



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL
DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA
INSTITUTO DE HUMANIDADES E LETRAS DOS MALÊS
LICENCIATURA EM PEDAGOGIA**

JAMILE DOS REIS SANTOS

**DEPRESSÃO INFANTIL E A ESCOLA:
ESCUTAR O SINTOMA PARA LER O MUNDO QUE O PRODUZ**

SÃO FRANCISCO DO CONDE

2022

JAMILE DOS REIS SANTOS

**DEPRESSÃO INFANTIL E A ESCOLA:
ESCUTAR O SINTOMA PARA LER O MUNDO QUE O PRODUZ**

Trabalho apresentado à Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), como requisito para obtenção do diploma de Licenciatura Plena em Pedagogia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Érica Aparecida Kawakami.

SÃO FRANCISCO DO CONDE

2022

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da Unilab
Catalogação de Publicação na Fonte

S235d

Santos, Jamile dos Reis.

Depressão infantil e a escola : escutar o sintoma para ler o mundo que o produz / Jamile dos Reis Santos. - 2022.
62 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Instituto de Humanidades e Letras dos Malês, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, 2022.
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Érica Aparecida Kawakami Mattioli.

1. Depressão em crianças. 2. Psicologia escolar. I. Título.

BA/UF/BSCM

CDD 370.15

JAMILE DOS REIS SANTOS

**DEPRESSÃO INFANTIL E A ESCOLA:
ESCUTAR O SINTOMA PARA LER O MUNDO QUE O PRODUZ**

Trabalho apresentado à Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) sob orientação da Prof.^a Dr.^a Érica Aparecida Kawakami como requisito de avaliação parcial.

Aprovado em: 10/08/2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Érica Aparecida Kawakami

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
(professora orientadora)

Prof.^a Dr.^a Jacqueline da Silva Costa

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
(professora examinadora)

Prof.^a Dr.^a Ana Rita de Cassia Santos Barbosa

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
(professora examinadora)

A Olodumaré, aos meus ancestrais que me guiaram nesta caminhada. À minha filha Heloísa pela paciência, companheirismo e por ser a razão pela qual desenvolvo este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Depois de tanto tempo, dedicação e esforço é chegada a hora do agradecimento e com a felicidade que sinto em concluir mais essa etapa, que desde o início enxerguei como potente, instigante e intensa; não imaginei que tomaria toda essa dimensão formativa e me causaria tantos atravessamentos, intensos pela amplitude da pesquisa, instigantes pela complexidade e potentes por carregarem um pouco de mim.

Às minhas filha, Heloisa, que abdicou de tantas horas de brincadeiras e noites do pijama e Dayo Vitória, que vem nos acompanhando nessa reta final de gestação.

À minha família - em especial minha mãe Edileuza dos Reis Santos e meu pai Vitorino dos Santos Filho, que na minha caminhada sempre se esforçaram para me oferecer o melhor.

À minha orientadora Érica Aparecida Kawakami por aceitar trabalhar comigo, pela sensibilidade, olhar cuidadoso, pelas longas ligações e orientações até tarde, pela sua grande intelectualidade e tantos outros ensinamentos que me proporcionou e abriu meus olhos para o anonimato dessas infâncias. Por acolher minha história, respeitar minhas limitações e contribuir significativamente para que esse sonho fosse transcrito no papel.

Todo meu carinho às minhas tias Evanise, Ednalva e meus tios Evilásio, Edmilson, Giovane e Luís.

À minha irmã Jamaira, minhas primas Giovanna e Ihasmim, por todo apoio e carinho.

À minha primeira orientadora Cristina Teodoro, por me acolher e dar os primeiros passos para o início desse sonho no pré-projeto.

À Euclides Afonso, companheiro de muitas madrugadas e que acompanhou a escrita deste trabalho.

Aos meus guias, que são o que me mantém de pé.

*Tenho um livro sobre águas e meninos.
Gostei mais de um menino
que carregava água na peneira.
A mãe disse que carregar água na peneira
era o mesmo que roubar um vento e
sair correndo com ele para mostrar aos irmãos.
A mãe disse que era o mesmo
que catar espinhos na água.
O mesmo que criar peixes no bolso.
O menino era ligado em despropósitos.
Quis montar os alicerces
de uma casa sobre orvalhos.
A mãe reparou que o menino
gostava mais do vazio, do que do cheio.
Falava que vazios são maiores e até infinitos.
Com o tempo aquele menino
que era cismado e esquisito,
porque gostava de carregar água na peneira.
Com o tempo descobriu que
escrever seria o mesmo
que carregar água na peneira.
No escrever o menino viu
que era capaz de ser noviça,
monge ou mendigo ao mesmo tempo.
O menino aprendeu a usar as palavras.
Viu que podia fazer peraltagens com as palavras.
E começou a fazer peraltagens.
Foi capaz de modificar a tarde botando uma chuva nela.
O menino fazia prodígios.
Até fez uma pedra dar flor.
A mãe reparava o menino com ternura.
A mãe falou: Meu filho você vai ser poeta!
Você vai carregar água na peneira a vida toda.
Você vai encher os vazios*

*com as suas peraltagens,
e algumas pessoas vão te amar por seus despropósitos!*

Manoel de Barros (1999)

RESUMO

O presente trabalho se dedica a um tema que é tão complexo quanto importante, a depressão infantil e as instituições escolares, em que se busca investigar as concepções em torno da depressão e como as escolas têm se relacionado e intervêm em casos de depressão infantil. A complexidade refere-se às interações que se dão nos espaços e cotidianos da escola junto a crianças pequenas, tendo em vista o contexto cultural, social, econômico e político em que as experiências nos constituem. A importância do tema deve-se à necessidade de estudar e conhecer mais a respeito de um quadro que tem sido cada vez mais recorrente, também entre crianças pequenas, ao mesmo tempo em que nem sempre é bem conhecido pelas instituições. Esse estudo, realizado por meio de pesquisa bibliográfica, revisita criticamente o contexto histórico de surgimento da infância como categoria, bem como a emergência da patologização da infância, das ideias higienistas e eugênicas que buscaram controlar condutas e padronizar comportamentos. A depressão, nesse contexto é analisada sob essa perspectiva e a de que o sofrimento psicossocial gerado pelas dinâmicas da vida contemporânea afeta também a constituição subjetiva de crianças pequenas, levando-nos ao questionamento de como esse processo tem sido compreendido no contexto escolar. O balanço teórico apontou para a necessidade de maior conhecimento da depressão infantil por parte da instituição escolar e o seu reconhecimento quando ela afeta as crianças pequenas.

Palavras-chave: Depressão em crianças. Psicologia escolar.

ABSTRACT

The present work is dedicated to a topic that is as complex as it is important, childhood depression and school institutions, in which it seeks to investigate the conceptions surrounding depression and how schools have been related and intervene in cases of childhood depression. The complexity refers to the interactions that take place in the spaces and daily life of the school with young children, in view of the cultural, social, economic and political context in which the experiences constitute us. The importance of the theme is due to the need to study and learn more about a condition that has been increasingly recurrent, also among young children, at the same time that it is not always well known by institutions. This study, carried out through bibliographical research, critically revisits the historical context of the emergence of childhood as a category, as well as the emergence of the pathologization of childhood, hygienist and eugenic ideas that sought to control behaviors and standardize behaviors. Depression, in this context, is analyzed from this perspective and that the psychosocial suffering generated by the dynamics of contemporary life also affects the subjective constitution of young children, leading us to question how this process has been understood in the school context. The theoretical balance pointed to the need for greater knowledge of childhood depression by the school institution and its recognition when it affects young children.

Keywords: Depression in children. School psychology.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA - The American Psychiatric Association Washington

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde

CDI - Inventário de Depressão Infantil

CFF - Conselho Federal de Farmácias

CFP - Conselho Federal de Psicologia

DI - Depressão Infantil

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

EEG - Eletroencefalograma

EI - Educação Infantil

EF - Ensino Fundamental

LBHM - Liga Brasileira de Higiene Mental

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PET - Tomografia com emissão de pósitrons

SNC - Sistema Nervoso Central

SPECT - Tomografia computadorizada de emissão de fóton único

TDAH - Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	METODOLOGIA	17
3	CAPÍTULO 1. A EMERGÊNCIA HISTÓRICA DA DEPRESSÃO	20
3.1	CONTEXTO HISTÓRICO: APROXIMAÇÕES À CONCEPÇÃO DE DEPRESSÃO	20
3.2	DIFERENTES ABORDAGENS DA DEPRESSÃO INFANTIL: PERSPECTIVA SOCIAL, ANTROPOLÓGICA, PSICOLÓGICA E MÉDICA	24
3.3	CONCEITO DE DEPRESSÃO E DIFERENÇAS ENTRE ADULTOS E CRIANÇAS	28
4	CAPÍTULO 2. INFÂNCIAS, EDUCAÇÃO E O PROJETO NACIONAL BRASILEIRO	32
4.1	<i>CRIANÇAS SILENCIADAS</i> : A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA INFÂNCIA E DA CRIANÇA NO CONTEXTO ESCOLAR	32
4.2	<i>ORDEM E PROGRESSO</i> : A HIGIENIZAÇÃO E A PSICOLOGIA NA EDUCAÇÃO BRASILEIRA	37
5	CAPÍTULO 3. A CRIANÇA, A EDUCAÇÃO E A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA	42
5.1	A DEPRESSÃO NOS ESPAÇOS DA ESCOLA	42
5.2	<i>PÍLULAS PRA QUE TE QUERO</i> : TRATAMENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS E A ESCOLA	47
5.3	POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA: OUVINDO CRIANÇAS: O PAPEL DA FAMÍLIA E DA ESCOLA DIANTE DA DEPRESSÃO	52
5.4	POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA: POR UMA PSICOLOGIA E PEDAGOGIA PRETA E ANTICOLONIAL NO BRASIL	53
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
	Referências	59

1 INTRODUÇÃO

[...] a depressão é provavelmente um nome demasiado pequeno para tantas formas e cores, que reúne coisas que não andam juntas (DUNCKER, 2021).

No Brasil, o lugar da infância entre os séculos XVI e XVIII incluiu momentos de abandono, de desvalorização da vida da criança, de castigos físico e mental. A própria noção de infância está ausente no sentido como a compreendemos contemporaneamente. Ao longo dos séculos a noção de criança passou de *infantes* (cuja origem da palavra refere-se àquele sem a fala) para um ser social com direitos. Nesse percurso, segundo Mary Del Priore (2010), a formação social da criança passava mais pela violência explícita ou implícita do que pelo livro, pelo aprendizado e pela educação (PRIORE, 2010. p.57)

Desta forma, observamos a depressão infantil considerando desde a trajetória das múltiplas infâncias numa sociedade que praticou tentativas brutais de adestramento físico e mental conjugadas ao racismo e como as crianças eram percebidas e viveram. Não esquecendo-nos das instituições escolares, da forte influência da igreja católica, da negligência da família e do Estado.

Autores como Priore e Philippe Ariés (2010; 1986) explicam que durante os séculos XV ao XIX as crianças (do Ocidente) eram vistas como seres a serem doutrinados, inseridos num contexto de ensino restrito a um pequeno número de clérigos. Esse é um período intrinsecamente ligado ao regime disciplinar autoritário sob os rígidos dogmas da Igreja Católica. A instituição escolar, no entanto, se modifica em meados dos séculos XIX, concomitantemente ao sentimento da infância como um momento específico da vida, de modo que passou a ser repugnante a mistura de crianças com adultos, ainda que essa indignação se restringisse ao ambiente escolar. A separação por idade era somente uma forma de distingui-los dos adultos a fim de proteger o alunado das tentações da vida leiga, pela necessidade de adequar o nível do professor ao do aluno, além da preservação da primeira infância como ela passava a ser concebida.

O século XIX no Ocidente foi marcado por grandes descobertas na medicina, um período de fortes debates, entre teóricos. No campo da depressão, foram realizadas classificações da melancolia em categorias e subcategorias. A tradição clínica passou a fazer uso de medicamentos para a depressão e as autópsias cerebrais eram mais comuns. De acordo

com Gonçalves *et al.* (2007), o século XIX foi chamado por Pessotti¹ como “o século dos manicômios”, em função do grande número de manicômios e de internações efetivadas na época. Já no século XX, consolidou-se a psiquiatria e surgiram movimentos sociais que questionavam o atendimento à assistência prestada aos pacientes com sintomas depressivos. Ocorreram avanços em relação à psicopatologia, farmacologia, anatomia patológica, neurologia e genética. Nesse contexto, a psiquiatria separava a depressão em classes, da mais leve à mais grave.

Em relação à depressão infantil, Cruvinel (*apud* BORUCHOVITCH, 2003, p. 77) explica que os estudos pioneiros começaram no início do século XX e os primeiros conceitos foram desenvolvidos nas décadas iniciais deste século, compreendendo-a como o sentimento de culpa e melancolia gerado pela perda de um objeto amado. Para as autoras, a psiquiatria só despertou interesse na depressão infantil na década de 1960, porém, o quadro depressivo na infância só ganhou notoriedade a partir dos anos de 1970, sendo que antes, acreditava-se que essa patologia não acometia as crianças, somente em casos raros.

No campo da psicologia, os primeiros diagnósticos de depressão em crianças foram realizados nos anos 20, visando à compreensão da psicodinâmica de pessoas deprimidas. Em 1946, foram relatados os primeiros casos de depressão, como síndrome característica de bebês institucionalizados que sofreriam de ‘carência afetiva’, decorrente da separação materna.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), o transtorno depressivo é a principal causa de incapacidade de realização de tarefas cotidianas, entre jovens de 10 a 19 anos. No Brasil, estima-se que a incidência da depressão gire em torno de 1 a 3% da população entre 0 a 17 anos, o que significa, mais ou menos, 8 milhões de crianças, adolescentes e jovens.

Em relação às possíveis diferenças da depressão entre adultos e crianças, o que consta no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (1994), publicado pela *The American Psychiatric Association Washington*, o diagnóstico da depressão infantil ainda é um grande desafio. Embora o DSM não faça uma diferenciação nas sintomatologias desta forma, a depressão é considerada como semelhante em ambos os casos, portanto, os critérios a serem usados devem ser os mesmos tanto para adultos quanto para crianças.

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM V (2014) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde, os sintomas de depressão infantil comumente relatados nos consultórios são: alterações de humor, desinteresse nas atividades, alterações no sono e apetite, pensamentos ou tentativas de suicídio,

¹ PESSOTTI, Isaias. O século dos manicômios. Rio de Janeiro: Editora 34; 1996.

entre outros sintomas. Bahls (2002) descreve que os sintomas em crianças em idade pré-escolar costumam ser físicos, fobias, ansiedade de separação, agitação psicomotora ou hiperatividade, irritabilidade, diminuição do apetite e alterações do sono, falta de prazer em brincar e, finalmente, dificuldade na aquisição de habilidades sociais. A escassez de instrumentos para diagnosticar a depressão infantil tem sido um dos maiores desafios para a sua identificação junto a crianças e pela possibilidade dos sintomas se apresentarem de forma atípica, além das alterações que ocorrem de acordo com a idade e fases de desenvolvimento. Mesmo diante dessa complexidade, torna-se imprescindível a identificação precoce para que haja um tratamento adequado.

A depressão infantil vem acometendo muitas crianças e foi especialmente agravada com a pandemia. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), apontam que o número de casos de depressão em crianças entre 6 e 12 anos aumentou de 4,5 para 8% em uma década. Vale ressaltar, nesse cenário, que a depressão é também uma produção social e que em cada época as concepções em torno dela se modificam sendo articuladas novas narrativas de sofrimento.

Muito se tem ouvido e debatido sobre a depressão em adultos, porém, o presente trabalho tem como objetivo investigar e discutir as concepções em torno da depressão infantil e de como as instituições escolares intervêm em relação a essa problemática, conforme aponta a literatura pertinente.

A respeito da depressão infantil, Carmo et al. (2009) reforçam que quando ela “for diagnosticada por profissionais especializados, passa a ser fundamental a integração entre todos os envolvidos com a criança, com o objetivo de tornar mais eficaz o tratamento e a recuperação”. Os autores estão se referindo às diferentes instituições que atuam junto às crianças, em distintos e vários contextos socioculturais e sociodemográficos.

Justifico a construção da presente pesquisa temática a partir da minha experiência de vida, quando, em outubro de 2017, apresentei sintomas depressivos que me levaram à tentativa de suicídio. Inevitável dizer o quanto isso impactou no meu desempenho acadêmico. Diante da situação, conclui que apesar de ter ocorrido comigo no ensino superior, o mesmo poderia estar acontecendo, também, com crianças e adolescentes estudantes de níveis de ensino antecedentes. Passei a me questionar sobre como deve ser difícil identificar a depressão em uma criança, considerando as mudanças de rotina ou de escola que comumente ela vivencia ao ingressar no ensino fundamental, ou com a separação, ainda que temporária, dos pais, os desafios colocados pelos processos de socialização em um novo grupo de convívio e em como um quadro de depressão inicial pode se agravar em determinadas circunstâncias. Nesse sentido, o presente

projeto tem como objetivo voltar a atenção para os anos iniciais do ensino fundamental (1º ao 3º ano, com crianças entre 6 a 8 anos).

Levando em conta que há escassez em pesquisas e estudos sobre a Depressão Infantil (DI) e que nem sempre motivos específicos que justifiquem essa patologia são identificados, ao mesmo tempo em que há um aumento dos diagnósticos de DI, estudos que busquem analisar a integração e o processo de adaptação da criança no contexto escolar são necessários. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS):

Em todo o mundo, 10% das crianças e adolescentes sofrem de transtorno mental, mas a maioria deles não busca ajuda e nem recebe atendimento. [...] As consequências de não abordar a saúde mental e o desenvolvimento psicossocial de crianças e adolescentes estendem-se até a idade adulta e limitam as oportunidades de levar uma vida plena.²

Com a pandemia da SARS-CoV-2, o desemprego, a instabilidade financeira, a interrupção da educação, o isolamento social, a perda repentina de entes queridos, o luto, houve uma elevada procura por serviços de saúde mental e conseqüentemente um crescimento alarmante leva à outra consequência, a institucionalização da hipermedicalização num momento em que um vírus letal encarcerou e restringiu o acompanhamento das crianças.

A OMS (2021) alerta que é necessário “respeitar os direitos da criança, em consonância com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança e outros instrumentos de direitos humanos, são fundamentais para os adolescentes”.

Assim, a pesquisa se justifica ao se propor adentrar em um espaço que tem sido pouco analisado no Brasil, é o caso da depressão infantil e o papel das instituições escolares. Ressalta-se também a sua relevância ao tentar compreender como professores, que têm papel fundamental nesta etapa da vida, lidam com situações em que crianças tão pequenas apresentam depressão. Atualmente, é significativo o número de crianças que sofrem com sintomas depressivos e ansiedade, por isso, entende-se que é de suma importância a articulação entre educação e saúde para responder às demandas de formação e orientação do corpo docente e de todos aqueles que fazem parte da escola.

Como vimos, a depressão acomete também crianças e nem sempre o seu reconhecimento tem acontecido de maneira apropriada. No contexto escolar, como têm sido concebida a depressão infantil, como tem sido seu manejo, quais práticas pedagógicas têm sido

² OMS (2021). Disponível em: <https://www.who.int/activities/improving-the-mental-and-brain-health-of-children-and-adolescents>

formuladas com êxito junto às crianças diagnosticadas com depressão? Como as crianças com suspeita de depressão têm sido identificadas e encaminhadas pela escola?

Essas questões nos levaram à definição do seguinte objetivo de pesquisa: identificar como a depressão infantil tem sido conceituada, como se manifesta e quais seus impactos no contexto escolar, a partir da literatura científica nacional. Mais especificamente, buscamos conhecer quais são as concepções de educadores e gestores em torno da depressão infantil, no contexto educacional e identificar possibilidades e estratégias que se configuram como intervenção pedagógicas positivas e que contribuam para o acolhimento de crianças com sintomas depressivos na escola, conforme discutidas na literatura científica sob estudo.

2 METODOLOGIA

O referencial teórico que orienta este estudo, desde sua concepção, às leituras e análises que realizamos considera as importantes contribuições de autores como Philippe Ariès, Frantz Fanon, Neusa Santos, Mary Del Priore, Amós Wilson, dentre outros com obras importantes no campo da depressão infantil e com pesquisas em escolas. Com elas e eles refletimos sobre a construção social da criança, o lugar da infância, o processo de normatização das instituições escolares assim como o uso contemporâneo indiscriminado dos medicamentos e a produção massiva de diagnósticos. É importante salientar que não objetivamos questionar a eficácia dos psicofármacos mas problematizar os processos de medicalização da vida que tem ocorrido cada vez mais precocemente. Neste estudo, evidenciamos ainda as dimensões históricas da ausência de políticas públicas sólidas no campo da infância.

A literatura psiquiátrica e psicológica reconhece que a depressão, de fato, é uma doença que pode acometer crianças em qualquer idade, ainda que se apresente de forma atípica. Com esta consideração, decidimos avançar uma pesquisa nos espaços onde estas questões efetivamente têm lugar, ou seja, nas escolas. Sendo assim, chegamos neste problema de pesquisa: *O que acontece nas escolas com as crianças que apresentam sintomas depressivos, em termos de aprendizagem, relações sociais, intervenções pedagógicas e acolhimento? Quais as concepções e práticas de educadores nessas situações? Como as crianças vivenciam cotidianamente, nos espaços da escola essa experiência? O que estudos e pesquisas empreendidos nessa temática identificaram e apontam?*

O passo seguinte foi definir em qual cidade seria realizada a pesquisa; entrar em contato com a Secretária de Educação e definir quais escolas, quantos e quais sujeitos participariam da

investigação. Por conta do atual cenário de pandemia da Covid-19 e da retomada gradual e irregular das aulas presenciais nas escolas públicas, a investigação aconteceria tanto presencial quanto de forma remota, de acordo com as possibilidades e necessidades dos participantes. O desenho inicial da pesquisa previa estar nas escolas, em diferentes tempos, espaços e situações, com as crianças e seus educadores, sobretudo, estar com e ouvir as crianças. Entretanto, não foi possível realizar a pesquisa de campo da maneira planejada. Por questões de segurança e viabilidade de realização da pesquisa, a proposta foi ajustada para contar com a participação apenas dos educadores, de forma remota ou presencial. O vírus não permitiria o contato físico mas não impossibilitaria a análise dos desenhos, dos escritos, dos registros dos educadores, de suas percepções e compreensões, das entrevistas com gestores, instituições públicas de saúde e ensino, acerca do sofrimento das crianças.

O presente trabalho teria como lócus a cidade de Santo Amaro - Bahia e instituições escolares públicas que trabalham com crianças nos anos iniciais do ensino fundamental. Os participantes seriam gestores(as), professores(as), psicopedagogos(as), assistentes e funcionários das escolas que atuam ou atuaram com crianças diagnosticadas com depressão matriculadas nos anos iniciais do Ensino Fundamental.

Antes de dar início à coleta de dados, foram observados todos os procedimentos necessários à submissão do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da Unilab (CEP/Unilab), onde seriam averiguados o atendimento dos parâmetros da ética em pesquisa³. Nesse sentido, chegamos a elaborar a Carta de Anuência da instituição, a Carta de Apresentação da Pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram realizados contatos com a Secretaria Municipal de Educação e com as escolas. A Secretária mostrou-se receptiva e disposta a colaborar na identificação dos casos nas escolas. Obtivemos, com ela, o aceite na carta de anuência. Essa busca, no entanto, levou meses, entre vários percalços burocráticos internos, até que duas escolas foram indicadas pela Secretaria. No entanto, a pesquisa de campo tornou-se inviável pois as gestoras das escolas indicadas informaram que não havia educadores que tivessem trabalhado com crianças com diagnóstico de depressão nas escolas.

Diante dos acontecimentos, decidimos mudar a metodologia da pesquisa, assim, o presente estudo fundamenta-se na pesquisa bibliográfica para compreender como a temática da DI tem sido abordada na literatura, especificamente em sua articulação com o contexto educacional. Para tanto, buscamos artigos, teses, dissertações, capítulos de livros e livros que

³ Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 2012. Ler mais em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

tratassem da temática, fizemos buscas em banco de dados (*Scielo e Capes*) usando os termos: depressão, depressão infantil e depressão em criança e escola e educação. O recorte da literatura foram os últimos dez anos de produção teórica brasileira. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa porque busca compreender os significados atribuídos pelas pessoas que participam do processo de escolarização da criança com depressão, ainda que a partir da revisão bibliográfica.

A organização dos capítulos discute, a partir de um universo crítico-epistemológico pertinente às infâncias e no quadro da produção social da depressão, os silenciamentos, apagamentos e uma certa “normalidade” no enquadre das infâncias, procurando estabelecer uma conexão que considera o contexto histórico, percorre os discursos médico-psicológicos no Brasil desde o século XX até a contemporaneidade. Ao longo dos capítulos apresentamos: 1) conceitos cunhados sobre a depressão infantil em diferentes épocas, delimitando principalmente a construção do processo histórico-cultural do tema infância; 2) a construção do processo de higienização na educação, tendo em vista o papel da psicologia nas instituições escolares brasileiras e sua relação com o modelamento da subjetividade; 3) o processo contemporâneo da medicalização da vida. Concluimos fazendo um balanço crítico do estudo, com considerações acerca da depressão infantil e as instituições escolares.

Importante ressaltar que o estudo busca afastar-se de um modelo medicalizante, que busca compreender a depressão prioritariamente com fatores base nos aspectos, minimizando a influência de aspectos sociais e históricos na saúde e bem-estar da criança. Contemporaneamente, os sinais que definem a depressão começaram a saltar aos olhos, tornando-se fonte de reconhecimento e identificação para um número cada vez maior de pessoas. Ela, por assim dizer, saiu do anonimato e tornou-se uma estrela, cada vez mais reconhecida em uma cultura global, com características cada vez mais homogêneas. Este estudo, por outro lado, busca identificar o que é particular às crianças, sabendo que criança não é também uma categoria homogênea, mas produto sociocultural de um tempo histórico. Veremos ao longo deste trabalho, ainda que brevemente, a construção da infância no Brasil, relacionando-a ao surgimento das instituições escolares e como as mesmas ao longo dos anos foram se reestruturando.

Espera-se que as discussões propostas contribuam para reflexões críticas e possibilitem a abertura de caminhos que atendam a pluriversidade das experiências das crianças que têm lugar nos espaços das escolas, assim como, apontar para a importância de ouvir as vozes dessas crianças, não ausentando a responsabilidade dos pais, professores e principalmente do Estado na compreensão e no acolhimento de seu sofrimento e na intervenção da depressão infantil.

3 CAPÍTULO 1. A EMERGÊNCIA HISTÓRICA DA DEPRESSÃO

3.1 CONTEXTO HISTÓRICO: APROXIMAÇÕES À CONCEPÇÃO DE DEPRESSÃO

Desde a Antiguidade ocidental (500 A.E.C. – 100 E.C.) já existia o culto ao corpo perfeito e à mente sã e o entendimento de que as doenças da mente estão ligadas a alguma disfunção corporal.

Gonçalves (*apud* MACHADO, 2007) explica que o médico Hipócrates (século 460 A.E.C. -377 A.E.C.) descrevia a depressão em termos de “perda de sono, falta de apetite, desejo de morte [...]. Já se procurava a origem biológica da patologia: “essa bílis negra que ao nos invadir, age sobre o corpo e sobre a alma para criar tristeza e cansaço” (p. 298).

Hipócrates propôs um método de tratamento para a cura dessa doença que consistia em dietas, ginástica, hidroterapia e medicamentos orais, ervas catárticas, eméticas e purgantes destinados a eliminar o excesso dessa bile negra. Também era aconselhado o diálogo, o não isolamento e após observar o período menstrual nas mulheres, passou a ser recomendada a evacuação e a sangria que perdurou por 1.500 anos.

Segundo SOUZA (*apud* LACERDA, 2010), a teoria dos quatro humores proposta por Hipócrates ainda era sustentada, entretanto, foi associada por Galeno aos quatro elementos, fluídos, qualidade e humor onde o desequilíbrio desses fatores resultava na doença. Galeno acrescentou que a bile negra poderia acometer qualquer parte do corpo e o tratamento proposto na época era a base de plantas medicinais.

A concepção ocidental vigente na época fazia referência à teoria grega dos quatro humores que tinha como base os quatro fluidos corporais: fleuma, bile amarela, sangue e bile negra (sendo esta considerada fria e seca). Por muito tempo a depressão foi relacionada a essa bile negra, mas, até hoje não foi encontrada essa bile negra no corpo humano. No século V, a depressão passou a ser definida como melancolia sem a presença de febre, mas, uma tristeza profunda. Essa definição é bem parecida com a usada nos dias atuais, assim como as sintomatologias descritas.

Com a ascensão do cristianismo na Idade Média (450 E.C. – 1400 E.C.) aumentou a crença em superstições e no sobrenatural. A perda da razão era vista como um castigo de Deus e esse estado de melancolia profunda seria proveniente de um afastamento de tudo que era sagrado e da ausência da fé.

Na época da Inquisição, no século XIII, a melancolia foi considerada um pecado e algumas pessoas eram multadas ou aprisionadas por carregarem esse mal da alma, que não tinha cura (GONÇALES, 2007, p.299) [...] A ciência avança, mas a posição social dos deprimidos retrocede. Numa Idade da Razão, os sem razão estavam em desvantagem (p. 301).

Ainda que na Idade Média não houvesse tratamentos específicos, sugeria-se a segregação das pessoas melancólicas, mantendo-as ocupadas com trabalhos manuais. As pessoas que apresentavam as formas mais severas de melancolia passavam por tratamentos desumanos como dor física, para distrair a mente, afogamentos e dispositivos que os faziam vomitar e desmaiar (SOLOMON *apud* GONÇALES, 2007, p. 301).

A Idade Moderna (séculos XV a XIX), no Ocidente, foi marcada pelo Renascimento, Iluminismo e Romantismo. A melancolia foi *glamourizada*, compreendida nos homens como a busca pelo grande e o eterno além de que, defendia-se, todo gênio era melancólico.

Seguindo o raciocínio de SOUZA (*apud* LACERDA, 2010), na Idade Moderna, os humores são substituídos por nervos. O médico William Cullen (1710-1790) empregou o termo neurose e fundamentou sua teoria por meio do sistema nervoso, na qual a melancolia era fruto das disfunções de diferentes partes do cérebro.

No século XIX, na Europa, houve uma ascensão no campo científico. Esquirol, um dos psiquiatras de referência da época e discípulo de Pinel⁴, afirmava que a psiquiatria deveria procurar entender a anatomia cerebral e não buscar respostas nos filósofos e na igreja. Outro grande marco do século XIX foi o período de classificações, dos debates entre grandes teóricos em categorizar e subcategorizar as doenças mentais. Segundo Santa Clara (2009, p. 6), “na Psiquiatria, o movimento de descrições e classificações das doenças e a divisão em categorias e subcategorias ganham espaço, tornando-se parte principal do discurso médico da época”.

Posteriormente, Emil Kraepelin (1833) foi o responsável por aperfeiçoar a nosologia psiquiátrica e separar os sintomas depressivos em classes da mais leve à mais grave.

O século XIX ficou conhecido como *a década do cérebro* e foi apelidado por Isaiás Pessotti⁵ como *o século dos manicômios*, por conta dos grandes números de manicômios e

⁴ “Philippe Pinel (1745 – 1826) foi um dos grandes precursores da psiquiatria moderna na Europa, sendo um dos primeiros a libertar os pacientes psiquiátricos dos manicômios e das correntes, pois acreditava que momentos de liberdade eram por si só terapêuticos. Em seu tratamento, Pinel substituiu as práticas antigas, como sangrias, vômitos induzidos, purgações, etc. por terapias ocupacionais e por tratamentos que passaram a ver os doentes mentais com mais respeito e dignidade” (TEIXEIRA, 2005).

⁵ Isaiás Pessotti é escritor e psicólogo. Nos anos de 1980, dedicou-se a estudos de epistemologia e história da psicologia e, posteriormente, à evolução do conceito de "loucura", publicando a trilogia *A loucura e as épocas* (1994), *O século dos manicômios* (1996) e *Os nomes da loucura* (1999). Em 1993 estreou com grande sucesso na ficção, com aqueles cães malditos de Arquelau, duplamente premiado com o Jabuti de 1994, nas categorias Melhor

internações na época. Foi um período de importantes avanços para a neuropsicologia, onde intensificaram-se os estudos com uso de eletroencefalograma (EEG), tomografia computadorizada de emissão de fóton único (SPECT) e tomografia com emissão de pósitron (PET). Os resultados mostraram a relação do comportamento padrão do cérebro com a depressão, ansiedade, epilepsia, por exemplo.

No século XX houve a consolidação da psiquiatria, os avanços na psicopatologia, farmacologia, anatomia patológica, neurologia e genética possibilitando ampliar conhecimentos na área clínica, da observação e da experiência. De acordo com Santa Clara (2009, p. 6):

No campo diagnóstico, o que tornou possível enquadrar a depressão em uma categoria de doença ou perturbação mental foi a criação dos instrumentos classificatórios e nosográficos – Classificação Internacional das Doenças (CID) e Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM).

O século também foi marcado por grandes debates entre teóricos e pelo surgimento dos movimentos sociais que questionavam a forma do atendimento e a assistência prestada a esses pacientes. É no século XX também que a Liga Brasileira de Higiene Mental⁶, alicerçada em práticas racistas e íntima do nazismo, vive seu momento de consolidação, com influência em diferentes áreas como a da educação.

A influência da higiene mental era especialmente importante. Esta acrescentava a noção de uma origem social da loucura à ideia já existente de que haveria uma base hereditária para a doença mental. Alcoolismo, miséria, ignorância e religiosidade extremos passaram a ser vistas como possíveis causas de loucura (SEIXAS et al., 2009)

Já o termo *medicalização* foi cunhado na década de 60, no bojo do processo de higienização das cidades. Inicialmente, as instituições hospitalares tinham como finalidade isolar o pobre para morrer, entretanto, a finalidade mudou após um tempo para uma máquina de cura. Para Foucault (1970), a medicalização era parte de um plano de controle social

Romance e Livro do Ano. Seguiram-se O manuscrito de Mediavilla (1995) e A lua da verdade (1997), todas aventuras históricas em chave de especulação ficcional.

Pessotti, I. (1999). **Os nomes da loucura**. São Paulo: Ed.34 Ler mais em: <http://www.editora34.com.br/detalhe.asp?id=140>

⁶ O movimento de higiene mental surgiu com a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental. Fundada no Rio de Janeiro, em 1923, pelo psiquiatra Gustavo Riedel, a Liga tinha como objetivo primordial a melhoria na assistência aos doentes mentais, através da modernização do atendimento psiquiátrico (SEIXAS et al, 2009).

chamado por ele de nosopolítica⁷, no qual existe uma política social onde se tem a saúde como um ideal e uma responsabilidade de todos (ZORZANELLI; CRUZ, 2018, p. 723).

Entretanto, os estudos sobre a depressão infantil só começaram no início do século XX. Os primeiros conceitos foram de Abraham (1912), que compreendia a depressão como o sentimento advindo da perda de um objeto amado, gerando sentimento de culpa e melancolia. Em 1948, com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e com a utilização dos psicofármacos criou-se uma classificação internacional de doenças mentais. Cruvinel (*apud* BORUCHOVITCH, 2003, p. 77), contudo, explica que a psiquiatria despertou interesse na depressão infantil na década de 60, mas o quadro depressivo na infância só ganhou notoriedade na década de 70, lamentavelmente, antes acreditava-se que essa patologia não acometia as crianças ou somente em casos bem raros. No início do século XXI, a depressão, a princípio, foi catalogada como uma doença mental na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde (CID) e no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM).

Em 1986, no Brasil, fundaram-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), voltados para substituir os hospitais psiquiátricos e os manicômios, tornando-se, assim, uma alternativa de permanência no tratamento. As atividades realizadas no CAPS envolvem ressocialização, atividades físicas, musicoterapia, psicomotricidade, ludicidade entre outros.

Atualmente, a depressão é caracterizada como um transtorno de humor, comumente identificado nas crianças. Com o crescente aumento de casos, o campo da depressão tem recebido maior atenção e tem correlação com os fatores externos, principalmente na esfera comportamental, familiar, social e escolar, considerando-se a incumbência da regulação emocional para um desenvolvimento afetivo saudável.

Contemporaneamente, o quadro clínico da depressão aponta ainda mais para a relevância do contexto social, político e histórico como fundamental à sua emergência e compreensão. Segundo Duncker (2021), a depressão é uma doença do palco, lugar destacado no mundo, onde nós a metaforizamos, a reduzimos e onde nos tornamos atores e personagens da tragédia que escrevemos. Desta forma, é perceptível que cada época possui sua própria visão de mundo, valores, deuses e demônios e define, nessas circunstâncias, o que é sofrimento.

⁷ *Nosopolítica*, termo cunhado por Foucault (1970), refere-se a uma política social que tem a saúde como um ideal e uma responsabilidade de todos. Ler mais em: ZORZANELLI, R. T.; CRUZ, M.G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface** (Botucatu). 2018; 22(66):721-31.

3.2 DIFERENTES ABORDAGENS DA DEPRESSÃO INFANTIL: PERSPECTIVA SOCIAL, ANTROPOLÓGICA, PSICOLÓGICA E MÉDICA

Coutinho (2001) analisa a complexidade da depressão da seguinte forma:

Com o expressivo aumento das pesquisas sobre o fenômeno da depressão, vários são os aportes teóricos que o vêm pesquisando e analisando, uns focalizando mais os aspectos orgânicos, outros os aspectos psicológicos. Porém, em virtude de sua complexidade, e por apresentar-se de forma prolixa e multifacetada, seria reducionismo tentar explicar um problema tão plural dentro de uma ou outra visão específica (BARROS et al. 2006, p. 21)

Para o autor, a depressão possui, em sua etiologia, uma série de fatores que podem estar relacionados a aspectos psicológicos, socioculturais e fisiológicos. Sendo assim, tanto a sociedade quanto a escola, as condições socioeconômicas, políticas, culturais e históricas tem sua parcela de influência no desencadeamento do sofrimento. Solomon (2002) e Marcelli (1998) completam que as pessoas que vivem em condições socioeconômicas desfavoráveis são mais propensas a desenvolver patologias físicas e mentais. Do mesmo modo, Barbosa (1987) ressalta a importância em analisar o histórico familiar, a desorganização econômica e emocional na produção do adoecimento. Barbosa (1987) continua destacando 3 pontos:

1) a saúde da população é um assunto que diz respeito, diretamente, ao contexto social; 2) as condições econômicas e sociais têm um importante efeito sobre a saúde e a doença, de tal modo que, as relações, aí presentes, devem estar sujeitas aos critérios gerais que norteiam toda investigação científica; 3) [...] medidas devem ser tomadas no sentido de combater a doença e promover a saúde e [...] as ações decorrentes devem ser, simultaneamente, de natureza social e médica (BARBOSA, 1987, p. 253)

Barros et al. (2006) continuam:

Pessoas que sofrem com o problema em seu cotidiano, inseridos no âmbito das instituições escolares que, muitas vezes, perpetuam hábitos excludentes e prejudiciais que podem refletir na manutenção da sintomatologia depressiva nessa fase do desenvolvimento, podendo se prolongar para a vida adulta. (BARROS *et al.* 2006, p. 27)

Partindo das análises de Fanon (2008), podemos dizer que ele traz como via para a análise contextual da produção do sofrimento a sociogênese, a qual consiste em transcender o sintoma, a partir da consideração das dimensões culturais, históricas, linguísticas, políticas e econômicas que estão na base do adoecimento, conforme ele observou em inúmeros casos ao longo de sua prática político-psiquiátrica revolucionária. Fanon explica como a subjetividade

do negro é modulada pela violência do colonialismo, do racismo e da generificação da raça e suas consequências na desumanização do Outro. Para Faustino (2020), o problema da racialização não seria somente o racismo e o preconceito, mas a impossibilidade dos povos racializados em viver plenamente.

Segundo FLOR et al (2020, p. 16), Fanon argumenta que o colonialismo, ao inventar racialmente o Outro e sua condição negra, ou seja, a raça, o fez destituindo-o de si mesmo, na medida em que passou a significar negativamente tudo o que lhe pertencia. Fanon (2008) considera que a psicanálise procura rupturas e repetições no histórico familiar, mas como comparar famílias negras com as famílias ocidentais hegemonicamente brancas? Segundo Lima (2020), esse é um dos pontos centrais para que possamos questionar a insuficiência das explicações sobre a subjetividade moldada no âmbito do projeto racional-ocidental no qual as experiências subjetivas negras se dão a partir da hegemonia branca (LIMA, 2020. p. 134)

Segundo as **análises sociais**, as propostas como métodos de tratamentos consistem na reestruturação dos laços familiares, assim como terapias cognitivas, ludoterapia, entre outros, utilizando como base a psicanálise, que vem contribuindo para uma visão da saúde como um “modelo de crescimento”, trabalhando as técnicas psicológicas e a reapropriação do social.

Na **perspectiva antropológica**, como a proposta por Nakamura & Santos (2007), a antropologia médica propõe uma abordagem mais ampla e também crítica da relação entre doença e cultura em termos das noções e práticas envolvidas nessa relação. A cultura deixa de ser um auxiliador da psicopatologia passando a contribuir com aspectos relevantes e poucos conhecidos pelos profissionais de saúde. Nakamura & Santos (2007) ressaltam que:

Devem ser considerados os idiomas culturais para expressar o sofrimento e a aflição. Da mesma maneira, é preciso reconhecer que a psiquiatria integra determinada cultura e que a imposição de certas categorias não se ajusta adequadamente e nem abarca completamente as experiências de sofrimento que afligem as pessoas em outras sociedades. A apresentação clínica da depressão e da ansiedade não é portanto apenas uma função do contexto etnocultural do paciente, mas depende da estrutura do sistema de saúde, das categorias de diagnóstico, dos conceitos que são encontrados na mídia e no diálogo com a família, amigos e médicos (p. 55).

Nesse sentido, é importante considerar a depressão infantil como um fator transcultural em diferentes populações, reconhecendo fatores esses que interferem no diagnóstico e tratamento da doença.

Na pesquisa etnográfica de Nakamura e Santos (2007) é considerada a intervenção medicamentosa e terapêutica:

Com relação às formas de tratamento, os profissionais são unânimes quanto à necessidade de utilização de medicamentos e de os resultados mais imediatos serem reconhecidos. Embora o acompanhamento terapêutico também seja recomendado numa abordagem múltipla, de maneira diferente do que ocorre com os medicamentos, há controvérsias quanto à sua adoção. Isso em função de problemas relacionados à duração, à existência de profissionais e aos custos, principalmente por se tratar de um serviço público (p. 57)

A intervenção medicamentosa se dá por conta da mediatização dos efeitos, do mesmo modo utilizados pelo discurso médico-científico, pois para os médicos o importante é diagnosticar e curar.

Na **perspectiva psicológica**, considera-se que os sintomas da depressão infantil, muitas vezes, se manifestam de forma mascarada e a depender da faixa etária a criança pode não conseguir externalizar verbalmente seus sentimentos. Dessa forma, é necessário um olhar a mais para as comunicações não-verbais. A depressão também pode ocorrer de forma hereditária sendo necessário analisar o histórico familiar, o que pode vir a favorecer o prognóstico.

Calderaro e Carvalho (2005) expõem que, segundo os profissionais de saúde, o índice de crianças agressivas, com problemas de indisciplina e hiperatividade, atinge números alarmantes. As autoras destacam ainda as denúncias dos médicos que trabalham com sobrecargas, tempo mínimo para as consultas, dificultando a validação do diagnóstico, além da grande rotatividade de profissionais levando a criança a passar por profissionais diferentes nesse processo.

Algumas das formas de tratamento propostas por Calderaro e Carvalho (2005) inclui formas lúdicas, partindo da concepção de que, “através do brincar, a criança fala de si simbolicamente, e a maneira como ela atua durante essa atividade pode revelar o sentido oculto das angústias e dos sintomas que apresenta” (EFRON et al, 1981). Outro método citado pelas autoras faz referência aos desenhos:

o procedimento de desenhos-estórias é um instrumento que permite investigar aspectos da personalidade, constituindo-se da sequência de cinco unidades de produção gráfica – desenhos livres – cada uma delas seguida de estória contada a partir daquele estímulo, inquérito e título do desenho. A interpretação do material também parte dos pressupostos psicodinâmicos (Trinca & Lima, 1989). (CALDERARO; CARVALHO, 2005, p.184).

Na **perspectiva médica**, Luengo (2010) destaca que o Estado fez da criança um alvo certo de modelamento e normatizações desde a mais tenra idade, sempre com o intuito de aprimorar a raça, almejando a conquista do progresso social. Ou seja, a medicalização surgiu como forma de controle.

A nova palavra de ordem é a higiene mental escolar. Com intenções preventivas, as clínicas de higiene mental e de orientação infantil disseminaram-se no mundo a partir da década de vinte e se propõem a estudar e corrigir os desajustamentos infantis. Sob o nome de psicoclínicas, clínicas ortofrênicas, clínicas de orientação ou clínicas de higiene mental infantil, elas servem à rede escolar através do diagnóstico, o mais precocemente possível de distúrbios da aprendizagem. A obsessão preventiva tem como lema “keep the normal child normal” (mantenha normal a criança normal) e em seu nome são criadas as “clínicas de hábitos” para crianças em idade pré-escolar (LUENGO, 2010, p. 42).

Dessa forma, a medicalização passou da punição física para a simbólica, uma forma de buscar a “normalidade”, ressaltando-se que para muitas das receitas prescritas não havia um estudo sobre os efeitos colaterais. Essa medida visava normatizar e moralizar as condutas, justapor-se aos anseios sociais. Nesse contexto, a escola passou a ser um ambiente integrado com a medicina e segregacionista, onde o professor era o responsável por preencher a cartilha com a normalidade e anormalidade da criança. Posteriormente, esses dados eram relacionados com o histórico familiar, decidindo-se se a criança estava apta ou não para estudar com as crianças consideradas “normais”.

Muito se comenta sobre fracasso escolar, entretanto, Luengo (2010) lembra que há a possibilidade de que o transtorno esteja sendo diagnosticado a partir das queixas constantes dos professores, que estimulam os familiares a procurar ajuda médica e psicológica. O professor influencia muito, já que a patologização é feita por meio dos aspectos considerados fora da normalidade, conceito esse constituído socialmente. Luengo (2010) afirma que “a criança, então, ao ser encaminhada, passa a ser culpabilizada por suas atitudes, sendo objeto de observações e intervenções médico-psicológicas, sem se levar em conta, na maioria das vezes, os aspectos macroestruturais do sistema educacional, pois existe a tendência de se perder a visão da totalidade, reduzindo-se ao microestrutural, ao particular que se transforma no modelo do que é real” (LUENGO. 2010, p. 71).

Barros *et al.* (2006) enfatizam que “de acordo com o saber prático, a depressão é consequência de disfunções afetivas e de relações sociais insatisfatórias e patológicas, que perpetuam hábitos prejudiciais, principalmente, no âmbito da escola e da família” (BARROS et al. 2006, p. 182). É importante salientar que a dificuldade em encontrar emprego, as perdas econômicas, os baixos salários são fatores que aumentam o temor da morte e da perda de familiares. O tratamento da depressão quando ancorado numa relação psicoafetiva e socioeconômica traz resultados significativos.

3.3 CONCEITO DE DEPRESSÃO E DIFERENÇAS ENTRE ADULTOS E CRIANÇAS

De acordo com Cruvinel (*apud* BORUCHOVITCH, 2003, p. 77.), os estudos sobre a depressão infantil começaram no início do século XX, neste período a doença foi separada da mania. Diante disso a depressão maior se encontrava no contexto de confinamento e segregação, no entanto, o quadro depressivo na infância só ganhou notoriedade na década de 70, antes, acreditava-se que essa patologia só acometia as crianças em casos bem raros.

O transtorno depressivo infantil a princípio não era levado muito a sério e não se acreditava que crianças fossem deprimidas, tanto que não haviam critérios de diagnóstico estabelecidos diferenciados para adultos e crianças, sendo utilizados os mesmos que são usados para adultos, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM⁸-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994), publicado pela The American Psychiatric Association (Washington, DC). No ano de 2013 foi lançado o DSM-V. A quinta edição agregou diversos critérios a outros transtornos mentais como bipolaridade, síndrome de déficit de atenção (TDAH), esquizofrenia, depressão e ansiedade.

Ocorria uma polêmica entre autores da época, enquanto alguns autores consideravam que a depressão infantil deveria ser diagnosticada como a depressão no adulto e utilizando os mesmos instrumentos para avaliação, outros defendiam que o transtorno era próprio da infância, havendo características específicas para o diagnóstico, o que poderia ocorrer antes dos seis anos de idade. Havia uma falta de consenso entre os pesquisadores da época sobre os critérios de diagnóstico para depressão na infância. É importante ressaltar a necessidade de entender que crianças possuem fases no seu desenvolvimento, que por sua vez modelam a manifestação clínica da depressão.

Partindo desse pressuposto, o mesmo ocorre com a definição da depressão, ela é cultural, como explica Dunker (2021) em entrevista à Gama (2021). O conceito vai mudar porque se transforma conforme nomeamos, mas etiológicamente a doença continua a mesma. Dunker (2021) resalta que o processo de psiquiatrização da tristeza, no Brasil, pulou etapas, como, por exemplo, a humanização da loucura, ou seja, a psiquiatria serviu somente para o segregacionismo social e a objetificação da diferença.

⁸ Segundo Ferreira (2013), o Manual DSM surgiu como uma sistematização das doenças mentais, sendo um instrumento complementar à classificação das doenças. No entanto, a partir da versão III, ele passou a refletir sobre as mudanças na área de psiquiatria norte-americana. "Não é mais uma plastificação das doenças, mas um manual que quase forma um profissional para fazer um diagnóstico. A cada edição os critérios são cada vez mais imprecisos e abrangentes (FERREIRA. 2013, p. 16).

De acordo com os estudos psiquiátricos de Fanon, em *Alienação e Liberdade* (2020), a loucura é uma patologia da liberdade em que as violações do regime colonial com a fragmentação identitária levada a cabo, a imposição de um “destino branco” à mulheres e homens negros, impedem a liberdade resultando num processo de despersonalização absoluta e de uma desumanização sistemática por parte do Estado Colonial. Nas Américas, um dos sentimentos expressados pelos escravizados durante o tráfico é descrito pela primeira vez por Sigaud como *banzo*, um sentir que ultrapassa a razão, restando apenas a decisão sobre a liberdade ou a morte. Há, portanto, uma decisão de morrer, que pode envolver comer terra, inanição ou afogamento (DUNKER, 2021). Veiga (2019) comenta que essa retirada brutal de sua referência de cultura, língua, comunidade e laços afetivos para uma condição de escravizado “teve efeitos de desterro e de perda de referências tão acentuados, que a própria identidade e consciência corporal entravam num processo de desintegração”. O impacto dessa desumanização ainda reverbera em profundas desigualdades sociais e raciais que podem influenciar de forma diferente a saúde mental das diferentes infâncias.

De acordo com Cruvinel e Boruchovitch (2014), ainda são escassos os estudos epidemiológicos brasileiros acerca da depressão infantil. Estudos nacionais e internacionais têm demonstrado que a incidência do transtorno depressivo infantil é muito variável (Cruvinel & Boruchovitch, 2003). Analisando qualitativamente as respostas do Inventário de Depressão Infantil (CDI) realizado com seis crianças em 2006, os sintomas mais 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 "Eu tenho certeza que coisas terríveis acontecerão"), choro ("Eu sinto vontade de chorar diariamente") e cansaço ("Eu estou sempre cansado") (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2014, p. 27).

A depressão é considerada um fator internalizante, ocorrendo na própria criança e não nas pessoas que convivem ao seu redor, desta forma, com a escassez dos instrumentos diagnósticos torna-se mais complexo e delicado identificá-la. Segundo Bahls (2002), crianças e adolescentes costumam apresentar índices mais altos de comorbidades com outros transtornos psiquiátricos do que os adultos.

Dunker (2021) explica que os sintomas depressivos relatados pelos adultos normalmente são: esmaecimento do corpo, aborrecimento com o corpo e consigo, perda do desejo e desgosto com a vida e, sobretudo, hipersensibilidade à dor e temor incerto diante da vida. Quando aguda é sempre mortal e no mais afeta a saúde do corpo em geral.

Segundo Bahls (2002) descreve cuidadosamente como a depressão costuma se apresentar em cada faixa etária. Em idade pré-escolar são mais frequentes os sintomas físicos, como dores de cabeça e abdominal, fadiga, tontura, acrescidos de fobias, dificuldade de socialização, hiperatividade, alterações no sono e apetite, falta de prazer em brincar e ir à escola, além de comportamentos autodestrutivos. Na idade escolar os sintomas já conseguem ser verbalizados e se assemelham aos dos adultos: choro fácil, aparência triste, ansiedade de separação, queda no rendimento escolar, recusa escolar e desejo de morte. Na adolescência, as meninas apresentam mais sintomas depressivos do que os meninos. As hipóteses mais prováveis são as formas de socialização, como são encorajadas a confrontar com os sentimentos (tristeza, choro e desânimo) enquanto os meninos são incentivados a usar meios de distração.

Em nossa compreensão, é preciso considerar nessa análise os constrangimentos sociais e as violências a que estão expostas as meninas, tendo em vista marcadores sociais de diferença como classe, gênero e raça.

A depressão infantil encontra-se cada vez mais frequente em crianças e adolescentes, tanto que atualmente, não restam dúvidas da depressão infantil e da diversidade dos transtornos. Mesmo que a depressão infantil apresente sintomas atípicos, levando em conta a idade e as fases das crianças, os sintomas costumam ser os mesmos em todas as faixas etárias. Esses sintomas atípicos são a “depressão mascarada”, encoberta por outros problemas de comportamento como enurese, hiperatividade, insônia, agressividade e ansiedade. Os possíveis fatores que causam a depressão na infância são diversos. Geralmente, manifesta-se após uma situação traumática envolvendo vulnerabilidade social; atos violentos, intencionais e repetidos praticados por terceiros; pais dependentes químicos; hereditariedade; divórcio dos pais; mudança de escola⁹; perda de uma pessoa querida ou animal de estimação; entre outros.

A grande diferença do diagnóstico em adultos e crianças é que o adulto pode se expressar verbalmente e nas crianças os sintomas podem ser confundidos com malcriação, birra, mau humor, tristeza e agressividade. Na depressão, as tristezas do dia-a-dia são mais intensas, persistentes, alteram os hábitos considerados normais nas atividades da criança e apresentam um conjunto de sintomas ou comportamentos que causam sofrimento e desestruturação do seu cotidiano.

⁹ Cunha (1996) cita Cardoso (1945, p. 177-178) que retratava o agravamento dos problemas infantis no ingresso da criança na escola primária, ocasião em que as exigências da aprendizagem sistemática a colocavam sob um clima sensivelmente diferente daquele a que estivera habituada no jardim de infância e no seio da família (CUNHA, 1996, p. 332).

Cruvinel e Boruchovitch (2014) ressaltam que as escalas e os inventários empregados possuem apenas o dever de identificar a sintomatologia e não diagnosticar a depressão. O psicólogo infantil deve, sobretudo, estar atento a outros sinais como: postura, comportamento das crianças durante as consultas, em casa e na escola, ouvir suas queixas e como explicam ou expõem seus sentimentos. Além disso, buscar considerar distinções na expressão da depressão, em função de gênero e idade. Dessa forma, os instrumentos servem para auxiliar em um diagnóstico mais preciso e cuidadoso.

4 CAPÍTULO 2. INFÂNCIAS, EDUCAÇÃO E O PROJETO NACIONAL BRASILEIRO

4.1 CRIANÇAS SILENCIADAS: A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA INFÂNCIA E DA CRIANÇA NO CONTEXTO ESCOLAR

Foi a voz dos adultos que registrou, ou calou, sobre a existência dos pequenos, possibilitando ao historiador escutar esse passado utilizando seus registros e entonações (PRIORE, 2010).

As escolas medievais, também chamadas de escolásticas, ofertavam uma educação limitada a um pequeno número de clérigos e um dos aspectos da escola nessa época é a mistura de diferentes idades. A preocupação na época era a de restringir às escolas particulares os ensinamentos mais avançados. Segundo Ariès (1985), o elemento psicológico essencial dessa estrutura demográfica era a indiferença pela idade daqueles que a compunham: ao contrário, a preocupação com a idade se tornaria fundamental somente no século XIX e em nossos dias (ARIÈS, 1985, p.154). Naquele período era comum pessoas de diferentes idades aprenderem juntos, a importância era dada a matéria ensinada e o gosto pelo aprendizado. Essa indiferença com a questão da idade levava a inserção das crianças abruptamente no mundo adulto, esse é um dos marcos fortes da sociedade nesse período.

As escolas medievais muitas vezes não dispunham de salas amplas e prédios, era muito comum dar aula dentro ou na porta da igreja, em comércios fechados ou nas esquinas. “Forrava-se o chão com palha, e os alunos se sentavam [...]. Então, o mestre esperava pelos alunos, como o comerciante espera pelos fregueses” (ARIÈS, 1985, p.155). Com o surgimento das inúmeras escolas autorizadas, independentes umas das outras, os mestres passaram a alugar salas.

Na idade medieval, o nascimento e o desenvolvimento da criança, num primeiro momento, vão ser desprezados em vista da dificuldade da época, ocasionando uma baixa expectativa de vida. O pensamento sobre a infância, ainda que curta se comparada aos dias atuais, vai se modificando em dois momentos, um da fragilidade e outro do papel dos adultos em preservar a primeira infância e fortalecer a segunda.

Segundo Ariès (1981), na Europa, a partir do século XV a iconografia das crianças passa a retratá-las nos quadros das famílias, todas datadas, tornando-se uma forma de registro numeroso e comum. Os quadros possuem a peculiaridades de retratar até mesmo as crianças já falecidas, a nudez e um outro aspecto que chama a atenção, os trajes. Assim que deixavam os cueiros, as crianças eram vestidas como os adultos da época.

De acordo com Ramos (2010), no século XVI, muitas crianças chamadas na época de *grumetes* ou *pajens*, de ambos os sexos, foram lançadas nas embarcações marítimas rumo à terra de Santa Cruz, enviadas ao Brasil para se casarem com súditos da Coroa ou até mesmo com passageiros dos navios. Nessas viagens, a presença de mulheres era rara, isso quando não eram proibidas por serem ambientes propícios para sodomias e abusos sexuais de marujos sujos e violentos, até mesmo as que viajavam acompanhadas com os pais não estavam livres dos abusos, somente as órfãs eram poupadas pois tinham que chegar virgens até as colônias.

Na ocorrência de um naufrágio, as crianças eram constantemente esquecidas nos navios e as que sobrevivessem ao naufrágio viveriam à própria sorte. Com a dificuldade em encontrar mão de obra adulta, a Coroa recrutava crianças pobres e pedintes de 9 a 16 anos para trabalhar nas construções visto que a maioria dos adultos estava a bordo dos navios. Já nesse período as crianças enfrentavam a desvalorização da vida infantil. Os pais viam estes trabalhos como forma de aumentar a renda familiar, até mesmo aqueles que trabalhavam em alto mar eram vistos como uma boca a menos para se alimentar.

No cotidiano das colônias, com o predomínio dos padres jesuítas, encontramos várias semelhanças com a Idade Média europeia. Os castigos físicos em crianças estavam presentes, pois o ato de bater era visto como uma forma de “amor” e “correção”. Esses atos de “disciplina” eram acrescidos de beliscões, tapas, carinhos e festas. Quanto à expressão do afeto, de modo geral, este deveria ser repudiado pelos pais, pois fazia mal aos filhos. Com o advento das Aulas Régias, a palmatória foi inserida como metodologia de ensino. Segundo Priore (2010), às violências físicas, muitas vezes dirigidas às mães, atingiam os filhos e não foram poucas as famílias que se desfizeram deixando entregues ao Deus dará, as mães e seus filhinhos: fome, abandono, instabilidade econômica e social.

Nas escolas jesuíticas o momento de lazer se configurava no banho de rio ou com brincadeiras trazidas pelos portugueses. A formação da criança branca partia de uma preocupação em se tornarem seres responsáveis, havia uma exigência por meio da igreja e da burguesia portuguesa que essa doutrinação ocorresse por intermédio da fé cristã e de livros de histórias constituindo o que Priore (2010) chama de uma autêntica bula de moral e valores comuns. O método de ensino baseava-se nas cartilhas de alfabetização e ensino de religião. Fazia-se presente também no aprendizado dessa criança, o ato de, ao adentrar nas escolas, ajoelhar e benzer-se diante de um crucifixo.

Com os moralistas e educadores do século XVII consegue-se impor uma infância mais longa, devido ao surgimento das instituições escolares. Em meados do século XVII a medicina

e a educação começam a trabalhar juntos. Priore (2010) traz uma importante citação de Francisco de Melo Franco, médico mineiro setecentista, o qual advertia:

A educação é tanto física quanto moral (particularmente nas três primeiras idades, infância, puerícia e adolescência); é o mais poderoso expediente para conseguir até certo ponto notável alteração no temperamento originário. [Segundo ele, era de pequenino que se torcia o pepino e que] as duas educações deviam começar desde o berço. [Dizia ainda que] muito se engana quem entende que essas idades não admitem ensino algum pois nelas, pouco ou nada obrava a razão mas em contrapartida, muito obravam os costumes e quando chega a luz do entendimento, nenhum lugar lhe dão os hábitos adquiridos, se não se usar de força e violência que raras vezes não aproveitam (PRIORE, 2010, p. 57)

Priore (2010) continua:

Sábio conselho num país onde, há quinhentos anos, a formação social da criança passa mais pela violência explícita ou implícita do que pelo livro, pelo aprendizado e pela educação. Triste realidade num Brasil, onde a formação moral e intelectual, bem como os códigos de sociabilidade, raramente aproxima as crianças de conceitos como civilidade e cidadania (PRIORE, 2010, p. 57).

No Brasil, há uma construção de família que reflete de maneira negativa na concepção de infância buscando atender aos anseios de uma sociedade que busca se modernizar aos moldes da Europa, em busca de uma construção de identidade nacional atendendo aos interesses de uma elite médica e estatal. Muitas práticas católicas passaram a ser utilizadas, como a adoção dos nomes de santos e o batismo, uma forma de pedir proteção para os menores, também purificação e, no caso das mulheres e homens escravizados, representava ampliação do ‘pertencimento’ familiar (ou posse) por obter os nomes dos seus padrinhos.

O século XVIII foi marcado pela repugnância das crianças precoces e limitação da entrada de crianças principalmente das classes mais baixas nas escolas, conseqüentemente as crianças passaram a adentrar com 10 anos. A justificativa para o retardo na entrada das crianças “era a fraqueza, ‘a imbecilidade’, ou a incapacidade dos pequeninos” (ARIÈS 1985, p. 161).

No século XVIII, houve uma reestruturação das escolas modificando-as de uma simples sala de aula para um colégio moderno que, segundo Ariès (1985), era uma instituição complexa, não apenas de ensino, mas de vigilância e enquadramento das crianças e jovens. Com essa mudança, advém a separação das turmas por idades, porém essa regra se aplicava somente dentro do colégio, fora do ambiente escolar alguns alunos de diferentes idades continuavam exercendo funções dos adultos. A mistura de idades persistiu até o fim do século XVIII, início do século XIX, quando começou a separação dos jovens “barbudos”, ainda que de forma gradativa. Comumente se via adolescentes ‘atrasados’ juntamente com as crianças e só se

separaram efetivamente no final do século XIX, quando foram designados professores e salas para cada turma, e o ponto central para essa reestruturação foi a necessidade de adaptar o nível do mestre ao do aluno.

Se a vida das crianças brancas já não era fácil, o que pensar das crianças negras. Segundo Portela (2011), no processo de narração da história da criança negra brasileira no período de 1871 a 1879, é importante contextualizar que se trata de uma sociedade escravocrata. Vale destacar que durante o tráfico das vítimas do Navio Negreiro, cerca de 4% dos escravizados eram crianças de até dez anos de idade. Portela (2011, p. 55) destaca:

Em um período que cada mãe sonhava poder oferecer a seu filho uma escola, em vez da aprendizagem cotidiana, numa época onde começaram a prolongar-se a infância e os folguedos, o filho da escrava continua tendo uma infância encolhida de tempo estritamente mínimo (PORTELA, 2011, p. 2).

As crianças nascidas após a Promulgação da Lei do Ventre Livre em 1871, juridicamente nasciam “livres”, mas de fato ficavam sob os cuidados dos pais até os oito anos de idade, sob propriedade dos ‘senhores’ e após esse período, o proprietário poderia receber uma indenização do Estado ou utilizar-se dos serviços do mesmo até a criança completar 21 anos de idade. Com isso, os senhores passaram a redobrar os cuidados com essas crianças pois seriam a próxima leva de escravizados. De acordo com a análise crítica de Portela (2011), a referida Lei só devolveu de forma legal os filhos libertos à escravidão:

Dessa forma, o cotidiano das crianças escravas ou libertas, como categoria social, já é precária desde o nascimento. O direito de viver os seus primeiros dias de vida com a mãe é suprimido, pois a “licença maternidade” da mulher escravizada é de apenas 3 dias. Sua infância não é diferente, não há muito tempo para brincadeiras, a sua inserção no mundo dos adultos escravizados é antecipada. O aparato jurídico que pressupunha a sua proteção e liberdade as manteve na condição de escravizada, ou sequer lhes proporciona a liberdade (PORTELA, 2011, p. 6).

Portela (2011) continua:

[...] O abandono de bebês, a venda de crianças escravas que eram separadas de seus pais, a vida em instituições que no melhor dos casos significavam mera sobrevivência, as violências cotidianas que não excluem os abusos sexuais, as doenças, queimaduras e fraturas que sofriam no trabalho escravo ou operário foram situações que empurraram por mais de três séculos a história da infância no Brasil.

Essa nova leva de trabalhadores nacionais (leia-se *escravizados*) para atender às novas necessidades dos seus senhores precisavam ser educados. Para isso, saúde e educação se uniram num propósito envolvendo diferentes profissionais: planejadores econômicos, sanitaristas,

legisladores, psicólogos, educadores, antropólogos, criminalistas e jornalistas. Todos empenhados em construir uma nova identidade nacional, um Brasil moderno capaz de regenerar e civilizar. O intuito dessas instituições de ensino era basicamente subdividido em duas propostas distintas, uma para regenerar e outra para os herdeiros da República. No primeiro grupo estavam “as infâncias denominadas órfãs, desvalidas, expostas, ingênuas e libertas; e na outra a infância que seria herdeira da República, cuja educação ocorria nos jardins de infância, ou por professores estrangeiros” (PORTELA, 2011, p. 7).

Com o advento da República e a chegada das indústrias e novas transformações, surgiram as escolas profissionais e patronatos agrícolas formando as crianças para a produção artesanal e fabril, qualificando-as desde cedo para serem futuros operários das obras industriais, porém o objetivo central era o uso imediato e oportunista destas crianças, mantendo o mesmo propósito da escravidão. Segundo Rizzini (2010), a história destes institutos mostra que o preparo do jovem tinha mais um sentido político ideológico do que de qualificação para o trabalho, pois o mercado pedia grandes contingentes de trabalhadores baratos e não qualificados (RIZZINI, 2010, p. 208). Os conteúdos ensinados eram voltados para agricultura, indústria e comércio. Naquela época, a população de 8 a 17 anos já trabalhava, ocasionando a troca da escola pelo trabalho, porque a criança precisa ajudar na criação dos irmãos ou a criança vai trabalhar para que a mãe cuide das demais crianças.

Na década de 1920, era frequente as meninas serem retiradas dos asilos para executarem trabalhos domésticos nas casas de famílias, o chamado sistema de soldada, onde a família se encarrega de vestir, alimentar, educar e fazer uma caderneta de poupança em nome da criança como forma de pagamento pelos serviços prestados. Nesses lares era muito comum as fugas, por conta dos maus tratos, da exploração e do abuso sexual.

Nas décadas de 1930 a 1940 uma fazenda no interior de São Paulo, mais precisamente na cidade de Campina do Monte, empresários fazendeiros ligados ao pensamento eugenista, integralista¹⁰ e nazista levaram cerca de 50 meninos órfãos do Rio de Janeiro para a Fazenda Santa Albertina, de propriedade de Osvaldo Rocha Miranda, com a promessa de que era um lugar bonito onde poderiam brincar, porém a realidade era bem diferente. Essas crianças foram escravizadas e privadas de usarem o próprio nome, transformando-os em números e fazendo parte do projeto nazista e das tentativas de branqueamento da população. O historiador Sidney Aguilar transformou os relatos dos sobreviventes Aloisio Silva, Argemiro Santos e José Alves

¹⁰ A Ação Integralista Brasileira foi um movimento político brasileiro ultranacionalista, corporativista, conservador e tradicionalista católico de extrema-direita. Ler mais em: <https://g.co/kgs/NwvjUH>

de Almeida (o “dois”) em documentário intitulado *Menino 23 - Infâncias Perdidas no Brasil*¹¹, lançado em 2016. É difícil imaginar essas infâncias roubadas no século XX, como é difícil lidar com a perda das infâncias ainda hoje.

Como vimos, resgatar a história da criança brasileira e o surgimento das escolas seguindo o modelamento das ideias higiênicas e eugênicas é dar de cara com um passado de negligências, abandonos, com inúmeras tragédias e crimes cometidos em nome de Deus, da moral, dos bons costumes e da nação que atravessaram a vida de milhares de meninos e meninas.

É possível perceber os diferentes projetos educacionais, organizados para as diferentes camadas e infâncias da sociedade brasileira. Para Portela (2011), as escolas e outras instituições produziram uma história e uma imagem de crianças e infâncias que permeia o nosso imaginário social até os dias de hoje (PORTELA, 2011, p. 13). Uma característica peculiar que transcende o tempo, é a da criança enquanto um ser ingênuo, abstrato e/ou que representa perigo para a sociedade, pois são dotados de maus instintos que, se não controlados, poderiam perturbar a ordem social.

4.2 ORDEM E PROGRESSO: A HIGIENIZAÇÃO E A PSICOLOGIA NA EDUCAÇÃO BRASILEIRA

[...] a educação e a filosofia estão relacionadas e esta é produto do ocidente, que tipo de educação resta aos afro-brasileiros? Somente aquela que os embranquece culturalmente (BENEDICTO, 2016).

Em meados do século XIX e início do século XX, com a crescente ascensão do capitalismo e a mulher branca inserida no mercado de trabalho, segundo Luengo (2010), a sociedade cristã e o Estado estão mobilizados para contribuir com os cuidados em relação à infância. Nesse contexto, as famílias passaram a ser responsabilizadas pelos ‘desvios’ das crianças, que deveriam estar submetidas a um processo de prevenção da emergência de males morais, psicológicos e físicos, no âmbito das práticas eugenistas¹², em ascensão na época (LUENGO, 2010, p. 27). O termo, criado por Francis Galton em 1883, fazia referência ao melhoramento das qualidades raciais das futuras gerações, física ou mentalmente, com eliminação dos elementos considerados degenerados. Os estudos eugenistas da hereditariedade

¹¹ Documentário disponível em: <https://youtu.be/rYSspBodYSQ>

¹² Ler mais em: <https://www.geledes.org.br/o-que-foi-o-movimento-de-eugenia-no-brasil-tao-absurdo-que-e-dificil-acreditar/>

tinham o intuito de comprovar que a capacidade intelectual e moral era hereditária e, assim, justificar a exclusão dos negros, imigrantes asiáticos e deficientes de todos os tipos.

De acordo com Dunker (2021), na esfera do positivismo-liberal, o discurso antropológico sobre raça, para embasar o discurso genérico da degenerescência, afirmava que assim como as raças, as famílias e as pessoas se desagregam sob determinadas condições, isso constitui um processo de "*acumulação de vícios*" que se replica em uma hierarquia das enfermidades.

Resumidamente, a história da educação infantil no Brasil entre final do século XIX e início do XX surge como um modelo de proposta educacional voltada a justapor-se aos anseios da sociedade burguesa da moral e da ordem, controlando a família assim como a educação por meio da eugenia e da higiene, tornando a criança alvo de modelamento e normatizações. Portanto, o olhar deve ser ainda mais crítico, pois se trata de crianças ainda muito pequenas sendo apontadas como anormais, patologizadas por um conceito de normalidade que foi construído socialmente (LUENGO, 2010. p. 65).

Bolsanello (1996) conceitua a teoria do ‘darwinismo social’, em que os seres humanos são, por natureza, desiguais, ou seja, dotados de diversas aptidões inatas, algumas superiores outras inferiores, em que os superiores se sobressairão, com extinção dos inferiores. As ideias eugênicas, surgidas em fins do século XIX, preconizavam o uso do Estado para a formação de uma elite genética, incitada a procriar, no qual os inferiores seriam desencorajados a procriar a fim de eliminá-los visando o aperfeiçoamento da raça.

O racismo “científico” se acentua nas visitas de Darwin, Gobineau e de outros estrangeiros ao Brasil, mais precisamente no Rio de Janeiro. Esses tecem cartas com críticas fortes ao povo brasileiro, ao invés de relatarem as cenas de violências sofridas pelos escravizados. Estas teorias utilizadas como práticas de dominação e para justificar a crise social e econômica no país alegavam que a degeneração da população no Brasil era culpa da mestiçagem e do calor, tornando-os ociosos e indisciplinados. A solução encontrada pelos intelectuais da época era o embranquecimento do povo, concepção com graves consequências e sustentada oficialmente pelo Estado brasileiro que, em 1911, teve seu representante, João Batista de Lacerda participando do Congresso Universal das Raças, em Londres, onde teceu a tese do embranquecimento como “salvação” nacional, se apoiando no quadro do espanhol Modesto Brocos, intitulado “A redenção de Cam” (1895).

As ideias eugênicas surgiram como a solução para o “problema” da mestiçagem no Brasil, ainda que fosse necessário regenerar a raça. Para viabilizar as ideias de “salvação” do povo brasileiro, defenderam e implementaram políticas públicas de branqueamento pelo

cruzamento, controle de imigração, regulação de casamentos, segregacionismo e esterilização (STEPAN, 2005; DIWAN, 2007, p. 92). Nesse momento, na esfera do positivismo-liberal o discurso de raça está relacionado a clima e ambiente e a hipótese é de que a tristeza patológica exprime alterações cerebrais cuja causa sejam alterações cerebrais, a hipótese genérica é da *degenerescência*.

De acordo com Bolsanello (1996), em 1923, com apoio de médicos, historiadores, sociólogos, literatos e etc. é fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), sob o discurso de um melhoramento na assistência psiquiátrica, porém, logo mais, em 1926, defendia e propunha programas de prevenção eugênica ancorados na psiquiatria nazista, sendo ordenadas a esterilização dos indivíduos doentes, a proibição de imigrantes não-brancos e a proibição da miscigenação. Acreditava-se que a miscigenação causava vícios e ociosidade, sendo responsável pela degradação moral e social do Brasil. Os higienistas almejavam o branqueamento da raça, por associar o branco a um corpo e mente saudável, já que o corpo negro era considerado o espetáculo da degeneração.

Do final do século XIX até a Primeira República, a literatura foi um meio pelo qual a ciência chegou ao público para incutir as teorias raciais e formular possibilidades de se construir uma nação “avançada” seguindo dogmas eugenistas.

Na educação, mais especificamente, vemos que no modelo escolanovista, partia-se do pressuposto de ideias da psicologia de caráter socializador. Nesse momento, o Estado toma para si não somente a incumbência em educar, mas também de influenciar em outros setores pessoais e religiosos, setores esses que antes pertenciam às famílias, para desta forma, colocá-los frente à modernização e progresso do país. Segundo Azevedo (1960), era necessária uma educação que pregasse a educação física, moral e cívica, a regeneração física da mulher para obter uma geração robusta e sadia, resolvendo, desse modo, o problema da higiene social, consequentemente com um embranquecimento cultural. Assim, o entendimento dos objetivos da educação, nesse período, não pode dissociá-la das políticas higienistas e eugenistas que, por sua vez, não podem ser dissociadas da política de embranquecimento.

Com o advento da Escola Nova (1940) e a forte influência da eugenia, constitui-se uma política estatal baseada no branqueamento e na segregação racial. As ideias eugenistas alegraram o ego da burguesia branca, porém, para alcançar seus objetivos, era necessário implementar o novo modelo educacional, novos professores, excluindo os afro-brasileiros, reforçando os valores de raça, classe e gênero, obedecendo a um perfil totalmente branco-caucasiano, masculino e de classe média.

A renovação educacional enfatizava o caráter socializador e, aos poucos, a psicologia foi adentrando a organização curricular escolar, pois cada vez mais se fazia necessária ao planejamento educacional que estava em curso. Por muito tempo a escola assumiu papéis que antes eram tradicionalmente atribuídos à família, passando a ser responsável pela formação do cidadão e do profissional, tornando-os objeto da coletividade. As escolas deixaram de ser meros locais de ensino para ter a responsabilidade de coordenar a formação dessas pessoas tendo em vista os diferentes setores da sociedade.

Em 1956, Anísio Teixeira propunha a união entre educação e democracia. A “escola democrática ou para todos” preconizava um modelo educacional voltado aos valores da família e da igreja, de forma que atendesse as necessidades da nação. Uma escola voltada à necessidade dos educandos ao invés dos da elite. Ao longo dos anos, a escola nova passou a ampliar os horizontes.

Diante dos problemas envolvendo a família e a adaptação à escola, entra em cena a psicologia escolar, percorrendo a intimidade do alunado a fim de investigar a relação entre pais e filhos. O psiquismo infantil era associado ao nível econômico da família, suas carências e falhas.

Os anos de 1960-1970 foram marcados pela difusão da psicanálise e das psicoterapias no Brasil (iniciada décadas antes pelo dr. Juliano Moreira). A psicanálise que se desenvolve nesse período está fortemente ligada à saída da mulher branca, de classe média, de dentro de casa para o trabalho, associando assim, o conceito de depressão à crise da família. A intersubjetividade da mulher liberta do seu lar e a emergência da depressão romantizava que ela deveria ser uma dona de casa e trabalhadora feliz. Seguindo a ideologia da ditadura militar e o seu imperativo: *ame-o ou deixe-o*, levou militares a desenvolver pesquisas para buscar entender o que motivava jovens adolescentes a envolver-se com atividades subversivas concluindo que o motivo era a má estruturação familiar e mães depressivas.

De acordo com Patrícia Collins (2000), a auto definição assim como a imagem da mulher negra afroamericana são representações distorcidas por seu comportamento ameaçar os poderes existentes. A autora completa: “ridicularizar mães negras fortes e assertivas, rotulando-as de matriarcas, reflete um esforço para controlar uma dimensão do comportamento das mulheres negras que ameaça o status quo” (COLLINS, 2000, p. 26) Esta era uma forma de ridicularizar e desqualificar as mães para manter o controle e a ideologia de dominação.

No século XX, a nova palavra de ordem é a higiene mental escolar. Os pais passaram a ser responsabilizados pelos “desajustamentos” dos seus filhos, ou seja, como retrata Luengo (2010), era necessário encontrar o “erro” na humanidade e, com isso, procurar aperfeiçoar a

espécie humana, corrigindo e eliminando os defeitos. Esta prática higienista desconsidera as inúmeras predisposições que podem levar à uma depressão infantil. Como forma de “correção”, conforme Cunha (1998), era recomendado a utilização de recursos metodológicos capazes de buscar na observação e classificação dos comportamentos, presentes e passados, a razão dos desvios de personalidade (CUNHA, 1998. p.318). Esse contexto é fortemente marcado pela normatização do comportamento, dando origem às chamadas clínicas ortofrênicas, psicoclínicas, clínicas de hábitos, de higiene mental ou de orientação.

Luengo (2010) acrescenta que, para os higienistas era necessário “saber diferenciar a personalidade normal e anormal da criança e, para isso, o professor deveria estar apto a colaborar nessa diferenciação que se instalou na pedagogia científica”. Dessa forma, houve um processo segregacionista onde as crianças não consideradas normais deveriam ser isoladas para serem “corrigidas” numa escola apropriada. A escola tornava-se uma “espécie de aparelho ininterrupto” e para obter essa segregação era necessário que o corpo acadêmico preenchesse uma carteira biográfica escolar.

Nessa carteira, deveriam constar os dados de observação que mostravam as características de normalidade, anormalidade ou degenerescência, assim como aspectos físicos, raça, traços morais, marcas de hereditariedade e detalhes do ambiente familiar (DORNELLES, 2005 *apud* LUENGO, 2010, p.49).

Por meio desses registros, os dados eram analisados e a criança era definida como apta ou não apta para determinada instituição escolar considerada “normal”. Por longos anos as crianças foram segregadas e medicadas de forma indiscriminadamente, como uma punição por apresentar características tidas como desviantes. Vale ressaltar que esses medicamentos não possuíam nenhuma informação quanto aos possíveis efeitos colaterais, sendo administrados de forma indiscriminada para crianças e adultos.

Dessa forma, a medicalização surge como forma de atender ao desejo burguês, por meio da escola, com a normatização dos comportamentos considerados “desviantes”, sustentada na medicalização e na influência da psicologia. A eugenia e higienização com a interseção do Estado se tornaram uma grande ferramenta de controle social. O quanto a educação mudou, de fato, para quem? Segundo a tese de Benedicto (2016) “a educação e a filosofia estão relacionadas e esta é produto do ocidente, que tipo de educação resta aos afro-brasileiros? Somente aquela que os embranquece culturalmente”.

5 CAPÍTULO 3. A CRIANÇA, A EDUCAÇÃO E A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA

5.1 A DEPRESSÃO NOS ESPAÇOS DA ESCOLA

Durante séculos as vozes e os direitos de crianças foram silenciados, sobretudo, negligenciados e, para muitas, essa situação não mudou muito. Entre o final do século XIX e início do século XX, é o momento que ocorreram avanços significativos na escola. Mesmo sob grande influência europeia, surge uma proposta educacional voltada aos cuidados médico-assistencialistas, com objetivo de diminuir a mortalidade infantil.

A Educação Infantil é a primeira etapa da Educação Básica. O cuidar e educar são complementares. A criança, quando ingressa na escola, principalmente na Educação Infantil (EI) necessita desse acolhimento, de criar confiança nos educadores. Brandão (*apud* TRINDADE, 2010) explana sobre esse acolhimento e sua importância:

É com o outro, pelos gestos, pelas palavras, pelos toques e olhares que a criança construirá sua identidade e será capaz de representar o mundo, atribuindo significado a tudo que a cerca. Seus conceitos e valores sobre a vida, o belo, o bom, o mal, o feio, entre outros, começam a se constituir nesse período (BRANDÃO *apud* TRINDADE, 2010, p. 18)

O cuidado na EI significa muito mais do que a própria palavra diz, o ato de cuidar e educar são indissociáveis, estão presentes em todos os momentos, como por exemplo: na alimentação, na higiene pessoal, no carinho, na chegada e na saída, nas brincadeiras, entre outros. Vale ressaltar que se deve sempre respeitar as singularidades de cada criança. A família é o primeiro meio de interação social, cultural, afetivo, resoluções de problemas e todo esse aprendizado irá repercutir durante seu desenvolvimento na escola. A escola é esse contexto de aprendizagem onde estão presentes múltiplas experiências. Portanto, a família e a escola devem trabalhar em parceria, compartilhando suas funções sociais, como agentes mediadores atuando no crescimento cognitivo, social, físico e emocional da criança.

Nesse sentido, Zucoloto (2007) sugere que se comece a partir do pressuposto de que:

a escola é uma instituição social que reproduz o conflito de classes da sociedade que a incluem e, desse modo, a compreensão das relações escola-sociedade de classes é o pano de fundo que permite um outro entendimento do que se passa nas escolas públicas de ensino fundamental: a sua dimensão política (ZUCOLOTO, 2007, p. 137).

A autora explica que a patologização na educação consiste em um reducionismo biológico, que é explicar a situação de aprendizagem com base em características que seriam patológicas.

O fracasso escolar considerado como consequência da desnutrição, o que é atribuído mais frequentemente às crianças das classes populares e o fracasso escolar considerado como resultado da existência de disfunções neurológicas, tais como os distúrbios de aprendizagem, a hiperatividade, a disfunção cerebral mínima, a dislexia (ZUCOLOTO, 2007, p. 137-138).

Desse modo, ocultava-se os determinantes políticos e pedagógicos do fracasso escolar, isentando de responsabilidades o sistema vigente e a instituição escolar, ao mesmo tempo que culpabiliza a criança pobre e sua família narrada como carente e desestruturada, como mostram os densos estudos conduzidos por Maria Helena Souza Patto (2000).

Atualmente, quanto à depressão, Cruvinel (2003, p. 78.) explica que a indissociabilidade entre os aspectos afetivos e cognitivos ainda tem sido pouco articulada nos estudos da depressão. No Brasil, são poucos os estudos que estabelecem relação entre a depressão e o rendimento escolar. No entanto, a literatura aponta significativo número de crianças com rendimento escolar baixo associado à depressão, principalmente observando-se as sintomatologias: dificuldade na relação criança-professor, fracasso em tarefas escolares, insociabilidade, olhar muito para o chão, fala monótona, respostas monossilábicas.

De acordo com Cruvinel e Boruchovitch (2014), no Brasil, as justificativas mais frequentes apresentadas pelas crianças deprimidas são: cansaço, dificuldade de aprendizagem e de concentração, esquecimento, perturbação do sono, sentimentos de fracasso, irritabilidade, inquietação, inibição, timidez, baixa autoestima, insegurança, extrema obediência ou submissão, descuido pessoal e corporal, distrabilidade, desânimo e dificuldades nos relacionamentos interpessoais. Todas essas alterações no estilo de vida e emocional deixam a criança vulnerável a perturbações mentais afetando não somente a si, mas a todos que com ele convive e a instituição de ensino.

Segundo as autoras, estudos em diferentes contextos internacionais concordam que crianças com sintomas depressivos podem apresentar dificuldades escolares. A inserção no âmbito escolar pode não ser um momento de transição fácil para algumas crianças. Pode tratar-se de um momento de ruptura com um ambiente familiar de proteção e segurança ou a inserção em um contexto desafiador e hostil, em alguns casos. Estudos têm demonstrado o quão difícil pode se tornar esse processo de adaptação e integração em um contexto escolar. O baixo rendimento, nesse caso, é visto como uma consequência da depressão, mas é preciso considerar

o contexto de forma mais ampla, como gerador de sofrimento e adoecimento. Cruvinel e Boruchovitch (2014) citam Weinberg et al. (1989) que ressalta “a importância de identificar se a depressão é primária, causando problemas de aprendizagem, ou se é secundária, sendo resultado do fracasso escolar”. A importância desta análise é a indicação do melhor tratamento.

O transtorno depressivo infantil é um transtorno de humor que afeta no rendimento escolar podendo até agravar o problema, isolamento ou agitação, insucesso escolar, entre outros, como lentidão no raciocínio, falta de concentração, interesse e déficit de memória que reflete no processo de aprendizagem. Há hipóteses de que crianças com problemas emocionais, mais especificamente a depressão, apresentam um desempenho educacional insatisfatório, consequentemente essas crianças utilizam poucas estratégias de aprendizagem.

Para Tobias (1985 *apud* CRUVINEL, 2003, p.64), a criança deprimida apresenta funções cognitivas reduzidas pois além de se preocupar em aprender os assuntos escolares as crianças têm que lidar com sentimentos internos conflitantes ocasionando uma atenção reduzida para as tarefas escolares. Tobias utiliza o modelo da capacidade cognitiva reduzida para explicar como a ansiedade interfere no desempenho escolar. Há uma possibilidade desse método ser aplicado também para a depressão, em que a dimensão cognitiva se divide em duas, sendo que a primeira se destina a realização de tarefas e a segunda nos seus sentimentos, resultando numa falha no processamento do conteúdo. Portanto, o uso inadequado de estratégias de aprendizagem por alunos com sintomas depressivos pode influenciar negativamente na sua aprendizagem. Uma pesquisa realizada por Cruvinel (2003) apontou que quanto maior o número de sintomas depressivos há um menor uso de estratégias. Crianças deprimidas costumam fazer uso mais frequente de estratégias cognitivas ao invés de usar as metacognitivas, apresentando dificuldade em concentração e motivação, utilizando estratégias de ensaio e de ler e escrever repetidas vezes.

Sabe-se que a depressão afeta o aspecto social, o escolar, o cognitivo e o emocional, bem como há alterações na forma de pensar, mudanças de humor e comportamento, e alterações orgânicas. A criança deprimida tende a interpretar os acontecimentos diários de forma negativa, disfuncional e distorcida da realidade; tende a se ver de forma pessimista, assim como o futuro, dando ênfase nos acontecimentos no aspecto negativo, esquecendo dos aspectos positivos.

Acredita-se que o desenvolvimento metacognitivo e a autorregulação da aprendizagem desde as séries iniciais possa ajudar a criança a controlar seu comportamento, consequentemente apresentando uma conduta mais funcional. A autorregulação consiste na capacidade de se conscientizar, monitorar, controlar seu pensamento e manter um estado emocional e afetivo favorável à aprendizagem. (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2014. p. 67).

Desde o Ensino Fundamental as crianças já são capazes de começar a ter consciência dos seus processos internos e a poder controlá-los. As autoras acrescentam que nesta faixa etária as crianças podem estabelecer metas, escolher a melhor estratégia, monitorar sua eficácia e, se necessário, repensá-las.

Não há dúvidas de que os fatores internos e externos são condicionantes a promover ou inibir o desempenho escolar. A depressão infantil apresenta um amplo quadro de sintomatologias que, muitas vezes, passa despercebida por pais e professores por não terem formação e nem informações suficientes sobre esta doença. Vários fatores podem contribuir para que uma criança desenvolva a depressão no ambiente escolar, como: a pressão por boas notas, pressão dos professores, a pressão dos pais, o medo de reprovação, esses são alguns dos fatores que podem desencadear alterações psicopatológicas.

Cabe ressaltar que a baixa no rendimento escolar deve ser um alerta para pais e educadores quanto à depressão, ainda mais pela possibilidade de ser tão similar a outros problemas como hiperatividade, distúrbio de conduta, agressividade. Frequentemente essas crianças recebem o diagnóstico errado, sendo diagnosticadas como um déficit de aprendizagem e conseqüentemente recebem o tratamento inadequado. É uma tarefa difícil identificar a depressão, já que crianças com sintomas depressivos não apresentam comumente um problema para a escola, com comportamentos de indisciplina e agressividade.

No atual cenário pandêmico da Covid-19, um momento de profundas tensões, temores, restrições e perdas que afetou intensamente e de diferentes modos a vida das distintas crianças, principalmente pelo distanciamento dos amigos, e dos educadores, e pela impossibilidade de circulação pela cidade e pelos espaços públicos e coletivos, não foram poucos os relatos e dados apontando o aumento nos episódios de irritabilidade, isolamento e indisposição. Na pandemia, o luto ganha outra conotação: não é só a morte, mas a perda da vida como era antes da Covid-19 e a falta de perspectiva de retomá-la. Butler (2015), em suas análises em pensar o direito ao luto, nos leva a pensar sobre as seguintes questões: “Por quem nos comovemos?” Por quais vidas choramos? O luto é uma experiência complexa e dolorosa que envolve um processo de resignificação, renúncias e recomeços podendo afetar o âmbito físico, cognitivo e comportamental. Clélia Prestes vai mais a fundo ao trazer o luto como algo recorrente derivado das práticas cotidianas de extermínio das populações negras e frisa: “É importante notar que isso não apenas traz um efeito coletivo para a população negra, que se identifica com quem foi

assassinado, mas para pessoas que têm privilégios e pensam que podem cometer essas violências, que estão naturalizadas.”¹³

Diante de tantos atravessamentos, pensar o direito ao luto como uma divisão social entre humanos e não humanos, expõe-se a maximização da precariedade vivenciada pelos negros no Brasil. Para Moreira (2018), se os enquadramentos bélicos brasileiros definem cotidianamente quem são os alvos da guerra e quem têm direito à paz e à proteção do Estado, é necessário enquadrar os enquadramentos. É nessa política de deixar morrer e de genocídio, que a anuência do Estado, a violência histórica colonial decide quem deve morrer e quem deve viver. Enfrentando a letalidade da Covid-19, vivenciamos o horror que Abdias do Nascimento intitulou *o genocídio do negro brasileiro*.

A pandemia agregou mais um desafio no diagnóstico da depressão ao associá-la a uma fase transitória de grande estresse? Uma pesquisa feita pelo Instituto de Psiquiatria da USP (2021), que investigou a saúde mental de jovens na pandemia, identificou sintomas de ansiedade ou depressão em 27% das 7 mil crianças e adolescentes, de 5 a 17 anos. Uma taxa considerada alta, porém, não se pode afirmar que são casos confirmados de depressão, mas são casos que precisam de uma avaliação mais aprofundada.

Luengo (2010) faz uma consideração que expressa a essência desse trabalho:

O Estado fez da criança um alvo certo de modelamento e normatizações desde a mais tenra idade, sempre com o intuito de aprimorar a raça almejando a conquista do progresso social. Sendo a educação infantil o espaço principal de desenvolvimento desta pesquisa, deve-se deixar claro que a patologização citada se refere, mais especificamente, às crianças que se encontram na faixa etária entre 0 e 5 anos. Portanto, o olhar deve ser ainda mais crítico, pois se trata de crianças ainda muito pequenas sendo apontadas como anormais, patologizadas por um conceito de normalidade que foi construído socialmente (LUENGO, 2010. p. 65).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), documento estabelecido em 1990, assegura os direitos e deveres da criança e adolescentes. Anteriormente ao ECA, existia o “Código de Menores” que tinha a incumbência de punir as crianças e adolescentes infratoras. Com o ECA as crianças passaram a ser reconhecidas como seres portadores de direito e cultura sendo seus responsáveis a família, o Estado e a sociedade. Antes as crianças não eram reconhecidas como cidadãos, sendo vistas como sujeitos incompletos e incapazes.

¹³ Link para matéria: <https://www.nexojornal.com.br/entrevista/2021/06/09/%E2%80%98O-luto-por-Kathlen-representa-um-conjunto-de-despedidas%E2%80%99>

5.2 PÍLULAS PRA QUE TE QUERO: TRATAMENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS E A ESCOLA

A patologização e medicalização da infância surge como um processo de modelamento como consequência da higienização e da eugenia, fruto de uma união entre educação e saúde. A patologização escolar é uma das questões que impulsionaram o desenvolvimento deste trabalho, é extremamente importante salientar que tem elevado expressivamente o número de crianças consumindo psicofármacos por apresentarem comportamentos classificados como desviantes, ou seja, aqueles que fogem do princípio da dita normalidade. Para um melhor entendimento, serão conceituados os termos e analisados os vestígios desses princípios higienistas na educação contemporânea.

Segundo Collares & Moysés (1994), a medicalização tem a ver com um processo de transformação de questões não médicas em questões médicas. De acordo com Resende et al. (2015) um dos principais desencadeadores dos excessos da medicalização são os manuais DSM, por ser um método reducionista de diagnósticos. Reduccionismo referindo-se ao processo de medicalização e à concepção de medicina enraizada no paradigma positivista, que não atende à demanda da pluralidade das manifestações e dos comportamentos. Por este motivo, as expressões medicalização e patologização têm sido amplamente utilizadas como sinônimos. Resende, et al. (2015), a respeito do DSM, consideram que:

O invisível aos olhos, mas que habita na língua do DSM, é o consenso sobre a “ordem” que a sociedade espera dos filhos das famílias “normais”: que sejam bons, carinhosos, tranquilos, adaptados, que aprendam bem “suas” lições, que comam e durmam bem e que, chegando o momento, estejam dispostos a defender até a morte, na guerra ou na paz, os valores do sistema. [...] A norma, a ordem, a média não explícita é a (classe) média, “modelo”, cujos filhos não devem ser “diferentes” dos pais, moldados pelo american-way-of-life. (Jerusalinsky & Fendrik, 2011, p. 34) (RESENDE; PONTES; CALAZANS, 2015, p. 536).

O problema dos DSM (2013) é que se tornou a bíblia da psiquiatria. Os manuais e o modo dos médicos contextualizarem os sintomas representaram a morte da psicopatologia na América, onde os médicos passaram a fazer checklist (NANCY ANDREASEN, 2021). Podemos observar esse processo de medicalização da vida, no crescente aumento do número de vendas de medicamentos psiquiátricos no Brasil. Em 2008, a Organização das Nações Unidas (ONU) detectou aumento no consumo de psicotrópicos. Segundo a Revista Correio Braziliense (2020), com base nos dados do levantamento feito no Brasil, o consumo de

antidepressivos, de acordo com a Functional Health Tech, aumentou em 23% entre os anos de 2014 e 2018.

Durante a pandemia no Brasil, a venda de antidepressivos e calmantes teve um aumento de 14%. Segundo pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Farmácias (CFF) quase 100 milhões de caixas de medicamentos controlados foram vendidos em todo o ano de 2020 (grifo nosso) - um salto de 17% se comparado com os 12 meses anteriores. A pandemia confinou pessoas, trouxe desemprego, insegurança, incertezas, acentuou a desigualdade e a violência e trouxe muitas perdas. Foi nesse caos, na flexibilização da legislação por conta da dificuldade do retorno para a consulta que aumentou expressivamente o consumo de psicotrópicos, nesse movimento de medicalização da existência.

Esse consumo exacerbado aconteceu não somente durante a pandemia de Covid-19. Tem sido um hábito, melhor dizendo, um acordo com farmacêuticas para transformar problemas sociais em doenças biológicas. Dunker (2021), ao verificar os livros de contabilidade das fazendas localizadas na zona rural no início do século XX, a maioria dos gastos eram com médicos e medicamentos. Nas propagandas da época e revistas da República Velha havia uma grande referência à medicalização associados às ideias da higienização e da saúde. Há uma grande referência há utilização de tônicos indicados para múltiplos sintomas.

Após a Segunda Guerra Mundial todos os medicamentos surgiram de forma “ocasional” até os anos de 1980. O problema em si não era a descoberta “ocasional”, mas a ausência de uma bula descrevendo seus efeitos terapêuticos, ocasionando assim, uma automedicação com um único remédio que servia para tudo. Entre 1980-1990 surgem os primeiros psicofármacos, os antidepressivos como a *fluoxetina* e a *paroxetina*, que atendeu de forma universal a qualquer aspecto da vida do sujeito e a todos os diagnósticos, os antipsicóticos (a *clorpromazina* foi desenvolvida previamente como anestésico) e dos antidepressivos (o primeiro era usado no tratamento da tuberculose). No desenrolar da construção da medicalização vemos o que Dunker (2021) chama de *narrativa pré-fabricada*, ou seja, uma resposta antecipada à pergunta.

A popularização dos autodiagnósticos, a emergência da depressão como paradigma tornou-a a mais universal das enfermidades e das drogalizações. Para explicar como houve um elevado número de casos depressivos historicamente no Brasil, “seria preciso salientar uma série que não é apenas de violência e desigualdade, muitas outras nações estão à nossa frente nesse quesito, mas da notória ausência social de atos de reconhecimento e reparação” (DUNKER, 2021).

A universalização medicamentosa é amplamente perigosa pois causa dependência e sequelas que podem, inclusive, levar ao suicídio. Com o absurdo aumento de brasileiros com

diagnóstico de transtorno mental, depressão e ansiedade e a forma de tratamento medicamentoso, a gestão do sofrimento é um grande negócio para a indústria farmacêutica. Ferreira (2013), com base em dados reforçados em pesquisa feita por Maria Aparecida Moysés, constata que 80% dos membros que elaboraram o DSM-5 têm vínculos com a indústria farmacêutica.

A crescente vendas de medicamentos tem gerado discussões a respeito da verdadeira eficiência no efeito desses medicamentos, pois segundo Resende et al. (2015), muitos desses profissionais vêm recebendo “brindes” dos laboratórios pela quantidade de remédios de determinada marca que receitam a seus pacientes. Dessa forma, diversos problemas foram transformados em doenças, transtornos e distúrbios, diagnósticos estes que não levaram em conta o contexto social, político, econômico, cultural e afetivo de a produção do sofrimento e do adoecimento psíquico, enquanto governos, autoridade e profissionais são exauridos de suas responsabilidades. Para Tavares (2010), as relações estabelecidas por essa lógica do capitalismo se apresentam predominantemente como uma oportunidade de exploração do outro.

As relações estabelecidas por Cieluck (2016) e Bauman se reportam às mudanças rápidas e constantes diante do crescimento desenfreado e da globalização em uma ideia de modernidade líquida. Temos atribuído ao tempo uma velocidade a qual não conseguimos acompanhar. Em outras palavras, “o tempo da contemporaneidade em sua demasiada aceleração não favorece a subjetivação das vivências [...]. O sujeito, nesse sentido, sofre sem se dar conta e se convence que sua vida carece de sentido ficando suscetível a deprimir-se” (CIELUCK, 2016, p. 24). Desta forma, não nos surpreende que sujeitos busquem resultados mais rapidamente através dos psicofármacos.

Na contemporaneidade, os antidepressivos que “correm contra o tempo” são vistos como uma opção rápida e eficaz, enquanto as psicoterapias são consideradas obsoletas. As chamadas *pílulas mágicas da felicidade* atendem ao discurso capitalista de “curar o sujeito de imediato do desajuste que o impede de produzir, consumir e gozar”. Como aponta Cieluck (2016):

com a baixíssima tolerância de toda e qualquer transformação de humor, angústia, tristeza ou outro desconforto psíquico que o sujeito contemporâneo tem, é cada vez mais comum a vulgarização da depressão e consequentemente a demanda de tais recursos químicos. Para os menos afortunados, em termos de conhecimento e poder aquisitivo, as drogas se tornam também uma saída para amenizar o sofrimento e gerar uma dose maciça de bem-estar (CIELUCK, 2016, p. 25).

É nesse sentido que o demasiado consumo dos psicofármacos abre espaço para que esses sentimentos internalizantes sejam anestesiados, negados e não confrontados, atendendo ao acelerado mundo contemporâneo da medicalização irrestrita que não deixa tempo para escutar.

De acordo com Luengo (2010, p. 48), “a instituição escolar tornou-se intrinsecamente disciplinar e a escolarização passou a ser a mola propulsora da ordem e do progresso científico e social, com o intuito de eliminar atitudes viciosas e de inculcar hábitos salutares”. Ou seja, a escola foi a brecha para a patologização, a normatização e modelamento da conduta e vida infantil, alegando estar educando para uma sociedade justa, igualitária, liberta dos vícios. Luengo (2010) acresce que o termo *fracasso escolar* é, portanto, arbitrário, afinal nunca houve fracasso escolar visto que a instituição sempre desempenhou com excelência o papel ao qual foi incumbida “vigiar, apoiando a vigilância numa forma padronizada de comportamento para apontar, aos diferentes, a importância da ordem para alcançar o êxito” (LUENGO, 2010, p. 60). As pesquisas de Maria Helena Souza Patto (2000) também nos ajudaram a desconstruir essa ideia de fracasso escolar, mostrando muito mais um fracasso da instituição em lidar com crianças de determinado grupo social e racial do que um fracasso das crianças, ou seja, a própria escola produzindo as não aprendizagens e a evasão.

Os processos de patologização da vida são concretizados por profissionais da medicina, da psicologia, da educação, da fonoaudiologia, de todas as áreas quando pensam e atuam nessa perspectiva. O processo de patologização da vida de crianças e adolescentes decorre da interação da educação com a medicalização, é por meio desse conjunto de profissionais que as doenças do *não-aprender* e do *não-se-comportar* criam a necessidade de medicalizar. Uma vez recebendo o diagnóstico, tornam-se consumidoras, alvos de preconceitos revestidos de ciência.

O grande desafio do diagnóstico é a ausência específica de exames que concretizem uma avaliação certa, ocasionando que muitos dos diagnósticos são dados com base em queixas constantes de professores, que orientam os pais a buscarem acompanhamento médico e psicológico. O professor é um elemento de grande influência no diagnóstico, como não há um único instrumento capaz de defini-lo, os profissionais avaliam as crianças através de questionários médicos, das queixas familiares e do comportamento momentâneo. A grande questão do diagnóstico é quando surgem muitos diagnósticos tendo como alvo crianças medicadas por apresentarem comportamentos atípicos sendo consideradas como desatentas e/ou hiperativas sem levar em conta o cotidiano, as causas sociais e econômicas que influenciam diretamente na vida escolar. Luengo (2010) ressalta:

A criança, então, ao ser encaminhada, passa a ser culpabilizada por suas atitudes, sendo objeto de observações e intervenções médico-psicológicas, sem se levar em conta, na maioria das vezes, os aspectos macroestruturais do sistema educacional, pois existe a tendência de se perder a visão da totalidade, reduzindo-se ao microestrutural, ao particular que se transforma no modelo do que é real. (LUENGO, 2010, p. 71)

O processo da medicalização da vida escolar introduziu a necessidade de intervenção psicofarmacológica para ajustamento dos considerados comportamentos e sentimentos desajustados. A patologização naturaliza o controle médico da vida, como consequência, temos consultórios lotados de crianças normais que se realmente precisam de tratamento poderiam ser tratadas de outras formas, já que defendemos que os psicofármacos devem ser usados como último recurso. Evidentemente, os efeitos da medicalização precoce da vida, de modo indiscriminado, podem ser vistos nos cotidianos da escola, com os quais toda a equipe deve lidar.

Para Miller (2003 *apud* Nogueira et al, 2005), o tratamento para a depressão infantil pode ser feito de três formas: com a intervenção pedagógica, a intervenção terapêutica e a intervenção medicamentosa. O treinamento da auto avaliação positiva na intervenção pedagógica ajuda a detectar e trabalhar os pontos em que a criança tem dificuldade na aprendizagem, sendo que a criação de uma rotina é fundamental para a aquisição de responsabilidades e incentivo em trabalhos em grupo. Outra forma de tratamento é a intervenção psicoterapêutica e a terapia cognitiva feita por um psicólogo que vai trabalhar nas dificuldades da criança, entre outras formas de tratamento. Já a intervenção medicamentosa, só deve ser usada como um último recurso, por um psiquiatra ou pediatra, devendo ser monitorada e usada por um período. Só se deve recorrer aos medicamentos em casos mais graves, pois, os medicamentos antidepressivos causam muitos efeitos colaterais que são prejudiciais à saúde.

O Conselho Federal de Psicologia tem preocupações quanto aos diagnósticos e atendimento de crianças e adolescentes na rede de educação, frente aos índices alarmantes de uso de medicamentos, como a escalada do consumo do metilfenidato, substância voltada para reduzir o déficit de atenção de crianças e adolescentes, que foi de 70.000 caixas vendidas em 2000 para dois milhões de caixas, em 2010. A articulação da saúde com a educação, vista na perspectiva do desenvolvimento humano integral, passa por romper essa cultura medicalizante e normalizadora dos comportamentos e das subjetividades. Enxergando a potência e as capacidades singulares presentes em cada pessoa, deve-se buscar a proteção e o apoio para que essas capacidades possam se desenvolver e se expandir. As apostas da saúde e de toda a sociedade nessas pessoas devem avançar para além dos rótulos e dos estigmas, para que se ascenda, coletivamente, a novos patamares de sociedade.

Dados do governo (Brasil, 2011) mostram que 44% dos remédios controlados vendidos em farmácias e drogarias no Brasil são para o tratamento de transtornos mentais e de comportamento, sendo os ansiolíticos os mais consumidos no país nos anos de 2007 a 2010. Somando a venda de Clonazepam (Rivotril), Bromazepam (Lexotan) e Alprazolam, encontramos um total de 19,3 milhões de caixas vendidas. Já a venda do antidepressivo Fluoxetina atingiu, em 2011, a margem de 3,5 toneladas. Em relação à venda do Metilfenidato, medicamento receitado para o TDAH (transtorno de desatenção e hiperatividade), tivemos no Brasil, entre os anos 2000 e 2004, o aumento de 1020% de vendas de caixas e, entre 2004 e 2008, outro aumento de 930% na venda do produto. Um fator muito preocupante é a classificação de tal medicamento, composto por substâncias psicotrópicas, estimulante do SNC (Sistema Nervoso Central) podendo causar reações adversas e podendo levar à dependência psicológica grave, morte súbita e suicídio.

O caso da operação conjunta entre indústria farmacêutica e o megamarketing de saúde mental não deve ser desconsiderada na análise de como lidar com a depressão infantil no contexto escolar. A partir dessa perspectiva, questiona-se até que ponto os antidepressivos curam a depressão, onde começamos a chamar de depressão tudo aquilo que é curado pelos antidepressivos? Qual ponto separa os efeitos primários? Qual é a exata medida em que o antidepressivo reduz um estado patológico e onde ele começa a ser usado como um aperfeiçoador de nossas formas de vida?

5.3 POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA: OUVINDO CRIANÇAS: O PAPEL DA FAMÍLIA E DA ESCOLA DIANTE DA DEPRESSÃO

Conseguir ouvir o paciente implica conseguir ouvir o sintoma que o adoce, ouvir o sintoma para ouvir o mundo que o produz. Dar poucos ouvidos ao mundo talvez tenha sido um dos grandes erros da história da psicanálise (LUCAS VEIGA, 2011).

Destaca-se, nesta pesquisa, a importância da “voz” da criança, como um dos elementos fundamentais na construção da compreensão em torno de suas experiências não só de sofrimento psíquico, mas das possibilidades de sua intervenção, ainda que não possamos ter realizado essa escuta diretamente.

Mesmo na sociedade contemporânea, o espaço da fala da criança é preenchido quase sempre pelo silêncio. Na escola, por exemplo, comumente a criança fala quando solicitada pela professora, a base da aprendizagem não está na troca de experiências, no diálogo, pois a

interação ativa é quase sempre identificada como indisciplina. Sucede o mesmo em outros espaços em que as relações sociais se desenvolvem. Há, portanto, a quebra dos elos da corrente a que se refere Walter Benjamin. De acordo com Benjamin (1985 *apud* Kramer, 1997, p. 86), “falar e ouvir são elos da mesma corrente”. Para Vygotsky (1984), conhecimento e afetividade não se separam, sempre caminham juntos e é justamente com a expressão da singularidade, da aceitação das diferenças, do reconhecimento que a criança pode crescer e florescer.

Escutar a criança e suas necessidades é adentrar um mundo novo e singular. Ali se encontra uma pessoa em um momento da vida diferente do adulto e, por isso mesmo, apresenta necessidades e desejos que lhes são próprios. Escutar a criança significa fazer questionamentos e uma reavaliação da postura de autoridade. Exige do adulto humildade para reconhecer as diferenças ou padrões de conduta que lhe foram impostos e admitir que a espontaneidade da criança pode remetê-lo a “verdades” até então profundamente guardadas, novas ou surpreendentes. Isso nem sempre é fácil, pois retomá-las pode significar, na fantasia do adulto, a perda do poder, da autoridade. Escutar a criança é abrir-se a possibilidades inusitadas de significar, ler e perceber o mundo. Possibilitar que as vozes das crianças emerjam na construção de significados sobre si mesmas pode contribuir de maneira importante na compreensão sobre a depressão e os rumos da intervenção para cada uma delas. Como afirma Miller (1997), é só no contato com esse sofrimento, tentando resgatá-lo agora como adulto, é que cada um pode compreender o sentimento e o sofrimento desta outra criança que se apresenta diante de si.

5.4 POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA: POR UMA PSICOLOGIA E PEDAGOGIA PRETA E ANTICOLONIAL NO BRASIL

É tempo de decretarmos o fim do colonialismo. Sair da grande noite, operar a descolonização radical de Fanon (MBEMBE, 2017).

Falar de africanidade no Brasil é rememorar a emergência de políticas públicas, diante da brutalidade sofrida por 300 anos de escravidão que introjetou no nosso psiquismo, múltiplos dispositivos para o embranquecimento da população até os dias atuais, ainda que de forma mascarada. Neusa Souza Santos (1983), uma grande psiquiatra e psicanalista, com uma obra visceral de mestrado que dá origem ao livro intitulado *Tornar-se Negro*, traz a voz de anônimos e anônimas oprimidas que reverbera no debate central do ponto de vista do conflito intrapsíquico, a problemática da introjeção fetichista do padrão de brancura, como sendo aquilo

que é coagido ao desejo do negro e a imposição da anulação do seu próprio corpo. Uma violência psicológica absurda, que reflete diretamente no corpo.

A partir do momento em que o negro toma consciência do racismo, seu psiquismo é marcado com o selo da perseguição pelo corpo-próprio. Daí por diante, o sujeito vai controlar, observar, vigiar este corpo que se opõe à construção da identidade branca que ele foi coagido a desejar. A amargura, desespero ou revolta resultantes da diferença em relação ao branco vão traduzir-se em ódio ao corpo negro (SANTOS, 1983, p. 6-7).

Há um contexto social, político e cultural que promove a perpetuação do racismo nas escolas, academias, clínicas e outras instituições para pessoas brancas. Na análise de Neusa Souza, no período pós-abolicionista, o negro ainda se encontrava num posicionamento inferiorizado, ainda que não houvesse mais escravizadores e escravizados, porém concomitante ao ideal do embranquecimento e da alienação da democracia racial, o negro introjetou a brancura como ideal, desejando ser o que antes era o seu algoz. Nesse sentido, Fanon (1967, p. 110) escreve: “O que é frequentemente chamado de alma negra é a construção do homem *branco*”.

O psicólogo afrocentrado Wade Nobles (2009) justifica essa negação da sua cor como sendo “um trauma causado pela experiência prolongada e constante do terrorismo psicológico”, o que resultou numa distorção da realidade de matriz africana. Sendo assim, ao negro e à negra que queriam deixar os binômios de sujeira, miséria, inferioridade etc., ser gente significava tornar-se menos negro, não parecer tão feio e tão desajeitado, não ser deslocado, comportar-se, vestir-se, alisar o cabelo, chamar orixá de demônio, entre outras aberrações inimigas de sua existência e identidade ancestral africana. A escravização não somente nos marcou violentamente; ela não permitiu que a nossa história fosse contada, criou-se narrativas deturpadas que trouxe sentimentos de vergonha, culpa, auto ódio e uma vontade de ser branco.

Para Veiga (2019), a psicologia brasileira é hegemonicamente branca e antinegro, com currículos impregnados de colonialismo e referenciais branco-europeu com foco no sofrimento da psique do branco. Nascimento (*apud* VEIGA, 2009, p. 206) questiona:

Como poderiam as ciências humanas, históricas – etnologia, economia, história, antropologia, sociologia, psicologia e outras – nascidas, cultivadas e definidas para povos e contextos socioeconômicos diferentes, prestarem útil e eficaz colaboração ao conhecimento do negro, à sua realidade existencial, aos seus problemas, aspirações e projetos? Seria a ciência social elaborada na Europa e nos Estados Unidos tão universal em sua aplicação?

A psicologia, ao direcionar sua visão somente para os brancos, acaba por cair numa dicotomia esquecendo de contemplar mais da metade da população brasileira que se declara preta. Desta forma, faz-se necessário uma reestruturação dos currículos, uma descolonização da mente para alcançar uma educação afrocentrada assim como, uma psicologia africana que surge na década de 70 partindo do pressuposto da afrocentricidade que, de acordo com Mazama (2009), no cerne da ideia afrocêntrica está a afirmativa de que nós, africanos, devemos operar como agentes autoconscientes, não mais satisfeitos em ser definidos e manipulados de fora, e sim recolocando a África como centro, início de tudo, construindo teorias por meio das suas cosmovisões.

Nesse sentido, Nobles (2009) afirma que “precisamos voltar atrás e reconstruir o que esquecemos” (p. 277). Nessa prerrogativa Barros (2011) afirma o propósito da afrocentricidade:

não vem no sentido de descartar ou negar a eurocentricidade, mas sim contra princípio negativo causado pela supremacia branca (eurocêntrica), nas suas relações de poder e violência, dentre elas a escravidão imposta pelos europeus a milhares de africanos durante centena de anos, e que muitas vezes levaram a mortes e aprisionamentos de milhões de africanos (BARROS, 2011, p. 2).

Nobles (2009) conceituou esse campo da Psicologia Preta de *Sakhu Sheti*, ou seja, como caminho para conhecer a utilidade e a realização da fé e da alegria em ser, pertencer e tornar-se africano. O que o autor propõe vai além de uma psicologia preta, afrocentrada, mas, de buscar nas raízes profundas a cosmovisão africana. Nas culturas banto-congo uma pessoa, assim como o nascimento de uma criança, é visto como a ascensão de um “sol vivo”, que possui um *Okan* (coração), carrega consigo *Emi* (essência divina) e *Ori inu* (essência pessoal).

Foi no seio desse povo que no Brasil, distante da sua comunidade, resistindo à privação da língua, da cultura, do seu nome, da religião, ao encarceramento mental que surgiram as primeiras práticas de saúde mental. Foi entre senzalas, becos e guetos, que conseguiram formular, de maneira singularmente afrobrasileira, as primeiras intervenções psicológicas originárias de matrizes africanas (MAZAMA, 2009, p. 4). Uma África resgatada no território brasileiro, através da cultura africana por meio do canto, da dança e da espiritualidade, foi fundamental na preservação da saúde mental dos africanos, do contato com a espiritualidade que propiciou esse resgate da sanidade mental (VEIGA, 2019, p. 245).

Barros (2011) ressalta que:

Dessa maneira, ao falar de seus sonhos, mitos históricos e místicos de seu orixá, nessa busca incessante para explicação de seu ser, o sujeito estará num constante vir a ser, para alcançar sua afrocentricidade, em um relacionamento íntimo com seu interior,

fazendo da sua inautenticidade uma oportunidade de reconhecer o que necessita de mudança para a sua vida. Todas as práticas e todos os rituais o colocam em contato com suas próprias crises (inautenticidade) para que possam assumi-las e ordená-las (BARROS, 2011, p. 7).

Ao buscar nossas raízes dizemos *não* a uma psicologia branca que não nos acolhe, que não consegue escutar e atender nossas demandas, que não compreende nossas subjetividades, que não sente na pele os efeitos do racismo, que não entende que os psicofármacos não suprem a nossa necessidade de ter voz, de agir e transformar o mundo. Desenvolver uma Psicologia e Pedagogia Preta no Brasil é devolver para o opressor (branco) a responsabilidade pelas suas violências promovendo acolhimento e proteção aos nossos, construindo um sentimento de pertencimento e reestruturação da identidade. A vivência nos candomblés, por exemplo, possibilita à pessoa uma reorganização do seu caos interior na busca de si, visto que estamos ainda inseridos num sistema de ordem escravagista, fortemente ligado aos costumes cristãos e a uma sociedade excludente. Essa busca por uma unidade cultural africana, esse reencontro consigo e com sua beleza permite uma afirmação enquanto pertencer e tornar-se africano.

Essa consideração deve pautar a análise e compreensão do sofrimento das crianças, muitas vezes produzidos e mantidos pela experiência negadora do racismo cotidiano que nenhum medicamento poderá desvelar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tecendo últimas palavras

Este trabalho é fruto das encruzilhadas de negligências históricas e contemporâneas em torno da infância, onde priorizou-se buscas em língua portuguesa. Preocupamo-nos com as milhares de crianças que travam lutas diárias, lotando as salas psiquiátricas em busca de atender aos anseios da sociedade. São muitas as crianças brasileiras que vivem suas dores no anonimato, silenciadas no tempo e nas suas histórias.

Neste trabalho, buscamos fortalecer a reflexão crítica acerca das práticas sociais e educativas mediante o resgate histórico da educação até a contemporaneidade, abordando questões sobre a patologização da vida, a medicalização e o processo de higienização e eugenia nas instituições escolares.

Percebemos que os projetos educacionais elaborados nesse período para as diferentes infâncias produziram imagens de crianças que perpetuam até os dias atuais. No nosso imaginário, a criança é naturalmente pura, ingênua e revestida de bondade. Logo a criança inocente deve ser educada e exposta a valores nobres para tornar-se um adulto melhor e conseqüentemente salvar o mundo. Nas escolas, as crianças eram vistas como flores que deveriam ser cultivadas, regadas com amor e carinho, pois somente assim tornar-se-iam adultos adequados à sociedade almejada. Crianças eram páginas em branco.

Em contrapartida, a imagem produzida pelas colônias, orfanatos, asilos era a daquela criança ou infância que representava perigo para a sociedade, pois a sua natureza era má, constituída por maus instintos que, se não controlados, poderiam perturbar a ordem social. Hoje sabemos que as crianças produzem cultura, interpretam e significam suas experiências, narram histórias de vida e agem sobre o mundo.

É importante que o educador esteja atento às suas condutas ao estar diante de crianças com uma diversidade de características, multiculturais, com diversas constituições familiares e sociais. A organização do espaço-tempo deve permitir que a criança possa se deslocar e se movimentar livremente em espaços internos e externos, não ficando somente restrito à sala de aula. Os espaços escolares têm que transcender a sala de aula e o ambiente escolar, as crianças precisam de outros locais de aprendizado como: quintais, pátios, parques, feiras, lugares de memória, locais que permitam a construção da identidade, que agreguem valores culturais e respeito com a natureza, de modo que a criança possa ressignificar, transformar, recriar e explorar e na perspectiva de formar crianças antirracistas, com um sistema menos opressor,

mais equânime. É preciso promover ações cotidianas onde as crianças tenham a possibilidade de desenvolver o sentimento de pertencimento e de empatia para com o outro. O tratamento desigual contribui para a continuidade desse sistema opressor, gerando danos irreparáveis, podendo causar o insucesso escolar permanente.

Os educadores devem buscar informações a respeito da depressão infantil e devem estar atentos aos sinais apresentados pela criança. A depressão acomete qualquer pessoa independente de idade e pode ter efeitos devastadores. Os professores têm um grande papel na identificação e encaminhamento destas crianças.

Ressalta-se, neste trabalho, a importância da articulação e atuação conjunta entre educação e saúde; entre a escola e a família para responder às demandas de proteção à vida, à garantia da saúde plena e liberdade da criança em processo de sofrimento psíquico.

Referências

- AMÉRICO, Tiago. **Venda de antidepressivos cresce 17% durante a pandemia no Brasil.** **CNN BRASIL.** São Paulo. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/02/23/venda-de-antidepressivos-cresce-17-durante-pandemia-no-brasil>
- ANDREWS, B. ; WILDING, J. (2004). **The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students.** *Br J Psychol.* Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15527535>.
- ARAGÃO, Thaís Araújo et al. **Uma perspectiva psicossocial da sintomatologia depressiva na adolescência.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 395-405, Apr. 2009. Disponível em: [<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000200009>].
- ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família.** 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1986.
- BAHLS, C. S. **Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes: clinical features.** *Jornal de Pediatria.* Rio de Janeiro, Vol. 78, N°5, p. 359-366. 2002.
- BARBOSA, Lúcia H. S. **Depressão na infância e adolescência — aspectos sociais.** *Cadernos de Saúde Pública*, RJ. 3(3):250-265. jul/set. 1987.
- BARROS, A.P.R.; COUTINHO, M.P.L.; ARAÚJO, L.F.; CASTANHA, A.R. **As representações sociais da depressão em adolescentes no contexto do ensino médio.** *Estudos de Psicologia I.* Campinas. 23(1):19-28. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2006000100003>.
- BASÍLIO, Andressa. **Depressão infantil: ela existe e está aumentando em todo o mundo.** *Revista Crescer*, 07/AGO. Disponível em: <https://escoladainteligencia.com.br/depressao-infantil-ela-existe-e-esta-aumentando-em-todo-o-mundo/>.
- BENEDICTO, Ricardo Matheus. **Afrocentricidade, educação e poder: uma crítica afrocêntrica ao eurocentrismo no pensamento educacional brasileiro.** Tese apresentada à USP para obtenção do título de Doutor. São Paulo. 2016.
- BORGES, Karine Pereira. BITTAR, Karina dos Reis. **Depressão Infantil e seus reflexos no contexto escolar. In: A relação teoria e prática no cotidiano escolar, 2016, Goiás.** *Anais do Congresso de Iniciação Científica, Estágio e Docência do Campus Formosa.* Goiás, 2016. p. 1-11.
- BOLSANELLO, Maria Augusta. **Darwinismo social, eugenia e racismo "científico": sua repercussão na sociedade e na educação brasileira.** *Educar em Revista* [online]. 1996, n. 12.
- BRANDÃO, Ana Paula. TRINDADE, Azoilda Loretto. **Modos de brincar : caderno de atividades, saberes e fazeres.** Fundação Roberto Marinho - Rio de Janeiro, 2010.
- CALDERARO, Rosana Simão dos Santos; CARVALHO, Cristina Vilela de. **Depressão na infância: um estudo exploratório.** *Psicol. estud.*, Maringá, v. 10, n. 2, 2005.

- CIELUCK, Luciane De Carli. **A depressão é um sintoma social na contemporaneidade?** Universidade Federal do Rio Grande do Sul Instituto de Psicologia. Porto Alegre, p. 32, 2016.
- CRUVINEL, Miriam. BORUCHOVITCH, Evely. **Depressão Infantil: uma contribuição para a prática educacional.** Psicologia Escolar e Educacional, Vol. 7, núm 77-84, 2003.
- CRUVINEL, Miriam. BORUCHOVITCH, Evely. **Compreendendo a Depressão Infantil.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1-96, 2014.
- CUNHA, Marcus Vinícius. **A escola renovada e a família desqualificada: do discurso histórico-sociológico ao psicologismo na educação.** R. bras. Est. pedag. Brasília, v.77, n.186. maio/agosto, p. 318-345, 1996. Disponível em: <http://rbep.inep.gov.br/ojs3/index.php/rbep/article/view/1203/942>.
- DAMICO, José, PAULA, Tadeu. **Frantz Fanon e as patologias da liberdade.** UFRGS. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo 24(1), 219-223, mar.2021.
- DESSEN, Maria Auxiliadora. POLONIA, Ana da Costa. **A Família e a Escola como contextos de desenvolvimento humano.** Universidade de Brasília - DF, Brasil. Paidéia, 2007, 17(36), 21-32.
- DUNKER. Christian. **Uma biografia da depressão.** 1ª ED. Paidós. 2021. Edição Kindle. p. 240.
- FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas.** Tradução de Renato Silveira. Salvador: EDUFBA. 2008. p.194.
- FAUSTINO, Deivison (2020). **Notas sobre a sociogenia, o racismo e o sofrimento psicossocial no pensamento de Frantz Fanon.** REIS. Rio Grande, v. 4, n. 2, jul/dez. 2020. p.10-21.
- FERREIRA, Carolina Mendes Bento. **Nova edição de manual aumenta número de transtornos mentais.** Cienc. Cult. vol. 65, n. 4, p. 16-17. São Paulo. 2013.
- FLOR, Cauê Gomes; KAWAKAMI, Érica Aparecida; SILVÉRIO, Valter Roberto. **Tornar-se sujeito afro-diaspórico: working with Du Bois, Frantz Fanon e Stuart Hall.** Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar, v. 10, n. 3, set.- dez. 2020, pp. 1289-1322.
- GONÇALES, Cintia Adriana Vieira; MACHADO, Ana Lúcia. **Depressão, o mal do século: de que século?** *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 15, n. abr./jun 2007, p. 298-304, 2007.
- GONÇALES, Cintia Adriana Vieira; MACHADO, Ana Lúcia. **III Seminário Internacional Educação Medicalizada: Reconhecer e Acolher as Diferenças.** 10a, 2013. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia. 413p. [acessado em 05 de junho de 2021] disponível em: <http://seminario3.medicalizacao.org.br/anais/anais.html>
- JATOBÁ, Joana D'Arc V. N., BASTOS, Othon. **Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas.** Faculdade Nossa Senhora das Graças (UPE) .1-9, 2007.

KILOMBA, Grada. **Memórias da Plantação - Episódios de racismo cotidiano**. Tradução Jess Oliveira- 1ªed. - Rio de Janeiro, 2019. p. 248.

LIMA, Fátima. **Trauma, colonialidade e a sociogenia em Frantz Fanon: os estudos da subjetividade na encruzilhada**. Arquivos Brasileiros de Psicologia; Rio de Janeiro, 80-93, 2020.

MARQUES, Julia. **Covid-19 e isolamento criam alerta sobre depressão infantil**. Estadão. São Paulo. 2021. Disponível em: [<https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/agencia-estado/2021/04/11/covid-19-e-isolamento-criam-alerta-sobre-depressao-infantil.htm?next=0001H212U11N>]

MENINO 23: **Infâncias Perdidas no Brasil**. Direção: Belisario Franca. Produção Maria Carneiro da Cunha. Campinas do Monte Alegre/SP. Elo Company. 2016.

MOREIRA, L. E. **Por quem nos comovemos? Reflexões sobre nossos enquadramentos bélicos**. Psicologia & Sociedade. Belo Horizonte, 2018, 1-4.

MULLER, Michele. **Depressão cresce entre jovens e adolescentes**. Disponível em: <http://psique.uol.com.br/depressao-cresce-entre-os-adolescentes/>

NAKAMURA, Eunice; SANTOS, José Quirino. **Depressão infantil: abordagem antropológica**. Rev. Saúde Pública; 41 (1). Fev 2007, p. 53-60.

NOBLES, Wade. **Sakhu Sheti: retomando e reapropriando um foco psicológico afrocentrado**. In: NASCIMENTO, Elisa. (Org.) Afrocentricidade: uma abordagem epistemológica inovadora. São Paulo: Selo Negro, 2009. p. 277-298

NOGUEIRA, Tayrine de Barros. SANTOS, Giovana Maria. FONSECA, Grazzieni Clemente. **Implicações da depressão no rendimento escolar da criança**. 1; 16, 2005. Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/a-ldb-e-a-inclusao-educacional-no-brasil/79477#ixzz5QG4ViUq7>.

NONO, Maévi Anabel. **Organização do Espaço e do Tempo na Educação Infantil – A Legislação e os Documentos Publicados pelo Ministério da Educação**. In. **Educação Infantil: abordagens curriculares**. UNESP – Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas. São José do Rio Preto, RJ, 1-10.

PATTO, Maria Helena Souza. **A produção do fracasso escolar. Histórias de submissão e rebeldia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

PRIORE, Mary Del. **História das crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2010.

PORTELA, Daniela Fagundes. **Projetos educacionais para infância brasileira a partir da promulgação da Lei do Ventre Livre: (1871- 1879)**. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH. São Paulo, jul. 2011, p. 1-16.

RESENDE, Marina Silveira de; PONTES, Samira; CALAZANS, Roberto. **O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência**. Psicol. rev. (Belo Horizonte), Belo Horizonte , v. 21, n. 3, p. 534-546, set. 2015 .

SEIXAS, André Augusto Anderson; MOTA, André e ZILBREMANN, Monica L. **A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico.** Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul [online]. 2009, v. 31, n. 1, pp. 82. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000100015>>

SOARES, Maria Cecília de Freitas. **Uma Análise Sobre Depressão, Melancolia e Suicídio.** *Psicologado*, [S.l.]. (2019). Disponível em <https://psicologado.com.br/abordagens/psicanalise/uma-analise-sobre-depressao-melancolia-e-suicidio> .

SOLOMON, Andrew. **O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão.** Tradução de Myriam Campello. Companhia das Letras. Rio de Janeiro: Editora SCHWARCZ S.A, 2001.

SOUZA, Neusa Santos. **Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social.** Rio de Janeiro: Graal, 1983.

SOUZA, Thaís Rabanea De; LACERDA, Acioly Ruiz Tavarez De. **Depressão ao longo da história.** Quevedo & silva (org.). 2010.

TEIXEIRA, Marco. **Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria.** Revista de Psicologia da UNESP, 4(1), 2005. p. 41-56.

VASCONCELLOS, Jorge. **Alerta na saúde: cresce o consumo de antidepressivos no Brasil.** Correio Braziliense. 2020. Disponível em: <https://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/brasil/2020/01/12/interna-brasil,819930/alerta-na-saude-cresce-o-consumo-de-antidepressivos-no-brasil.shtml>

VEIGA, Lucas Motta. **Descolonizando a psicologia: notas para uma Psicologia Preta.** *Fractal: Revista de Psicologia - Dossiê Psicologia e epistemologias contra-hegemônicas*, Niterói, v. 31, n. esp., p. 244-248, set. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i_esp/29000.

ZORZANELLI R. T.; CRUZ, M. G. A. **O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970.** Interface (Botucatu). 2018; 22(66):721-31.

ZUCOLOTO, Patrícia Carla Silva do Vale. **O médico higienista na escola: as origens históricas da medicalização do fracasso escolar.** Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 17(1), 136-145. Disponível em: 03 de agosto, 2021. Acessado em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-2822007000100014&lng=pt&nrm=iso.