixo rendimento, instala-se um círculo vicioso, já que as atribuições negativas seriam confirmadas, reforçando as cognições negativas e não favoráveis à boa aprendizagem.

Palladino e cols. (2000) encontraram em seu estudo resultados semelhantes aos verificados nesta pesquisa. Seus dados sugerem que monitoramento da compreensão e

conhecimento estratégico apresentam uma correlação negativa com sentimentos depressivos. O autor conclui que o sistema metacognitivo e o sistema afetivo estão relacionados e um influencia o outro e explica que os estudantes com dificuldade escolar apresentam déficits no sistema metacognitivo. Segundo Dweck (1986), a dificuldade metacognitiva contribui para o desenvolvimento de crenças de desamparo, conseqüentemente conduzindo a sentimentos depressivos (Borkowski, 1992).

É certo que fatores motivacionais e emocionais como auto-estima (Loranger, 1994), ansiedade (Costa, 2000; Costa e Boruchovitch, 2000a) e sintomas depressivos podem interferir na aprendizagem e no uso eficiente de estratégias de aprendizagem. Costa e Boruchovitch (2000a) enfatizam a importância de algumas dessas variáveis psicológicas e afirmam que fatores motivacionais, emocionais, atribuições de causalidade e ansiedade podem ser modificados mediante intervenção, já que são incompatíveis ao sucesso escolar. O mesmo pode ocorrer com a depressão, onde intervenções teriam como objetivo ensinar o uso de estratégias cognitivas e metacognitivas, bem como estratégias afetivas para lidar melhor com emoções e cognições negativas que acabam atrapalhando o desempenho do aluno com depressão.

Conclui-se pela necessidade de um maior número de pesquisas brasileiras focalizando a interferência de variáveis afetivas no rendimento acadêmico, bem como da criação de programas que contribuam para que essas crianças com problemas emocionais lidem de forma mais eficiente com suas dificuldades.

5.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura brasileira tem revelado uma estreita associação entre problemas escolares e a presença de dificuldades emocionais/comportamentais na infância (Jacob e cols., 1999; Medeiros e cols., 2000; Graminha, 1992, Loureiro e cols., 1994; Martins e Graminha, 1989 e outros). Crianças com dificuldades de aprendizagem normalmente apresentam uma auto-imagem negativa, sentimentos de inferioridade, insegurança e problemas sociais (Jacob e cols., 1999). Graminha (1992) descreveu que crianças com atraso escolar mostravam comportamentos como tristeza, insegurança e dificuldade no relacionamento interpessoal. Medeiros e cols. (2000) acrescentam a esses o

comportamento irritável, preocupação exagerada e uma tendência a problemas internalizantes. Tais resultados indicam que uma criança com problemas escolares freqüentemente apresenta dificuldades psicológicas. Assim como recomendam Móises e Collares (1999), o objetivo do presente estudo não é “psicologizar” os problemas infantis, mas sim alertar para o grande número de crianças que apresentam as duas dificuldades associadas, pois, de acordo com Martinelli (2001), o ajustamento afetivo é necessário, porém não é suficiente para o desenvolvimento infantil. Ainda segundo Martinelli (2001), não existe um consenso a respeito da maneira como os fatores afetivos interferem no desempenho cognitivo, no entanto sabe-se que não há conduta afetiva sem a presença de cognição e também não existem elementos cognitivos sem afeto.

Neste estudo, embora a taxa de incidência de sintomas depressivos encontrada na população pesquisada tenha sido baixa, os resultados sugerem que os sintomas de depressão podem ser observados já na infância, conforme visto em outros estudos brasileiros (Soares, 2003; Hallak, 2001; Barbosa e Barbosa, 2001; Baptista e Golfeto, 2000 e outros). É interessante notar que no presente estudo os resultados indicaram que a maioria dos participantes apresentou rendimento acadêmico satisfatório e somente poucos alunos vivenciaram situações como repetência escolar e fracassos repetidos, de forma que podemos aventar a seguinte hipótese: é possível que a taxa de incidência de sintomas depressivos tenha sido reduzida nesta amostra pelo fato de que grande parte dos sujeitos não apresentou problemas escolares. Além disso, houve um número considerável de alunos que não participaram da presente pesquisa, ou porque seus pais não autorizaram sua participação ou pelo fato de terem se esquecido de entregar o termo de autorização para o pesquisador. Talvez a ausência desses sujeitos na pesquisa tenha camuflado dados verdadeiros a respeito da incidência de sintomas de depressão.

Além disso, conforme encontrado neste estudo, os sintomas depressivos parecem interferir negativamente no uso de estratégias de aprendizagem e no rendimento escolar.

Esses resultados são relevantes na medida em que nos dão alguns indícios de como pode ser a postura da escola e do professor em sala de aula, no sentido de prevenir ou de aprender a lidar melhor com as dificuldades emocionais de seus alunos.

De acordo com Barbosa e Barbosa (2001), o comportamento depressivo na criança certamente ocorrerá na escola, uma vez que depressão e escola estão relacionados. O ambiente escolar é uma rica fonte de experiências tanto afetivas quanto sociais e educacionais. Pekrun e cols. (2002) constataram que as crianças vivenciam muitas emoções, positivas e negativas, na escola. O processo de adaptação escolar e situações específicas desse contexto dão origem a diversos sentimentos; por exemplo, uma situação de fracasso pode acarretar incerteza para a criança quanto a sua capacidade e competência, conduzindo ao desconforto e sentimentos de desvalorização (Martinelli, 2001). Vale dizer que tanto as emoções positivas quanto as negativas acabam interferindo na vida acadêmica do aluno, daí a importância de conhecer cada vez mais essas influências.

Estudos revelam que os pais e professores apresentam dificuldades em reconhecer os sintomas depressivos na criança (Wright-Strawderman e Watson, 1992) em função de sua semelhança com outros problemas emocionais e comportamentais. Em reportagem na Revista Época (2003) foi constatado que mesmo os profissionais médicos têm dificuldade para fazer o diagnóstico de depressão no adulto, pois muitos dos sintomas da depressão são também sintomas de outras doenças físicas e psicológicas. A falta de informação e a dificuldade no diagnóstico ajudam a manter o estado depressivo, tanto na criança como no adulto. Vale ressaltar que as mães dos sujeitos depressivos deste estudo foram convocadas para entrevista na escola com o objetivo de esclarecê-las a respeito dos sintomas da depressão e facilitar o encaminhamento dos filhos ao atendimento adequado. Algumas mães não compareceram à entrevista, embora tivessem sido convocadas mais de uma vez pela direção da escola, demonstrando um possível desinteresse pela vida escolar dos filhos. Soares (2003) verificou em seu estudo que o interesse dos pais pelos resultados escolares de seus filhos estão diretamente relacionados à depressão. Para os filhos, o desinteresse pelas suas atividades escolares é visto como: *“Não sou tão importante”*. Para esse autor, a negligência da família conduziria a criança à falta de interesse pelos estudos e à desmotivação.

Embora o objetivo deste estudo não tenha sido avaliar o comportamento familiar, foi interessante notar que as mães que compareceram à entrevista na data marcada desconheciam os problemas da depressão e não reconheciam os sintomas em

seus filhos, confirmando dados da literatura que revelam a desinformação de alguns pais. Além disso, a criança identificada como “depressiva” pelo Inventário de Depressão Infantil estava passando por algumas dificuldades na sua vida, como, por exemplo, separação dos pais, suspeita de abuso sexual, morte de um parente, entre outras. A literatura mostra que situações de separação ou problemas familiares podem levar uma criança a apresentar sintomas de depressão (Moreno e Moreno, 1994; Baptista, 1997; Baptista e cols., 2001).

Esses dados apontam para a necessidade de se criarem intervenções com a criança que apresenta problemas emocionais e da elaboração de programas de capacitação voltados para os professores, no sentido de instrumentalizá-los para que lidem melhor com essa realidade. Intervenções no próprio ambiente escolar com a criança deprimida são necessárias e estudos têm revelado que o emprego de técnicas de autocontrole, reestruturação cognitiva e outras técnicas cognitivas ajudam essas crianças a se sentirem melhor na sala de aula (Rehm e Sharp, 1999).

Neste estudo foi utilizado como método de diagnóstico da depressão infantil apenas um único instrumento, o CDI. Embora seja um inventário bastante empregado em pesquisas brasileiras seria interessante se outras formas de avaliação tivessem sido usadas. No entanto, de acordo com a literatura, o CDI é capaz de reconhecer os “prováveis depressivos” (Gouveia e cols., 1995), ou seja, aquelas crianças que já apresentam alguns sintomas de depressão e mais tarde podem desenvolver o transtorno depressivo, pois já apresentam uma tendência para isso. Dessa forma, o ideal seria que essas crianças fossem identificadas rapidamente e recebessem orientação e intervenção adequada, evitando o desenvolvimento de um quadro de depressão maior.

Rehm e Sharp (1999) enfatizam que a intervenção da depressão deve ter um enfoque preventivo, no qual os programas deveriam abranger principalmente os prováveis depressivos e as crianças que ainda não apresentam sintomas depressivos, mas que têm um fator de risco, como, por exemplo, pais depressivos.

Tendo em vista que a depressão interfere no uso de estratégias de aprendizagem e conseqüentemente no rendimento acadêmico do aluno, faz-se necessário que haja intervenções com o objetivo de aprender estratégias afetivas ou de apoio, bem como aperfeiçoar o uso de estratégias de aprendizagem, de forma que o desempenho

escolar de crianças com problemas emocionais não seja tão prejudicado. Em função da interferência das emoções na motivação, no uso de estratégias de aprendizagem e no desempenho escolar (Pekrun e cols., 2002), é necessário que as intervenções abranjam não somente as estratégias cognitivas, mas também que sejam focalizadas nas estratégias de apoio, mantendo condições psicológicas adequadas à aprendizagem, eliminando sentimentos desagradáveis (Boruchovitch, 2001c), que normalmente afetam de forma negativa a aprendizagem. Boruchovitch (1994) menciona que os fatores afetivos e motivacionais influenciam o uso efetivo de estratégias de aprendizagem, de forma que é importante que, em uma situação de intervenção, estratégias cognitivas e estratégias afetivas sejam igualmente abordadas.

Aos professores cabem maior conhecimento e conscientização a respeito do desenvolvimento psicológico infantil, bem como de problemas emocionais comuns nessa faixa etária. Os educadores precisam aprender a reconhecer e identificar os sintomas de depressão em seus alunos e ajudá-los no sentido de diminuir as conseqüências negativas da depressão na aprendizagem. É importante que o professor conheça os efeitos do fracasso escolar na vida psíquica do aluno e adote posturas que previnam tais dificuldades. E, ainda, na escola é necessário também criar um ambiente que favoreça a aprendizagem, desenvolvendo e aperfeiçoando as estratégias cognitivas e metacognitivas, bem como criar situações que conduzam o aluno a um comportamento de auto-regulação, contribuindo para que ele passe a ter uma postura reflexiva, de autocrítica e de autocontrole perante seus próprios processos cognitivos e, quem sabe, não existindo a possibilidade de uma generalização de uma autocrítica também para seus processos afetivos, se tornando mais consciente do seu estado interno. Costa (2000) concluiu que, normalmente, no ensino tradicional não existe uma preocupação em ensinar o aluno a “aprender a aprender” e constatou que os estudantes não tinham o hábito de pensar sobre seus processos cognitivos.

Muitos psicólogos cognitivistas têm estudado a aprendizagem auto-regulada, uma vez que essa habilidade possibilita que o estudante tenha maior iniciativa na sua aprendizagem, seja monitorando suas dificuldades, avaliando a eficácia de suas estratégias ou controlando fatores internos que podem afetar os resultados escolares (McCormick, Miller e Pressley, 1989; Zimmerman e Martinez-Pons, 1990; Pokay e

Blumenfeld, 1990; Ablard e Lipschultz, 1998; Pekrun e cols., 2002 e outros). Os estudos relacionados à intervenção para a promoção do comportamento auto-regulado mostram que a intervenção favorece essa atitude mais reflexiva, facilitando também a aquisição de novas estratégias (Martín e Marchesi, 1995).

Estudos futuros a respeito da influência de variáveis psicológicas na aprendizagem são importantes. Pesquisas posteriores poderiam contribuir também para a elaboração de programas de intervenção que visem à prevenção de problemas emocionais na infância, pois, como foi mencionado em todo este trabalho, os efeitos de dificuldades psicológicas podem ser duradouros e podem prejudicar o desenvolvimento infantil. Intervenções conjuntas entre estratégias afetivas e estratégias cognitivas no próprio ambiente escolar são extremamente relevantes.

ANEXOS

ANEXO I

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Prezado Diretor (a),

Sou aluna de Mestrado da Faculdade de Educação da Unicamp e estou pesquisando a depressão infantil e suas interferências no desempenho escolar e no uso de estratégias de aprendizagem do aluno. Apesar de fatores psicológicos interferirem de forma significativa na aprendizagem, são ainda escassos os estudos que relacionam depressão ao desempenho escolar do aluno e às estratégias de aprendizagem. Tendo em vista que a depressão envolve alterações no funcionamento geral do organismo, interferindo sobremaneira no processo de aprendizagem dos alunos, esta pesquisa pode contribuir para facilitar o reconhecimento de sintomas depressivos em escolares por parte de seus professores, possibilitando que o aluno receba a intervenção adequada.

Para a realização do estudo, faz-se necessário a participação dos alunos de terceira, quarta e quinta série do ensino fundamental. O trabalho será realizado da seguinte forma: os alunos participarão de uma entrevista com a pesquisadora, na qual responderão a um Inventário de depressão infantil e uma Escala de estratégias de aprendizagem em horário conveniente a escola. A duração prevista para esta entrevista é de aproximadamente 30 minutos;

Vale ressaltar que a pesquisa possui um caráter confidencial no que se refere a identificação dos alunos e da escola. Após concluída a pesquisa, estarei à disposição para informar os resultados obtidos à escola.

Desde já agradeço a atenção e empenho da direção, bem como a oportunidade concedida para a realização da pesquisa.

Campinas, setembro de 2001.

Atenciosamente,

Miriam Cruvinel

Evely Boruchovitch

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO

Prezados pais,

Sou psicóloga e aluna do Mestrado da Faculdade de Educação da Unicamp. Estou fazendo uma pesquisa sobre a depressão na infância e suas interferências no desempenho escolar e no uso de estratégias de aprendizagem por parte do aluno. Para dar continuidade a este trabalho necessito da sua colaboração, autorizando seu filho a participar desta pesquisa.

A participação do seu filho na pesquisa será para:

1. Responder um Questionário de Depressão Infantil
2. Responder um questionário sobre Estratégias de Aprendizagem

A aplicação dos questionários será realizada na própria escola e no horário mais conveniente a escola, mediante uma entrevista com a pesquisadora.

Quanto ao rendimento escolar do seu filho, este será avaliado mediante os conceitos obtidos no primeiro bimestre do presente ano.

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

Agradeço antecipadamente e me coloco à disposição para esclarecimentos de dúvidas.

Campinas, setembro de 2001.

Miriam Cruvinel

Você autoriza a participação de seu filho nesta pesquisa?

Sim () Não ()

Consciente dos objetivos e procedimentos utilizados nesta pesquisa autorizo meu filho (a) ----- a participar da pesquisa.

Data: _____

Assinatura do responsável: _____

ANEXO III

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

ALUNO:.....

SEXO: M F

ESCOLARIDADE:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

PROFISSÃO DO PAI:

PROFISSÃO MÃE:

SÉRIE PAI:

SÉRIE MÃE:

Como você acha que está se saindo na escola durante o ano passado?

Muito bem

Bem

Regular

Mal

Muito mal

REPETENTE: () SIM () NÃO

ESCOLA:.....

DATA:

ANEXO IV

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO INFANTIL - C D I

Versão completa – com item 9

01	Eu fico triste de vez em quando.	Eu fico triste muitas vezes.	Eu estou sempre triste.
02	Para mim tudo se resolverá bem.	Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim.	Nada vai dar certo para mim.
03	Eu faço bem a maioria das coisas.	Eu faço errado a maioria das coisas.	Eu faço tudo errado.
04	Eu me divirto com muitas coisas.	Eu me divirto com algumas coisas.	Nada é divertido para mim.
05	Eu sou mau (má) de vez em quando.	Eu sou mau (má) com frequência.	Eu sou sempre mau (má).
06	De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer.	Eu temo que coisas ruins me aconteçam.	Eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão.
07	Eu gosto de mim mesmo.	Eu não gosto muito de mim mesmo.	Eu me odeio.
08	Normalmente eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem	Muitas coisas ruins que acontecem são minha culpa.	Tudo de mau que acontece é por minha culpa.
09	Eu não penso em me matar.	Eu penso em me matar, mas não o faria.	Eu quero me matar.
10	Eu sinto vontade de chorar de vez em quando.	Eu sinto vontade de chorar frequentemente.	Eu sinto vontade de chorar diariamente.
11	Eu me sinto preocupado de vez em quando.	Eu me sinto preocupado frequentemente.	Eu me sinto sempre preocupado.
12	Eu gosto de estar com pessoas.	Frequentemente eu não gosto de estar com pessoas.	Eu não gosto de estar com pessoas.
13	Eu tenho boa aparência.	Minha aparência tem alguns aspectos negativos.	Eu sou feio.
14	Eu durmo bem à noite.	Eu tenho dificuldade para dormir algumas noites.	Eu tenho sempre dificuldade para dormir à noite.
15	Eu me canso de vez em quando.	Eu me canso frequentemente.	Eu estou sempre cansado.
16	Eu não me sinto sozinho.	Eu me sinto sozinho muitas vezes	Eu sempre me sinto sozinho.
17	Eu me divirto na escola frequentemente.	Eu me divirto na escola de vez em quando.	Eu nunca me divirto na escola.
18	Sou tão bom quanto outras crianças.	Se eu quiser posso ser tão bom quanto outras crianças.	Não posso ser tão bom quanto outras crianças.
19	Eu tenho certeza que sou amado por alguém.	Eu não tenho certeza se alguém me ama.	Ninguém gosta de mim realmente.
20	Eu sempre faço o que me manda.	Eu não faço o que me manda com frequência.	Eu nunca faço o que me manda.

Adaptado e validado por: Barbosa, Gouveia, Gaião e Almeida (1995)

ANEXO V

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO INFANTIL - CDI

Por favor, considere por um momento a lista de frases abaixo. Para cada grupo de três, indique com um **X** a que melhor descreve seu modo de pensar, agir ou sentir. **MARQUE UMA ÚNICA ALTERNATIVA**. Responda a todos os itens o mais honestamente possível. Saiba que não existem respostas certas ou erradas.

01	Eu fico triste de vez em quando.	Eu fico triste muitas vezes.	Eu estou sempre triste.
02	Para mim tudo se resolverá bem.	Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim.	Nada vai dar certo para mim.
03	Eu faço bem a maioria das coisas.	Eu faço errado a maioria das coisas.	Eu faço tudo errado.
04	Eu me divirto com muitas coisas.	Eu me divirto com algumas coisas.	Nada é divertido para mim.
05	Eu sou mau (má) de vez em quando.	Eu sou mau (má) com frequência.	Eu sou sempre mau (má).
06	De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer.	Eu temo que coisas ruins me aconteçam.	Eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão.
07	Eu gosto de mim mesmo.	Eu não gosto muito de mim mesmo.	Eu me odeio.
08	Normalmente eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem	Muitas coisas ruins que acontecem são minha culpa.	Tudo de mau que acontece é por minha culpa.
09	Eu sinto vontade de chorar de vez em quando.	Eu sinto vontade de chorar frequentemente.	Eu sinto vontade de chorar diariamente.
10	Eu me sinto preocupado de vez em quando.	Eu me sinto preocupado frequentemente.	Eu me sinto sempre preocupado.
11	Eu gosto de estar com pessoas.	Frequentemente eu não gosto de estar com pessoas.	Eu não gosto de estar com pessoas.
12	Eu tenho boa aparência.	Minha aparência tem alguns aspectos negativos.	Eu sou feio.
13	Eu durmo bem à noite.	Eu tenho dificuldade para dormir algumas noites.	Eu tenho sempre dificuldade para dormir à noite.
14	Eu me canso de vez em quando.	Eu me canso frequentemente.	Eu estou sempre cansado.
15	Eu não me sinto sozinho.	Eu me sinto sozinho muitas vezes	Eu sempre me sinto sozinho.
16	Eu me divirto na escola frequentemente.	Eu me divirto na escola de vez em quando.	Eu nunca me divirto na escola.
17	Sou tão bom quanto outras crianças.	Se eu quiser posso ser tão bom quanto outras crianças.	Não posso ser tão bom quanto outras crianças.
18	Eu tenho certeza que sou amado por alguém.	Eu não tenho certeza se alguém me ama.	Ninguém gosta de mim realmente.
19	Eu sempre faço o que me manda.	Eu não faço o que me manda com frequência.	Eu nunca faço o que me manda.

ANEXO VI

ESCALA DE ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM

Boruchovich & Santos - 2001

Gostariamos de saber o que você costuma fazer para estudar e aprender melhor. Pense nas formas como você, em geral, costuma estudar ou se preparar para uma prova. Não há respostas certas ou erradas. O importante é você responder o que realmente faz para estudar e aprender melhor.

	sempre	Algumas vezes	nunca
1. Você repete em voz alta, quando vai lendo um texto, para aprender melhor.*			
2. Você costuma passar uma linha embaixo das partes importantes do texto.			
3. Quando você faz as tarefas costuma verificar se fez bem e se tudo está certo.			
4. Você percebe quando está com dificuldade para aprender determinados assuntos ou matérias.			
5. Você resume os textos que o professor pede para estudar.*			
6. Quando você estuda, você percebe se não está conseguindo aprender.			
7. Quando você lê um texto, procura escrever com suas palavras o que entendeu da leitura, para poder estudar depois.**			
8. Você consegue ir até o final de uma tarefa, mesmo quando ela é difícil ou muito chata.			
9. Você presta atenção e consegue ficar concentrado no estudo e na leitura.			
10. Você costuma parar durante a leitura, para saber se está compreendendo o que leu.**			
11. Você tem vontade de ler e estudar.*			
12. Você cria perguntas e respostas sobre o assunto que está estudando.*			
13. Você tenta descobrir quais são as idéias principais do texto que está lendo ou estudando.**			
14. Você consegue controlar seu medo quando precisa mostrar ao professor o que sabe sobre a matéria.			
15. Você lê e tenta compreender as figuras, gráficos e tabelas que encontra no texto.**			
16. Você costuma fazer um esquema usando as idéias principais do texto.**			
17. Quando você estuda, você consegue perceber o quanto está aprendendo.			
18. Você costuma pedir ajuda ao professor quando você não entende o que ele explica.			
19. Você costuma olhar novamente em casa, o que você escreveu durante as aulas.			
20. Você procura no dicionário o significado de palavras que não conhece.**			
21. Você costuma pedir ajuda ao colega ou a alguém de sua casa, quando não entende alguma matéria.			
22. Em casa, você procura dividir bem as horas livres para poder ter tempo para estudar, para brincar, e fazer outras atividades.			
23. Você costuma procurar um local calmo e bem iluminado para estudar.			
24. Você tenta manter a calma quando está fazendo alguma tarefa muito difícil.			
25. Você costuma ler outros textos e livros sobre o assunto que o professor explicou em aula*			
26. Você percebe quando não entende o que está lendo.**			
27. Quando você percebe que não entendeu o que leu, você costuma parar e ler novamente.**			
28. Você costuma estudar ou fazer o dever de casa na “última hora”.			
29. Antes de começar a estudar ou fazer o dever de casa, você separa todo o material que vai precisar.			
30. Você costuma desistir quando uma tarefa é difícil ou chata.			
31. Você costuma ficar pensando em outra coisa quando o professor está dando explicações.			
32. Você escuta música ou assiste televisão enquanto estuda ou faz a lição de casa.			
33. Durante as aulas, você copia com atenção tudo o que o professor escreve na lousa.			
34. Você costuma escrever bilhetes no caderno ou na sua agenda, para não esquecer das tarefas pedidas pelo professor.			
35. Você costuma comer enquanto estuda ou faz o dever de casa.			
36. Antes de começar a ler um texto você tenta descobrir o assunto a partir das figuras ou do título do texto.**			
37. Você costuma se distrair ou pensar em outra coisa quando está lendo ou fazendo o dever de casa.*			
38. Você costuma “se esquecer” de fazer o dever de casa.			
39. Quando você faz as tarefas ou exercícios costuma se sentir nervoso(a) e com medo de estar fazendo errado.			
40. Você se sente cansado quando lê, estuda ou faz o dever de casa.*			

41. Você usa utiliza outros jeitos diferentes dos que conversamos para estudar ou fazer suas tarefas? Quais?

ANEXO VII

Análise da Escala de Estratégias de Aprendizagem item por item no que concerne ao tipo de estratégia de aprendizagem

1. Estratégia de ensaio (estratégia cognitiva)
2. Estratégia de ensaio (estratégia cognitiva)
3. Rever – regulação (estratégia metacognitiva)
4. Estratégia de monitoramento (estratégia metacognitiva)
5. Elaboração (estratégia cognitiva)
6. Estratégia de monitoramento (estratégia metacognitiva)
7. Elaboração (estratégia cognitiva)
8. Motivação e persistência (estratégia metacognitiva)
9. Monitoramento da atenção (estratégia metacognitiva)
10. Monitoramento da compreensão (estratégia metacognitiva)
11. Motivação (estratégia metacognitiva)
12. Elaboração (estratégia cognitiva)
13. Organização (estratégia cognitiva)
14. Controle das emoções (estratégia metacognitiva)
15. Organização (estratégia cognitiva)
16. Organização (estratégia cognitiva)
17. Estratégia de monitoramento (estratégia metacognitiva)
18. Procurar ajuda (estratégia metacognitiva)
19. Regulação (estratégia metacognitiva)
20. Procurar ajuda (estratégia metacognitiva)
21. Procurar ajuda (estratégia metacognitiva)
22. Regulação – gerenciamento do tempo (estratégia metacognitiva)
23. Regulação – organização do ambiente (estratégia metacognitiva)
24. Controle das emoções (estratégia metacognitiva)
25. Compreensão da leitura (estratégia cognitiva)
26. Compreensão da leitura (estratégia metacognitiva)
27. Monitoramento da compreensão da leitura (estratégia metacognitiva)
28. Regulação – gerenciamento do tempo (estratégia metacognitiva)
29. Regulação – organização do ambiente (estratégia metacognitiva)

30. Motivação e persistência (estratégia metacognitiva)
31. Monitoramento da atenção (estratégia metacognitiva)
32. Regulação – organização do ambiente (estratégia metacognitiva)
33. Ensaio (estratégia cognitiva)
34. Planejamento (estratégia metacognitiva)
35. Regulação – organização do ambiente (estratégia metacognitiva)
36. Elaboração (estratégia cognitiva)
37. Monitoramento da atenção (estratégia metacognitiva)
38. Planejamento (estratégia metacognitiva)
39. Controle das emoções (estratégia metacognitiva)
40. Controle das emoções (estratégia metacognitiva)

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- AJURIAGUERRA, J. **Manual de Psiquiatria Infantil**. Rio de Janeiro: Masson do Brasil, 1976.
- ALLEN, D.M. & TARNOWSKI, K. J., Depressive characteristics of physically abused children. **Journal Abnormal Child Psychology**. 17 (1), 1-11, 1989.
- ANDERSON, J. C. e MCGEE, R.. **Comorbidity of Depression in Children and Adolescents**. In: Reynolds, W. M., Handbook of Depression in Children and Adolescents, Plenum Press, New York, 1994.
- ANDRADE, J.E.B., Eventos da instrução: uma proposta derivada das teorias de processamento de informações. **Tecnologia Educacional**, 11(49), pp. 27 – 34, 1982.
- ANGOLD, A. Childhood and Adolescent Depression: research in clinical populations. **British Journal of Psychiatry**. 153(4), pp. 476-492, 1988.
- ALMEIDA, S. F. C., RABELO, L.M., CABRAL, V.S., MOURA, E R., BARRETO, M. S. & BARBOSA, H. Concepções e práticas de psicólogos escolares acerca das dificuldades de aprendizagem. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. vol. 11 (2), pp. 117-134, 1995.
- AMARAL, V.L.A R. & BARBOSA, M.K. Crianças vítimas de queimaduras: um estudo sobre a depressão. **Estudos de Psicologia**, 7, 31-59, 1990.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de diagnóstico e estatística dos distúrbios mentais**. 4 edição (DSM IV). Editora Artes Médicas. Porto Alegre, 1994.
- ANDRIOLA, W.B. e CAVALCANTE, L.R. Avaliação da depressão infantil em alunos da pré escola. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 12 (2) , p. 419 – 428, 1999.
- BANDIM, J.M, SOUGEY, E.B., CARVALHO, T.F.R.. Depressão em crianças: características demográficas e sintomatologia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 44 (1) pp. 27-32, 1995.
- BANDIM, J.M, ROAZZI, A., SOUGEY, E. B., CARVALHO, T.F.R. Habilidade mnemônica em crianças com sintomas depressivos: um estudo exploratório.

- Revista de Neuropsiquiatria na infância e adolescência.** 6 (3): pp. 119 – 123, 1998.
- BAPTISTA, C. A e GOLFETO, J.H.. Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. **Revista de Psiquiatria Clínica** vol. 27 (5), pp. 253-255, 2000.
- BAPTISTA, M. N. **Depressão e suporte familiar: perspectivas de adolescentes e suas mães:** Campinas, SP, 1997. Dissertação de mestrado, Puccamp
- BAPTISTA, M. N. Sintomatologia, diagnóstico e características da depressão no adolescente In: Baptista, M.N e Assumpção, F. B. **Depressão na adolescência: Uma visão multifatorial.** EPU: São Paulo. 1999.
- BAPTISTA, M. N., BAPTISTA, A S. D, e DIAS, R.R.. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. **Psicologia ciência e profissão.** 21 (2), pp. 52 – 61, 2001.
- BARBOSA, G.A e GAIÃO, A A **Apontamentos em Psicopatologia infantil.** João Pessoa: Idéia, 2001.
- BEARDSLEE, W. R. e WHEELOCK, I. **Children of Parents with Affective Disorders: Empirical Findings and Clinical Implications** In: Reynolds, W. M., Handbook of Depression in Children and Adolescents, Plenum Press, New York, 1994.
- BECK, A T., RUSH A J., SHAW, B.F, EMERY, G. **Terapia Cognitiva da depressão.** Tradução: Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.
- BIRLESON, P., The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: A research project. **Journal of Child Psychology and Psychiatry.** 22, pp. 73-88,1981.
- BLECHMAN, E A, TINSLEY, B., CARELLA, E T., e MCENROE, M. J. Childhood Competence and Behavior Problems. **Journal of Abnormal Psychology,** 94, pp. 70-77, 1985.
- BLECHMAN, E A, MCENROE, M. J e CARELLA, E T., Childhood Competence and Depression. **Journal of Abnormal Psychology.** 95, pp. 223-227, 1986.
- BORKOWSKI, J.G., Metacognitive theory: A framework for teaching literacy, writing and math skills. **Journal of Learning Disabilities.** Vol. 25, pp. 253-257, 1992.
- BORUCHOVITCH, E. A Psicologia cognitiva e a metacognição: novas perspectivas para o fracasso escolar brasileiro. **Tecnologia Educacional.** Vol. 22, pp. 22 – 28, 1993.

- BORUCHOVITCH, E. As variáveis psicológicas e o processo de aprendizagem: uma contribuição para a psicologia escolar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 10 (1), pp. 129-139. 1994.
- BORUCHOVITCH, E. Estratégias de aprendizagem e desempenho escolar: considerações para a prática educacional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, vol. 12 (2), pp. 361- 376. 1999a.
- BORUCHOVITCH, E. Developmental Differences in the use of learning strategies among Brazilian students. **Anais do VI European Congress of Psychology**, Roma, 76, 1999b.
- BORUCHOVITCH, E Diferenças de Desenvolvimento nas estratégias de preparação para prova de português de alunos de ensino fundamental. **Anais do III Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento**, Rio de Janeiro, 150, 2000.
- BORUCHOVITCH, E. e COSTA, E. R., **O impacto da ansiedade no rendimento escolar e na motivação de alunos**, Em Boruchovitch, E. e Bzuneck, J.A, (orgs.) A motivação do aluno, Rio de Janeiro: Vozes, 2001.
- BORUCHOVITCH, E **Inteligência e Motivação: perspectivas atuais**, Em Boruchovitch, E. e Bzuneck, J.A, (orgs.) A motivação do aluno, Rio de Janeiro: Vozes, 2001a.
- BORUCHOVITCH, E. (2001b) **Dificuldade de aprendizagem, problemas motivacionais e estratégias de aprendizagem**. IN Sisto, F.F, Boruchovitch, E., Fini, L.D.T., Brenelli, R.P., Martinelli, S.C. (Orgs). Dificuldades de aprendizagem no contexto psicopedagógico, Editora Vozes, Petrópolis, RJ.
- BORUCHOVITCH, E. Algumas estratégias de compreensão em leitura de alunos do ensino fundamental. **Psicologia Escolar e Educacional**. Vol. 5 (1), pp. 19 – 25, 2001c.
- BRASIL. LDB - 9394/96 - **Nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional do Ministério da Educação**, Governo Federal, Brasil
- BRUMBACK, R.A, JACKOWAY, M.K. e WEINBERG, W.A, Relation of Intelligence to childhood depression in children referred to na Educational Diagnostic Center. **Perceptual and Motor Skills**. 50, pp. 11 – 17, 1980.
- CALIL, H.M e PIRES, M.L.N.; Aspectos gerais das escalas de depressão In: Gorenstein, C.; Andrade, L.H.G. e Zuardi, A.W., **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Editora Lemos. 2000.

- CASSORLA, R.M.S. Comportamentos suicidas na infância e adolescência. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 36 (3): 137-144. 1987
- CHABROL, H. **A depressão do Adolescente**. Campinas: Papirus, 1990.
- CHARTIER, G.M. e LASSEN, M.K. Adolescent Depression: Children's depression inventory norms, suicidal ideation, and (weak) gender effects. **Adolescence**. Vol. 29, n. 116, pp. 859-864, 1994.
- COLBERT, P., NEWMAN, B., NEY, P., e YOUNG, J., Learning Disabilities as a Symptom of Depression in Children. **Journal of Learning Disabilities**. Vol. 15 (6), pp. 333 – 336, 1982.
- COLE, D.A, Relation of Social and Academic Competence to Depressive Symptoms in Childhood, **Journal of Abnormal Psychology**, 99, pp. 422-429, 1990.
- COSTA, E.R.. **Estratégias de aprendizagem e a ansiedade de alunos do ensino fundamental: Implicações para a prática educacional**. Campinas, SP, 2000. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Educação. Unicamp
- COSTA, E.R. e BORUCHOVITCH, E. Fatores que influenciam no uso de estratégias de aprendizagem. **PSICO-USF**, v.5 (1), pp 11-24, 2000a
- COSTA, E.R., e BORUCHOVITCH, E., Estratégias de Retenção de informações conforme a série e a idade. **Anais do III Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento**. Rio de Janeiro, 160, 2000b.
- COSTA, E.R., e BORUCHOVITCH, E., Estratégias de Compreensão de conteúdo: Uma análise por série escolar e idade. Pôster apresentado no **III Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento**. Rio de Janeiro, pp. 161, 2000c.
- CRESPO, M.L., (Tradução), ANTONIJEVIC, N. e CHADWICK, C., Estratégias cognitivas e metacognição. **Tecnologia Educacional**. Ano XII, 51, março/abril, pp. 20 –28, 1983.
- CULP, A M., CLYMAN, M.M, e CULP, R.E, Adolescent depressed mood, reports of suicide attempts and asking for help. **Adolescence**. Vol. 30, N. 120, pp. 827-838, 1995.
- CURATOLO, E. Estudo da Sintomatologia depressiva em escolares de sete a doze anos de idade. **Arquivos de neuropsiquiatria**, Vol. 59 (suplemento 1), pp. 215, 2001.
- DEBETTENCOURT, L. U. Strategy training: A need for clarification. **Exceptional Children**, 54, pp. 24-30, 1987.

- DEMBO, M.H. **Applying educational psychology**. 5ª edição. New York. Longman Publishing Group, 1994.
- DOCKRELL, J. e MCSHANE, J. **Crianças com dificuldades de aprendizagem: uma abordagem cognitiva**. Tradução: Andrea Negreda, Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- DONNELLY, M. Depression among adolescents in northerirlland. **Adolescence**. Vol. 30. N. 118, pp. 339-350, 1995.
- DOWNEY, G., FELDMAN, S., KHURI, J. e FRIEDMAN, S., **Maltreatment and Children Depression**. In: Reynolds, W. M., Handbook of Depression in Children and Adolescents, Plenum Press, New York, 1994.
- DUARTE, S.C. e BORDIN, IAS., Instrumentos de avaliação. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 22 (suplemento 2) pp. 55-58, 2000.
- DWECK, C.S., Motivational processes affecting learning. **American Psychology**. Vol. 41, pp. 1040-1048, 1986.
- ETTEN, FREEBERN e PRESSLEY. College students beliefs about exam preparation. **Contemporary Educational Psychology**. 22, pp. 192-212, 1997.
- FEIJÓ, R.B., RAUPP, AP.G., JOHN, AB., Eventos estressores de vida e sua relação com tentativas de suicídio em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 48(4): 151-157, 1999.
- FESHBACH, N.D. e FESHBACH, S. Affective processes and academic achievement. **Child Development**. Vol. 58 (5), pp. 1335-1347, 1987.
- FIERRO, A . Personalidade e aprendizagem no contexto escolar. In: Palácios, J. e Marchesi, A (orgs.) . **Desenvolvimento Psicológico e Educação - Psicologia da Educação**. Porto Alegre: Artes Médicas,1996
- FINI, L. D. T., Rendimento escolar e psicopedagogia. In: Sisto, F.F. et. al., **Atuação psicopedagógica e aprendizagem escolar** - Rio de Janeiro: Vozes, 1996
- FLAVELL, J. H., Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. **American Psychologist**. 34, pp. 906-911, 1979.
- FLIMING, J.E & OFFORD, D.R., Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. **Journal of the American Academy of Child Psychiatry**, 29, 571-580, 1990.
- FONSECA, A C., REBELO, J.A, FERREIRA, A G., SANCHES, M.F., PIRES, C.L., GREGÓRIO, M.H.. Problemas emocionais nos alunos do ensino básico:

- freqüência, características e evolução. **Revista Portuguesa de Pedagogia**. Ano XXXII, n.2, 1998.
- FONSECA, A C., FERREIRA, A G., REBELO, J.A, SIMÕES, M.D.F., PIRES, C.L., GREGÓRIO, M.H.. O estudo da depressão em crianças: a escala de auto-avaliação da depressão de Birlson. **Psychologica**. 29, 113-122, 2002.
- FREUD, S. **Luto e Melancolia**. Obras Completas de Sigmund Freud. 1917
- FREUD, S. **Análise da fobia de um menino de cinco anos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980
- FRISTAD, M.A, EMERY, B.L., e BECK, S.J. Use and abuse of the children's Depression Inventory. **Journal of consulting and clinical psychology**. Vol. 65 (4), pp. 699-702, 1997.
- GARNER, R. When children and adults do not use learning Strategies: Toward a theory of settings. **Review of Educational Research**. 60 (4), pp. 517-529, 1990.
- GOLDSTEIN, D., PAUL, G.G. e COHN, S.S. Depression and achievement in subgroups of children with learning disabilities. **Journal of Applied Developmental Psychology** Vol. 6(4), pp. 263-275, 1985.
- GOLFETO, J.H., VEIGA, M.H., SOUZA, L. e BARBEIRA, C.B.S. Inventário de depressão infantil (CDI) – Análise estatística em uma amostra de escolares de 7 – 14 anos de Ribeirão Preto. **Arquivos de Neuro psiquiatria**. Vol. 59 (Suplemento 1), pp. 183, 2001.
- GONÇALEZ, M.H.C.C, **Relações entre família, o gênero, o desempenho, a confiança e as atitudes em relação a matemática**. Campinas, SP, 2000. (Tese de Doutorado), Faculdade de Educação. Unicamp
- GOUVEIA, V.V., BARBOSA, G.A , ALMEIDA, H.J.F. & GAIÃO, A A Inventário de depressão infantil - CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 44, 345-349. 1995.
- GRAMINHA, S.S.V. Problemas emocionais/comportamentais e nível de escolaridade da criança. **XXII Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia**, 1992.
- HALL, C.W., & HAWS, D., Depressive symptomatology in learning-disabled and nonlearning-disabled students. **Psychology in the Schools**. Vol. 26, pp. 359-364, 1989.
- HALLAK, L.R.L., **Estimativa da prevalência de sintomas depressivos em escolares da rede pública de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 2001, (Dissertação de Mestrado) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

- HARRINGTON, R., **Depressive Disorder in Childhood and Adolescence**. New York: John Wiley & Sons; 1993.
- HATTIE, J., BIGGS, J. & PURDIE, N., Effects of learning skills interventions on students: A meta analysis. **Review of Educational Research**. 66, pp. 99-136, 1996.
- HODGES, K., **Evaluation of Depression in Children and Adolescents using Diagnostic Clinical Interviews**. In: Reynolds, W. M., Handbook of Depression in Children and Adolescents, Plenum Press, New York, 1994.
- JACOB, A V. **O Desempenho escolar e suas relações com autoconceito e autoeficácia**. Ribeirão Preto, SP, 2000. 166 p. Tese (Doutorado em Saúde Mental). Faculdade de Medicina. USP
- JACOB, A V; LOUREIRO, S R; MARTURANO, E.M; LINHARES, M.B e MACHADO, V.L.S Aspectos afetivos e o Desempenho Acadêmico de escolares. **Psicologia: Teoria e pesquisa**. vol. 15. n.2, pp. 153 - 162. 1999
- JACOBSEN, R.H., LAHEY, B.B., e STRAUSS, C.C. Correlates of depressed mood in normal children. **Journal of Abnormal Child Psychology**. Vol. 11 (1), pp. 29-40, 1983
- JALLES, C.M.C.R.. **O Efeito de instruções sobre estratégias metacognitivas de crianças pré escolares em solução de problema geométrico**. Campinas, SP, 1997, Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação. Unicamp.
- JOHNSON, J.L., BONEY, T.Y., e BROWN, B.S., Evidence of depressive symptoms in children of substance abusers. **The International Journal of the Addictions**. 25 (4), 465-479, 1991.
- KASHANI, J., CANTWELL, D.P, e SHEIKIM, W.O, Major depressive disorder in children admitted to na inpatient community mental health center. **American journal of psychiatry**, 139, pp. 671-672, 1983.
- KASHANI, J.H. e CARLSON, G.A . Seriously Depressed Preschoolers. **American Journal Psychiatry**. 144(3), 1987.
- KASLOW, N.J., REHM, L.P., e SIEGEL, A W., Social-Cognitive and Cognitive Correlates of Depression in children. **Journal Abnormal Child Psychology**. Vol. 12(4), pp. 605 – 620, 1984.
- KAZDIN, A E., FRENCH, N.B., Assentment of childhood depression: correspondence of child and parent ratings. **Journal American Academic Child Psychiatry**, 22, p. 157-164, 1983.

- KENDALL, P. C., STARK, K.D., ADAM, T. Cognitive deficit or cognitive distortion in childhood depression. **Journal Abnormal Child Psychology.** 18, pp. 255-270, 1990.
- KLEIN, M. **Psicanálise da criança.** São Paulo: Mestre Jou, 1975.
- KOPP, C.B. Antecedents of self-regulation: A developmental perspective. **Developmental psychology.** V. 18, n. 2, pp. 199-214, 1982.
- KOVACS, M.. **Children Depression Inventory CDI: Manual.** New York: Multi-Health Systems, Inc., 1992
- KOVACS, M. & GOLDSTON, D., Cognitive and social cognitive development of depressed children and adolescents. **Journal Am. Acad. Child adolescent psychiatry.** 30, pp. 388-392, 1991.
- KRAPP, A Interest, motivation and learning: an educational-psychological perspective. **European Journal of Psychology of Education.** Vol. XIV, n.1, pp. 23-40, 1999.
- LAUER, R.E, GIORDANI, B., BOIVIN, J.M., HALLE, N., GLASGOW, B., ALESSI, N.E, & BERENT, S., Effects of depression on memory performance and metamemory in children. **Journal American Acad. Child Adolescent Psychiatry.** 33, pp. 679-685, 1994.
- LEITENBERG, H., YOST, L. W. e CARROLL – WILSON, M. Negative cognitive errors in children: questionnaire development, normative data, and comparisons between children with and without self reported symptoms of depression, low self esteem, and evaluation anxiety. **Journal of consulting and clinical psychology.** Vol. 54 (4), pp. 528-536. 1986
- LIPPI, J.R.S., PEREIRA, I.M., SOARES, K.V.S, CAMARGO, W.C. Suicídio na infância e adolescência. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** 39 (4), pp. 167-174. 1990.
- LIPPI, J.R.S. (editor) **Depressão na Infância.** Belo Horizonte, MG, 1985
- LOPES, M.C.C. **O Uso de estratégias cognitivas e metacognitivas no ensino aprendizagem da leitura no primeiro grau: uma proposta de intervenção.** Campinas, SP, 1997. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação. Unicamp.
- LORANGER, A L., The study strategies of successful and unsuccessful high school students. **Journal of Reading Behavior,** Vol. 26 (4), pp. 347-360, 1994.

- LOUREIRO, M. J. Tratamento da depressão em crianças e adolescentes: aspectos gerais. **Psychologica**. 21, 65-78. 1999
- LOUREIRO, S.R., MARTURANO, E.M., LINHARES, M.B.M., MACHADO, V.L.S e SILVA S.R. Crianças com queixa de dificuldade escolar: avaliação psicológica através de técnica gráfica. **Arquivos brasileiros de psicologia aplicada** 46(3/4), pp. 161-182, 1994.
- MACEDO, L., PETTY, A L S, PASSOS, C.P. **Aprender com Jogos e situações problema**. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- MARTINELLI, S.C., **Os aspectos afetivos das dificuldades de aprendizagem**. In: SISTO, F.F., BORUCHOVITCH, E., FINI, L. D. T., BRENELLI, R.P. e MARTINELLI, S.C. Dificuldade de aprendizagem no contexto psicopedagógico. Petrópolis – RJ: Vozes, 2001.
- MARTINS, M.A O & GRAMINHA S.S.V. Caracterização da população que procura o serviço de atendimento psicológico infantil ligado à Universidade. **Programa e Resumos da XIX Reunião Anual de Psicologia da SPRP**. 1989
- MARTÍN, E., & MARCHESI, A, (1995) **Desenvolvimento metacognitivo e problemas de aprendizagem**. In Coll, C., Palácios, J., e Marchesi, A, **Desenvolvimento Psicológico e educação: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar**. Vol. 3. Porto Alegre: Artes Médicas/
- McCORMICK, C.B., MILLER, G. e PREESLEY, M. **Cognitive Strategy research from basic research to educational applications**, Springer –Verlaq, 1989.
- MCCAULEY, E., BURKE, P., MITCHELL, J.R. e MOSS, S. Cognitive attributes of depression in children and adolescents. **Journal consulting and clinical psychology**. Vol. 56, (6). Pp. 903-908, 1988
- MCCOMBS, B. L. e WHISLER, J.S., The Role of Affective Variables in Autonomous Learning. **Educational Psychologist**. 24 (3), pp. 277 – 306, 1989.
- MEDEIROS, P. C., LOUREIRO, S. R., LINHARES, M. B. M. e MARTURANO, E. D., A auto-eficácia e os aspectos comportamentais de crianças com dificuldade de aprendizagem. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 13 (3), pp. 327 – 336, 2000.
- MENDELS, J. **Conceitos de depressão**. trad. Claudia Moraes Rêgo. Rio de Janeiro: Editora Livros técnicos e científicos. 1972
- MIYAZAKI, M.C.O S. Aspectos teóricos e metodológicos do estudo da depressão na infância. **Estudos de Psicologia**. Vol. 12 (3), p. 67-78. 1995

- MOISÉS, M A A & COLLARES, C.A L. **Preconceito no cotidiano escolar: ensino e medicalização.** São Paulo, Editora Cortez, 1999.
- MOKROS, H.B., POZNANSKI, E. O., e MERRICK, W. A, Depression and Learning Disabilities in Children: A test of na Hypothesis. **Journal of Learning Disabilities.** Vol. 22 (4), pp. 230 – 233 e 244, 1989.
- MOLINA, O. Desenvolvimento de Habilidades de Estudo: Uma estratégia ao alcance do professor. **Educação e Seleção**, 8, pp. 45 – 53, 1983.
- MORENO, R. A. & MORENO, D.H. Transtornos de Humor na Infância e na Adolescência. In: **Psiquiatria da Infância e da Adolescência.** ASSUNÇÃO, F.B.J. São Paulo: Maltese, 1994.
- NEVES, E. R.C. **As Orientações motivacionais e as crenças sobre inteligência, esforço e sorte de alunos do ensino fundamental.** Campinas, SP, Dissertação de mestrado, Unicamp, Faculdade de Educação, 2002.
- NUNES, S.O V. Depressão na infância e na adolescência. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** 36 (4): 223-228. 1990
- NUNES, A N. Fracasso Escolar e desamparo adquirido. **Psicologia: Teoria e pesquisa.** vol. 6 (2). pp. 139 - 154. 1990
- OSHIRO, F A B. **Depressão e Violência familiar: estudo de irmãos vítimas de maus tratos e abandono.** Campinas, SP, 1994, (Dissertação de mestrado). Puccamp
- PAÍN, S. - **Diagnóstico e Tratamento dos problemas de aprendizagem.** Trad. Ana M. Machado, 3 ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.
- PALLADINO, P., POLI, P., MASI, G., MARCHESCHI, M., The relation between metacognition and depressive symptoms in preadolescents with learning disabilities: data in support of Borkowski's Model, **Learning Disabilities Research & Practice**, 15 (3), 142-148, 2000.
- PAPROCKI, J. Introdução ao estudo do tratamento dos distúrbios depressivos. **Arquivos Brasileiros de Medicina**, 66 (2): 103-118. Suplemento,1992.
- PENA, S.D., **Aspectos genéticos das doenças depressivas.** In: Lippi, J.R.S., Depressão na Infância, 1985.
- PEKRUN, R., GOETZ, T., TITZ, W., PERRY, R.P. Academic emotions in students' self-regulated learning and achievement: a program of qualitative and quantitative research. **Educational Psychologist**, 37 (2), pp, 91-105, 2002.
- PÉREZ, M.V. & URQUIJO, S., Depresión en adolescentes. Relaciones com el desempeño académico. **Psicologia Escolar e Educacional**, 5 (1): 49-58, 2001.

- PETERSON, L.R. – **Aprendizagem**. Trad. Luiz Roberto Malta, 1 ed., São Paulo, Editora Cultrix, 1975.
- PIAGET, J. **Seis Estudos de Psicologia**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1964
- PINTRICH, P.R., e DeGROOT, E.V., Motivational and self regulated learning components of classroom academic performance, **Journal of Educational Psychology**, Vol. 82 (1), pp. 33-40, 1990.
- POKAY, P. e BLUMENFELD, P.C., Predicting achievement early and late in the semester: the role of motivational and use of learning strategies. **Journal of Educational Psychology**, Vol. 82 (1), pp. 41-50, 1990
- POZNANSKI, E O, e MOKROS, H.B, **Phenomenology and epidemiology of mood disorders in children and adolescents**. In: In: Reynolds, W. M., Handbook of Depression in Children and Adolescents, Plenum Press, New York, 1994.
- POZO, J. J., **Estratégias de Aprendizagem**. Em Coll, J. Palácios e A Marchesi (Orgs.), Desenvolvimento psicológico e educação: Psicologia da Educação, Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- RAMOS, G.G., **A motivação do adolescente para a matemática: uma contribuição para a formação de professores do ensino superior**. Londrina, 2003. (Dissertação de mestrado), Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Londrina.
- REHM, L.P., e SHARP, R.N. **Estratégias para a depressão infantil**. In: M. Reinecke, F. Dattílio e Artur Freeman - Terapia Cognitiva com crianças e adolescentes. São Paulo: Artes Médicas, 1999.
- REYNOLDS, W. M. **Assessment of Depression in Children and Adolescents by Self-Report Questionnaires**. In: Reynolds, W. M., Handbook of Depression in Children and Adolescents, Plenum Press, New York, 1994.
- REYNOLDS, W. M. e JOHNSTON, H.F., **The Nature and Study of Depression in Children and Adolescents**. In: Reynolds, W. M., Handbook of Depression in Children and Adolescents, Plenum Press, New York, 1994.
- REYNOLDS, W. M. e MAZZA, J.J., **Suicide and Suicidal Behaviors in Children and Adolescents**. In: Reynolds, W. M., Handbook of Depression in Children and Adolescents, Plenum Press, New York, 1994.
- RIVIÈRE, A, Problemas e dificuldades na aprendizagem da matemática: uma perspectiva cognitiva In: COLL, C., PALACIOS, J., e MARCHESI, A, **Desenvolvimento**

psicológico e educação, necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar, Vol. 3. Porto Alegre: Artes Médicas

- SANTOS, A A A, Psicopedagogia no 3º grau: avaliação de um programa de remediação em leitura e estudo. **Pró-posições**, 8(1), pp. 27 – 37, 1997.
- SANTOS & MARTURANO. Crianças com dificuldade de aprendizagem: um estudo de seguimento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v.12 (2). p 377 – 394, 1999.
- SCHLIEPER, M.D.M.J., **As estratégias de aprendizagem e as atribuições de causalidade de alunos do ensino fundamental**. Campinas, SP, 2001, (Dissertação de Mestrado) Faculdade de Educação. Unicamp.
- SELIGMAN, M.E.P. **Desamparo**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1977.
- SELIGMAN, M.E.P. **O que você pode e o que você não pode mudar**. Tradução: Myriam Campello. Rio de Janeiro: Objetiva, 1995
- SELIGMAN, M.E.P. **Aprenda a ser otimista**. Tradução: Alberto Lopes. Rio de Janeiro: Record, 1992.
- SELIGMAN, M.E.P, PETERSON, C., KASLOW, N.J., TANENBAUM, R.L., ALLOY, L.B., e ABRAMSON, L.Y. Attributional style and depressive symptoms among children. **Journal of Abnormal Psychology**. 93(2), 235-238, 1984.
- SIMÕES, M.R. A depressão em criança e adolescentes: elementos para a sua avaliação e diagnóstico. **Psychologica**. 21, 27-64. 1999.
- SISTO, F. , **Atuação psicopedagógica e aprendizagem escolar** - Rio de Janeiro: Vozes, 1996
- SOARES, M. U, **Estudos das Variáveis do Desenvolvimento infantil em crianças com e sem o diagnóstico de depressão**. Rio Grande do Sul, 2003. (Tese de Doutorado) Universidade Federal de Santa Maria.
- SOARES, K.V.S. **Sintomas Depressivos em adolescentes e adultos jovens: análise dos dados do ‘Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica em áreas metropolitanas’**. Campinas. SP, 1993. (Mestrado em Medicina) Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP
- SOMMERHALDER, A e STELA, F. Depressão na infância e o papel do professor. **Arquivos de neuro-psiquiatria**; vol. 59, suplemento 1. XVI Congresso brasileiro de neurologia e psiquiatria infantil, pp. 200, 2001.
- STEINBERG, L. **Adolescence**. New York, Mc Cram Hill, 2ª edição, 1989.

- STEVENSON, D.T. e ROMNEY, D.M., Depression in Learning Disabled Children. **Journal of Learning Disabilities**, 17 (10), pp. 579-582, 1984.
- TESINY, E.P., LEFKOWITZ, M.M, e GORDON, N.H., Childhood Depression, Locus of control, and school achievement. **Journal of Educational Psychology**. Vol. 72 (4), pp. 506-510, 1980.
- TOBIAS, S. Test Anxiety: Interference, defective skills and cognitive capacity. **Educational Psychologist**. Vol. 20 (3), pp. 135-142, 1985.
- VEIGA, A. O Desafio da depressão. **Revista Época**. No. 259, pp.50-55, maio 2003.
- VIANA, S. A e VOTTA, L. C. e FELÍCIO, J. L. e FU, L. Configuração psicodinâmica de crianças deprimidas. **Arquivos de neuro-psiquiatria**; vol. 59, suplemento 1. XVI Congresso brasileiro de neurologia e psiquiatria infantil, pp.210, 2001.
- WEINBERG, W.A, MCLEAN, A, SNIDER, R. L., NUCKOLS, A S., RINTELMANN, J. W., ERWIN, P. R. e BRUMBACK, R.A, Depression, Learning Disability and school behavior problems. **Psychological Reports**, 64, pp. 275 – 283, 1989.
- WEIZ, J.R., THURBER, C.A, PROFFITT, V.D, SWEENEY,L., LEGAGNOUX, G.L. Brief Treatment of Mild-to-moderate child depression using primary and secondary control enhancement training. **Journal of consulting and clinical psychology**. Vol. 65 (4), pp. 703-707, 1997.
- WITTER, G.P. - **Psicologia da aprendizagem**, EPU, São Paulo, 1984
- WHITE, J. **Depression**. In: The Troubled adolescent. Pergamon General psychology series. 1989
- WOOLFOLK, A E. **Psicologia da Educação**. Artes Médicas, Porto Alegre, 2000.
- WRIGHT-STRAWDERMAN, C. e WATSON, B.L., The prevalence of depressive symptoms in children with learning disabilities. **Journal of Learning Disabilities**, Vol. 25 (4), pp. 258-264, 1992.
- ZIMMERMAN, B.J. e MARTINEZ-PONS, M. Student differences in self regulated learning relating grade, Sex, and giftedness to self-efficacy and strategy use. **Journal of Educational Psychology**. V. 82 (1), pp. 51-59, 1990.

ZORZETTO, R. Ataque contra o pânico: Descobertas sobre ação de neurotransmissores ajudam a entender e tratar distúrbios psíquicos frequentes. **Pesquisa Fapesp**, N. 84, pp. 30-35, 2003.