



Universidade Federal da Paraíba
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Departamento de Psicologia
Doutorado Integrado em Psicologia Social

MÔNICA DIAS PALITOT

**Relação entre sintomas depressivos e estratégias
de aprendizagem no contexto escolar**

João Pessoa-PB
2010



Universidade Federal da Paraíba
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Departamento de Psicologia
Doutorado Integrado em Psicologia Social

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA PREVENÇÃO E DA
SAÚDE COLETIVA (NÚCLEO DE PESQUISA)**

**RELAÇÃO ENTRE SINTOMAS DEPRESSIVOS E ESTRATÉGIAS DE
APRENDIZAGEM NO CONTEXTO ESCOLAR**

MÔNICA DIAS PALITOT

Tese apresentada ao Programa de Doutorado Integrado em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba / Universidade Federal do Rio Grande do Norte, por Mônica Dias Palitot, sob a orientação da Profa. Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Psicologia Social.

João Pessoa-PB
2010

Nome: PALITOT, M.D.

Título: Relação entre sintomas depressivos e estratégias de aprendizagem no contexto escolar

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social - Universidade Federal da Paraíba para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Profª. Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho (UFPB, *Orientadora*)

Prof. Dr. Natanael Antonio dos Santos (UFPB-Membro interno)

Profª Dra. Natália Ramos (Universidade Aberta de Lisboa- Membro Externo)

Prof. Dra. Rildésia Silva Veloso Gouveia (UNIPE-Membro Externo)

Profª. Dra. Sheva Maria da Nóbrega (UFPE, Membro Externo)

Um momento especial

Que momento tão especial é este de dedicar algo a alguém, pois sendo homenagem tem por obrigação brotar do recontido mais profundo da nossa alma. E neste entremeio de vidas e vivências com as quais vivi até aqui, tenho ao meu lado seres muito amados que são parte de mim.

Início assim de forma humilde e respeitosa dizendo aos meus pais ELIPHAS e ADAUTINA, obrigado por terem sempre acreditado em mim.

A ti ASSIS, meu amor, amado, amigo e companheiro de todas as horas que me incentivou a não desistir dos meus sonhos e principalmente dos meus estudos. Que viveu, sofreu, se alegrou e compartilhou cada momento desta nossa caminhada (que só nós sabemos, mesmo nem sempre tendo sido fácil, valeu cada segundo).

Aos frutos do nosso amor ASSIS JUNIOR e ELIPHAS NETO, a quem agradeço a honra de ser mãe, pois quando penso em vocês sinto que a minha vida tem sentido e que cada dia vale a pena.

Ao meu irmão Aauto por sua presença constante.

Para meus cunhados GRAÇA e GALDINO TOSCANO a quem tenho como irmãos, me apoiando e incentivando a não desistir nunca, por mais dolorosa que fosse a derrota.

Querida Profa. PENHA COUTINHO, no meu coração você tem um lugar especial, por ter me acolhido, orientado, aconselhado e incentivado nas horas que mais precisei. Pode ter certeza que suas palavras foram decisivas para chegar à realização dos meus mais ansiados sonhos.

OBRIDADA é pouco para expressar como dedico a vocês esta vitória. AMO VOCÊS.

AGRADECIMENTOS

À DEUS.

Aos meus Pais e Irmão.

Ao meu Esposo e Filhos.

Aos meus sogros Galdino e Maria do Carmo (*in memoriam*)

A todos os membros da nossa família.

À minha Fiel escudeira Nenê e meu aFilhado Erick, por seu apoio todos estes anos.

À Prof^a Dr^a Maria da Penha de Lima Coutinho, por aceitar ser minha Orientadora e Mentora.

Ao Prof^o Dr. Natanael Antonio dos Santos, que nos anos de convivência, como meu Leitor e professor, muito me ensinou, contribuindo para meu crescimento científico e intelectual.

Às Profas. Dras. Natália Ramos e Sheva Maria da Nóbrega por aceitarem fazer parte da minha banca, enriquecendo esta tese com suas contribuições e compartilhando comigo um momento tão significativo.

À Profa. Dra. Rildésia Silva Veloso Gouveia, com a qual tive o prazer iniciar e de trilhar inúmeros momentos do Doutorado.

Ao Núcleo de Pesquisa Aspectos Psicossociais da Prevenção e da Saúde Coletiva (APPSC), coordenado pela Profa. Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho, e a todos que dele participam ou participaram, em especial à Ionara, Giovanna, Lidiane, Yara, Vicente e Evelyn.

A Todos os professores do Doutorado com quem muito aprendi.

A todos os funcionários da Secretária ao longo destes anos.

A todas as escolas que me receberam e permitiram a realização desta pesquisa.

A todos que fazem parte da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, em especial aos Diretores e à Prof^a. Nereide Andrade Virgínio, por todo apoio durante os anos que lá estive.

Aos meus Colegas do Departamento de Psicopedagogia - CE/UFPB.

*Você não pode ensinar nada a um homem; você
pode apenas ajudá-lo a encontrar as respostas
dentro dele mesmo.*

Galileu Galilei

RESUMO

PALITOT, M.D. (2010). Relação entre sintomas depressivos e estratégias de aprendizagem no contexto escolar. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Paraíba.

A escola é um espaço de multiplicidades e que favorece a observação da manifestação dos primeiros sinais depressivos, tanto através de oscilações do humor, das dificuldades de socialização e da participação nas atividades extraclasse, como pela presença de dificuldades no desempenho cognitivo e na motricidade que irão exercer forte influência no rendimento escolar. No que concerne ao processo de aprendizagem, e na busca da otimização deste processo, é que se fazem presentes as estratégias de aprendizagem. Tendo em vista a importância de estudos sobre a relação entre a prevalência da depressão e o uso de estratégias de aprendizagem no ensino médio, decidiu-se então realizar a presente tese, cujos objetivos principais foram: 1) Analisar a relação entre os sintomas da depressão e o uso de estratégias de aprendizagem pelos alunos do Ensino Médio em cinco cidades da região nordeste; 2) Verificar o índice epidemiológico da depressão em adolescentes na região Nordeste; 3) Avaliar o repertório de estratégias de aprendizagem utilizado pela amostra; 4) Investigar a relação existente entre sintomas depressivos e o uso de estratégias de aprendizagem; 5) Verificar em que proporção os sintomas de depressão podem variar em função das variáveis sócio-demográficas: sexo, idade e escolaridade. Participaram deste estudo 1.535 adolescentes, alunos do ensino médio, distribuídos nas seguintes cidades: João Pessoa ($n= 301$); Natal-RN ($n=349$); Teresina- PI ($n= 265$); Recife ($n=310$) e Maceió ($n = 310$). Os instrumentos utilizados foram: *Inventário de Depressão Infantil (CDI)*, *Escala de Avaliação de Estratégias de Aprendizagem* e *Questionário Sociodemográfico*. Os resultados obtidos nas escolas públicas e privadas foram processados pelo SPSS 15.0, demonstraram um índice epidemiológico da sintomatologia depressiva de 10,2%, sendo este considerado pela literatura, um número bastante expressivo. Sendo que destes 63,5% do sexo feminino com idades variando entre 14 e 17 anos, 24% apresentaram história de reprovação. Os resultados da AFC apontaram três fatores explicativos *que foram: compreensão, motivação e distração*; componentes estes considerados essenciais para o processo de aprendizagem. Ao que concerne ao uso das estratégias de aprendizagem se observou uma correlação não-significativa, entre a pontuação da escala de estratégias de aprendizagem com a variável Idade (anos) – $p\text{-valor} = 0,263 > 0,05$ e Série dos escolares (1º., 2º. e 3º. Anos) - $p\text{-valor} = 0,837 > 0,05$. Outros aspectos observados foram o fato de que as mulheres fazem maior uso das estratégias do que os homens, e que os estudantes com sintomatologia depressiva apresentaram fazer menos uso das estratégias de aprendizagem do que aqueles sem sintomatologia depressiva. Espera-se com esta tese auxiliar na construção do saber prático, a fim de mobilizar novas ações na *práxis* psicológica, sobretudo na elaboração de intervenções conjuntas entre estratégias afetivas e estratégias cognitivas no próprio ambiente escolar, visando à melhoria e à prevenção de problemas relacionados à presença da depressão e ao uso de estratégias de aprendizagem por parte dos alunos do Ensino Médio.

Palavras-chave: Depressão, Estratégias de aprendizagem, Contexto escolar.

ABSTRACT

PALITOT, M.D. (2010). Relation between depressive symptoms and strategies of learning in school context. Thesis of Doutorado. Federal University of the Paraíba.

The school is a space of multiplicities and that it favors the comment of the manifestation of the first depressive signals, as much through oscillations of the mood, the difficulties of socialization and the participation in the activities extra classroom, as for the presence of difficulties in the cognitive performance and the motricidade that will go to exert fort influence in the pertaining to school income. With respect to the process of learning, and in the search of the it improves of this process, it is that gifts become the strategies of learning In view of not having been joined, the least in the Brazilian context, no study on the relation enters the prevalence of the depression and the use of learning strategies in High School, was decided then to carry through the present thesis, whose main objectives had been: 1) To analyze the relation enters the symptoms of the depression and the use of strategies of learning for the pupils of High School in five cities of the northeast region; 2) To verify the index epidemiologist of the depression in adolescents in the Northeast region; 3) To evaluate the repertoire of strategies of learning used for the sample; 4) To investigate the existing relation between depressive symptoms and the use of learning strategies; 5) To verify where ratio the depression symptoms can vary in function of the partner-demographic 0 variable: sex, age and scholarity. They had participated of this study 1.535 adolescent students of the hight school, distributed in FIve cities: Joao Pessoa ($n= 301$); Natal-RN ($n=349$); Teresina-PI ($n= 265$); Recife ($n=310$) e Maceió ($n = 310$). The used instruments had been: *Inventory of Infantile Depression (CDI)*, *Scale of Evaluation of Strategies of Learning* and *sociodemographic questionnaire*. The results gotten in the public and private schools had been processed by the SPSS 15.0, they had demonstrated to an index epidemiologist of the depressive symptoms of 10,2%, being this considered by literature, a sufficiently expressive number. Being that of these 63.5% of the feminine sex with ages varying between 14 and 17 years, 24% had presented disapprove history, the results of the AFC had pointed three clarifying factors *that they had been: understanding, motivation e distraction*; components these considered essential for the learning process. What it concerns to the use of the learning strategies if observed a not-significant correlation, the punctuation of the scale of strategies of learning with the Age (years) variable - $p\text{-value} = 0,263 > 0,05$ and Series of the pertaining to school (1º., 2º. e 3º. Years) - $p\text{-value} = 0,837 > 0,05$. Other observed aspects had been the fact of that the women make greater use of the strategies of what the men, and that the students with depressive symptoms had presented to make little use of the strategies of learning of what those without depressive symptoms. One expects with this thesis auxiliary in the construction of practical knowing, in order to mobilize new actions in the *praxis* psychological, over all in the elaboration of joint interventions between affective strategies and cognitive strategies in the proper pertaining to school environment, aiming at to the improvement and the prevention of problems related to the presence of the depression and the use of strategies of learning on the part of the pupils of High School.

Word-key: Depression, Strategies of learning, School Context.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Sintomas do episódio depressivo maior.....	53
Tabela 2. Sintomas da Depressão em Adolescentes.....	56
Tabela 3. Perfil sócio demográfico dos escolares <i>versus</i> tipo de escola (N= 1535).....	107
Tabela 4. Normas diagnósticas do CDI para identificação da sintomatologia depressiva na amostra total (N = 1535).....	110
Tabela 5. Prevalência da depressão entre escolares de 13 a 17 anos na região Nordeste segundo o CDI.....	111
Tabela 6. Frequências e percentuais das respostas dos escolares, sem sintomas de depressão, item-por-item no CDI (amostra=1379).....	111
Tabela 7. Frequências e percentuais das respostas dos escolares que ultrapassaram o ponto de corte (17) com N =156.....	113
Tabela 8. Escores da escala de estratégia de aprendizagem em relação às variáveis demográficas: sexo, série e repetência.....	116
Tabela 9. Respostas dos escolares item por item da escala de estratégia de aprendizagem – sem sintomas de depressão (N=1379).....	117
Tabela 10. Respostas dos escolares item por item da escala de estratégia de aprendizagem, grupo com sintomatologia de depressão (N=156).....	120
Tabela 11. Correlação do CDI segundo a variável sexo (N=1535).....	124
Tabela 12. Correlação entre o CDI e as variáveis de integração (pais, irmãos, colegas e professores).....	125
Tabela 13. Normatização de Kaizer- medidas de adequação da amostra.....	126
Tabela 14. Estrutura Fatorial da escala de estratégia de aprendizagem.....	127
Tabela 15. Estrutura multifatorial com <i>três fatores FI, FII e FIII</i> - rotulados, respectivamente, de: Compreensão, Motivação e Distração.....	129
Tabela 16. Escores dos fatores FI, FII e FIII dos escolares (grupo com sintomatologia depressiva).....	131
Tabela 17. Escores dos fatores FI, FII e FIII e os tipos de escola.....	132
Tabela 18. Escores dos fatores FI, FII e FIII e a repetência.....	134
Tabela 19. Escores da escala de estratégia de aprendizagem em relação às variáveis idade/ série dos escolares.....	135
Tabela 20. Relação entre os tipos de estratégias de aprendizagem utilizadas e a variável sexo no grupo sem sintomatologia depressiva.....	138

Tabela 21. Correlação entre estratégias de aprendizagem e interação social.....	
Tabela 22. Correlação entre estratégias metacognitivas de aprendizagem e interação social.....	139
Tabela 23. Correlação entre estratégias cognitivas de aprendizagem e pertença escolar.....	140
Tabela 24. Correlação entre estratégias metacognitivas de aprendizagem e pertença escolar.....	141
Tabela 25. Correlação entre estratégias metacognitivas de aprendizagem e reprovação.....	142
Tabela 26. Teste t para duas amostras independentes.....	144
Tabela 27. Correlação de Pearson para o CDI score total e a escala de estratégias de aprendizagem (EEA) – score total.....	145
Tabela 28. Correlação de Pearson entre a escala de estratégias de aprendizagem(EEA) e CDI Considerando-se as variáveis sexo, série e idade dos escolares.....	146
Tabela 29. Medidas descritivas do score total segundo estratégia de aprendizagem, CDI e reprovação.....	147
	148

LISTA DE FIGURAS

1. Extração de fatores, critério da raiz latente (autovalor>1), Scree Plot.....	127
---	-----

SUMÁRIO

RESUMO.....	vii
ABSTRACT	viii
LISTA DE TABELAS.....	ix
APRESENTAÇÃO.....	14
CAPÍTULO 1.CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	22
1.1.Delimitação do tema.....	23
1.2. Objetivos geral.....	30
1.2.1. Objetivos específicos.....	30
CAPÍTULO 2.ADOLESCÊNCIA: A JORNADA ENTRE A INFÂNCIA E A VIDA ADULTA.....	31
2.1. Desenvolvimento sóciohistórico.....	32
CAPÍTULO 3.DEPRESSÃO: UM FENÔMENO EM EXPANSÃO.....	42
3.1.Um resgate sóciohistórico do fenômeno da depressão.....	43
3.2. Perspectivas conceituais e epidemiológicas sobre a sintomatologia depressiva na Adolescência.....	48
3.2.1. Sintomatologia da Depressão na Adolescência	50
3.2.2. Formas de tratamento.....	57
3.2.3. O Impacto Social e Epidemiológico da Depressão.....	61
3.3. Depressão no contexto escolar.....	65
CAPÍTULO 4. ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM.....	72
4.1. Características das estratégias de aprendizagem	78
4.2. Breve panorama internacional e nacional das pesquisas a respeito das estratégias de aprendizagem.....	80
4.2.1. Pesquisas brasileiras.....	83
4.3. Tipos de estratégias de aprendizagem.....	88
CAPÍTULO 5. MÉTODO.....	96
5.1. Tipo de estudo.....	97

5.2. <i>Locus</i> do estudo.....	97
5.3. Amostra.....	97
5.4. Instrumentos de coleta de dados.....	98
5.5. Procedimentos.....	101
5.6. Procedimento Ético.....	102
5.7. Processamento e análise dos dados.....	102
CAPÍTULO 6 – ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	105
6.1. Caracterização da amostra.....	106
6.2. Consistência interna do inventário de depressão infantil – CDI.....	109
6.3. Repertório das estratégias de aprendizagem.....	116
6.4. Correlação entre sintomatologia depressiva e as estratégias de aprendizagem quanto ao sexo e a interação social.....	123
6.5. Análise Fatorial das estratégias de aprendizagem.....	125
6.6. Comparação dos escores dos Fatores FI, FII e FIII versus sexo dos escolares.....	131
6.7. Comparação dos escores dos Fatores FI, FII e FIII versus tipo de escola.....	132
6.8. Comparação dos escores dos Fatores FI, FII e FIII versus repetência (N=156).....	133
6.9. Correlação do uso de estratégias de aprendizagem e idade/série dos participantes.....	135
6.10. Correlação entre as estratégias de aprendizagem, cognitivas, metacognitivas e o gênero.....	136
6.11. Uso de estratégias de aprendizagem entre alunos sem sintomatologia depressiva e fatores como Sexo, interação social e reprovação.....	137
6.12. Uso de estratégias de aprendizagem entre alunos com sintomatologia depressiva (estratégias cognitivas e metacognitivas).....	141
6.13. Análise das estratégias de aprendizagem mais utilizadas nas cinco capitais investigadas de acordo com o tipo de escola – pública ou privada.....	143
6.14. Uso de estratégias de aprendizagem entre os alunos com reprovação (estratégias cognitivas e metagconitivas).....	144
6.15 Análise da relação estratégias de aprendizagem e depressão.....	146
6.16. Comparação dos escores do CDI e do EEA Segundo o rendimento escolar (reprovação: sim, não).....	147
	149

CAPÍTULO 7 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	
7.2.1. Perspectivas sócio-demográficas da amostra.....	150
7.2.2. Discussão dos principais sintomas depressivos presentes na amostra total e nos sujeitos com sintomatologia depressiva	156
7.3. Relação entre Estratégias de Aprendizagem e CDI.....	163
CONCLUSÕES.....	178
REFERÊNCIAS.....	184
ANEXOS	200
ANEXO I. Inventário de Depressão Infantil.....	201
ANEXO II. Escala de Avaliação de Estratégias de Aprendizagem.....	203
ANEXO III. Questionário sócio-demográfico.....	205
ANEXO IV. Análise da Escala de Estratégias de Aprendizagem item por item relacionado ao tipo de estratégia de aprendizagem.....	206
ANEXO V. Carta de Apresentação e Esclarecimento.....	208
ANEXO VI. Termo de Consentimento.....	211

APRESENTAÇÃO

A escola é um espaço de multiplicidades, onde diferentes valores, concepções, experiências, culturas, crenças e relações sociais se misturam e fazem do seu cotidiano uma rica e complexa estrutura de conhecimentos. Desse modo, a escola, enquanto instituição na qual se inserem grupos sociais que constroem diferentes relações deve propiciar condições de aprendizagem, selecionando atividades e posturas necessárias, que promovam o bem-estar e o sucesso desses grupos.

A escola também é responsável pela construção da identidade de ser e pertencer ao mundo, pois é o ambiente onde o sujeito se apropria dos modelos de aprendizagem e de princípios ético-morais que perpassam a sociedade. As expectativas, assim como as dúvidas, as inseguranças e as perspectivas em relação ao futuro e às próprias potencialidades também se encontram depositadas na escola, por isso, é imprescindível que, em seu contexto, seja trabalhada a articulação tanto dos processos psicoafetivos quanto dos psicossociais relacionados à aprendizagem. Essa articulação deve ser uma busca constante, tendo em vista que o espaço escolar pode ser considerado um *locus* privilegiado na formação humana no aspecto cognitivo e no afetivo.

Embora se reconheça a importância dos fatores afetivos para o desenvolvimento humano e para as relações sociais, o que se observa é a falta de informações de pais e professores sobre a depressão na adolescência e como esse mal pode contribuir para o aumento das dificuldades enfrentadas pelo estudante, razão por que a escola deve orientar seus professores, para lhes possibilitar uma maior capacitação, no que diz respeito à relação entre a aprendizagem e os sintomas depressivos, para que se olhe mais atentamente e se identifique precocemente o encaminhamento adequado para resolver essa questão.

Tendo por linha de pensamento que todo ser humano é um ser biopsicossocial, qualquer alteração no plano psicológico afeta o indivíduo por completo, principalmente

quando se leva em conta que os voluntários, alvo deste estudo, são adolescentes, alunos do ensino médio, sendo necessário, portanto, uma maior compreensão dessa fase do desenvolvimento humano.

Segundo Palácios (2005), a adolescência é uma fase problemática, caracterizada por turbulências, mudanças, conflitos, crises de ajustamento psicossocial, tensões abundantes e sofrimentos psicológicos, bem como, por um estágio de busca do seu “eu”, assinalada por afiliação de pares, descoberta da sexualidade, formação de identidade e busca do *status* de adulto, com suas tarefas e responsabilidades desafiadoras. Todas essas alterações, apontadas pelo autor, irão atuar diretamente nos seus padrões físicos ou psicológicos, acarretando-lhes um conjunto de transformações, que provocam mudanças cognitivas e sociais em suas vidas. Assim, considerando que a adolescência é a fase do desenvolvimento em que se encontra a população estudada na presente tese, é necessário compreendê-la melhor.

Segundo Roberts (1988), a adolescência é um período de tempo que envolve perdas e ganhos, uma fase de flutuações e do estabelecimento de novas maneiras de pertencer e que envolve a aceitação de uma imagem do corpo em mudança, como resultado do início da puberdade. Contudo, ainda segundo o autor, apesar das várias modificações, a adolescência nem sempre é vivida e sentida como um período da vida particularmente difícil.

Assim, exige-se do adolescente que ele desempenhe um papel em que tem de aprender a lidar com um conjunto de responsabilidades e alicerçar o componente psicológico de uma forma mais marcada que anteriormente. Martins (2004) afirma que as características mais representativas desse período são a crescente consciência e o conhecimento do "eu", o nascimento da independência, a adaptação progressiva aos núcleos sociais da família, da escola e da comunidade em geral.

De um modo geral, os adolescentes se deparam com várias situações novas e pressões sociais que favorecem condições próprias para apresentarem flutuações de humor e

mudanças expressivas no comportamento. Tendo em vista tantas mudanças, o reflexo delas no contexto escolar também será sentido, principalmente, devido à presença do vestibular, que exige dos adolescentes, alunos do ensino médio, escolhas para as quais a maioria não está ainda preparada. Assim sendo, observa-se que, nessa fase, o sucesso e o rendimento escolar perpassam o aspecto psicológico.

Quando se trata do uso das estratégias de aprendizagem pelos adolescentes alunos do ensino médio, o emocional também é primordial. Sob essa óptica, Boruchovitch (2001) afirma que o seu uso eficiente e adequado está fortemente associado a aspectos psicológicos e motivacionais, havendo, ainda, uma relação delas com a afetividade e com as características de personalidade, o estado emocional, as crenças e as cognições frente à aprendizagem.

É possível também observar, em estudos realizados por Maturana (2001), a ênfase no papel dos processos internos como mediadores da aprendizagem, pois, segundo o referido autor, eles influenciam a construção de atitudes (sistema de crenças, valores e sentimentos sobre o ambiente que cerca o adolescente). Sendo assim, os indivíduos que desenvolvem crenças negativas sobre suas capacidades tendem a manifestar mais problemas escolares e, no futuro, estarão mais vulneráveis ao estresse e a quadros depressivos.

Ratificando o que afirmou Maturana (2001), pesquisas realizadas por Cruvinel e Boruchovitch (2004) confirmaram que as dificuldades acadêmicas estão relacionadas aos transtornos psicoafetivos, entre eles, a depressão, nas fases do desenvolvimento da criança e do adolescente, bem como a problemas de aprendizagem e a baixa autoestima. As autoras também afirmam serem altas as taxas de sintomas depressivos em adolescentes com dificuldades escolares, principalmente quando confrontada com a taxa de prevalência dessa sintomatologia na população infantil sem dificuldades de aprendizagem. Por isso, o adolescente pouco competente, acadêmica e socialmente, tende a apresentar maior incidência de sintomas depressivos quando comparado com aqueles que alcançam o sucesso escolar.

Estudos realizados por Coutinho e Saldanha (2005), em relação à sintomatologia depressiva e à dimensão psicossocial em adolescentes, revelaram que a depressão é consequência de disfunções afetivas, de relações sociais insatisfatórias e do fato de poder perpetuar hábitos prejudiciais, sobretudo no âmbito das duas principais instâncias socializadoras, que são a família e a escola. Percebe-se, então, que é preciso compreender mais as dificuldades que os transtornos psicoafetivos, em particular, a depressão, podem ocasionar tanto no processo de ensino-aprendizagem quanto no uso específico das estratégias de aprendizagem no contexto escolar.

Nesta tese, foi adotado o conceito de estratégias de aprendizagem criado por Pozo (2002), que afirma que são processos de tomada de decisões conscientes e intencionais sobre quais caminhos, procedimentos e técnicas o aluno deve desenvolver para solucionar um problema, realizar uma tarefa, considerando variáveis internas (seus próprios conhecimentos, motivações e particularidades pessoais) e externas (características da tarefa, do ambiente e da dinâmica instrucional).

Como apontam Boruchovitch et al (2006), as primeiras investigações realizadas no Brasil, com o intuito de conhecer as estratégias de aprendizagem de alunos do ensino fundamental, foram baseadas em instrumentos traduzidos e adaptados da literatura estrangeira. Devido à importância das estratégias de aprendizagem em todos os níveis de educação e a ausência de instrumentos nacionais que possibilitassem um conhecimento mais rápido do repertório de estratégias de aprendizagem, desenvolveram-se, inicialmente, uma escala para alunos universitários e uma escala infantil (Boruchovitch & Santos, 2001).

Para a construção das referidas escalas, Boruchovitch et al (2006) demonstram que foram levados em conta, de forma criteriosa, os instrumentos internacionais disponíveis na literatura da área e os resultados provenientes de pesquisas internacionais e nacionais sobre o tema. Assim, as estratégias de memorização, de elaboração, de autoavaliação, de estruturação

do ambiente, de administração do tempo e as específicas de compreensão de leitura e de apoio afetivo têm sido as principais atividades observadas como fazendo parte do repertório de estratégias de alunos de diversas faixas etárias e de diferentes nacionalidades.

Através de pesquisas, como as realizadas por Costa e Boruchovitch (2004) e Boruchovitch (1999), também foi possível observar que os fatores psicológicos exercem forte influência na aprendizagem em geral, bem como no uso de estratégias de aprendizagem e de hábitos de estudo. Essa influência foi corroborada por estudos como os de Cruvinel (2003), que relaciona a presença dos sintomas depressivos com o uso das estratégias de aprendizagem (estudantes do ensino fundamental), em que se verificou que os sintomas depressivos, na infância e início da adolescência, interferem negativamente no uso de estratégias de aprendizagem e no rendimento escolar, principalmente em matemática.

Ainda segundo Cruvinel (2003), os processos cognitivos desses indivíduos são disfuncionais, pois apresentam um estilo negativo de avaliarem a si mesmos, ao mundo e ao futuro e tendem a selecionar e privilegiar os eventos negativos de suas vidas. É provável que, diante de uma situação de fracasso escolar, nutram pensamentos exagerados de autodesvalorização, desesperança e pessimismo. Desse modo, seus processos cognitivos podem influenciar a motivação, o desempenho e a aprendizagem, o que ressalta a importância de se estudar a depressão e suas possíveis relações com a escolarização formal de indivíduos nos diferentes níveis de escolaridade.

Dadas as relações entre sintomatologia depressiva e o uso de estratégias de aprendizagem indicadas na literatura, o presente estudo busca verificar possíveis associações entre essas variáveis em estudantes do ensino médio. Porém, é importante ressaltar que, apesar da relação entre processos cognitivos, afetivos e desempenho escolar, há outros fatores envolvidos no processo de aprendizagem, tais como os métodos de ensino do professor e a orientação pedagógica da escola, por exemplo.

Não se deve incorrer no erro de atribuir o desempenho escolar inadequado exclusivamente aos transtornos de humor e ao desconhecimento ou ao pouco uso das estratégias de aprendizagem, haja vista que o estudante é um ser biopsicossocial, e diferentes fatores atuam, conjuntamente, no processo de aprendizagem formal. Contudo, por ora, a nossa investigação não abrangerá aspectos econômicos, sociais ou de dificuldades educacionais que o nosso Brasil enfrenta, devido às dificuldades da multicausalidade e da complexidade desses fatores.

À medida que fazíamos o levantamento da literatura específica e a análise de dados para a construção da presente tese, fomos observando que a relação entre depressão e estratégias de aprendizagem é um objeto recente de estudo nas Ciências Humanas e Sociais, particularmente na Psicologia. E no que se refere às evidências empíricas no contexto brasileiro, demonstram ser ainda mais escassas. Assim sendo, estudar o impacto que os sintomas depressivos possam ter no uso das estratégias de aprendizagem nos parece plausível e justificável no sentido de compreender melhor o processo de aprendizagem.

Podemos, contudo, relacionar outros aspectos que apontam para a legitimidade e a originalidade desta tese, a saber: A) a pesquisa é realizada em cidades da Região Nordeste, que apresentam indicadores preocupantes no que diz respeito ao sistema educacional; B) espera contribuir com a identificação dos índices epidemiológicos (prevalência) de depressão juvenil no contexto nordestino e C) busca a comprovação dos parâmetros psicométricos de medidas específicas, principalmente em cidades cuja busca na literatura não possibilitou identificar pesquisas referentes ao uso de estratégias de aprendizagem pelos alunos do ensino médio.

Enquanto nos aprofundávamos nos estudos, fomos desenvolvendo uma compreensão teórica que acabou por se plasmar em sete capítulos. O capítulo 1 traz uma contextualização do objeto de estudo; o capítulo 2 versa sobre a adolescência, sob o aspecto

do desenvolvimento biopsicossocial; no terceiro capítulo, é abordada a depressão, através das perspectivas histórica, conceitual e epidemiológica; o quarto capítulo explora as estratégias de aprendizagem, as características e as pesquisas nacionais e internacionais sobre o tema; o quinto capítulo trata do método utilizado na pesquisa, definindo o tipo de estudo, o *locus* da pesquisa, a amostra, os instrumentos e os procedimentos para a coleta e a análise dos dados; no sexto capítulo, é apresentada a análise dos resultados; o sétimo contém a discussão dos resultados e, por fim, as considerações finais, incluindo um resumo dos achados da pesquisa, suas limitações e seus desdobramentos futuros.

CAPÍTULO 1- CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA

Na construção do objeto de estudo desta tese, toma-se como referência o fenômeno da depressão e como esse mal interfere no uso das estratégias de aprendizagem pelos adolescentes, alunos do ensino médio.

A depressão tem sido entendida como um transtorno crônico ou recorrente, em que fatores biológicos, genéticos e neuroquímicos apresentam um importante papel nos diversos quadros depressivos. O termo **transtorno**, de acordo com a Classificação Internacional das Doenças - CID10 é usado para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis, associados a sofrimento e a interferência com funções pessoais. A depressão se encontra incluída no Bloco do CID-10 de Transtornos de Humor.

Nesses transtornos, a perturbação fundamental é uma alteração do humor, usualmente para depressão (com ou sem ansiedade associada). Essa alteração do humor é normalmente acompanhada por uma alteração no nível global de atividade, e a maioria dos outros sintomas é secundária ou facilmente compreendida no contexto de tais alterações. Quase todos esses transtornos tendem a ser recorrentes, e o início dos episódios individuais é frequentemente relacionado com eventos ou situações estressantes. Os sintomas mais comumente percebidos partem tanto de alterações fisiológicas quanto de mudanças de estados emocionais e cognitivos (Kaplan, h. I., Saddo, B.J, Grebb, J.A., 2006).

Segundo o CID-10/ - F32, os episódios depressivos caracterizam-se em três graus de depressão: leve, moderado ou grave, cujos sintomas são rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade, além da alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas, em geral, à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se, em geral, problemas do sono e diminuição do apetite. Quase sempre, há uma diminuição da autoestima e da autoconfiança e, frequentemente, ideias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode vir acompanhado de sintomas ditos "somáticos", como por exemplo, perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem que se determinem três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

Baptista e Dias (2001) enfatizam que os transtornos de humor são de etiologia multifatorial, ou seja, diferentes fatores auxiliam no desencadeamento, na manutenção e na remissão dos sintomas associados ao transtorno.

Observa-se que, entre os grupos de variáveis fundamentais em sua etiologia, têm-se os fatores biológicos, que compreendem aspectos endócrinos, genéticos, de evolução, estrutura e química do cérebro; fatores socioculturais, que são papéis sociais, expectativas, o que é normal para a cultura, estrutura e suporte familiar e social, entre outros. Além desses, fatores psicológicos, como stress, traumas, desamparo adquirido, forma de perceber o mundo, sua maneira de resolver os problemas, memórias, problemas familiares, como a separação, o divórcio, a falta de suporte ou ainda a morte de um dos pais, são desencadeadores de transtornos de humor.

Também para Baptista e Dias (2001), quanto mais distantes os pais são de seus filhos adolescentes, menor a autoestima deles, uma vez que esta se caracteriza como um mediador direto da sintomatologia depressiva. A superproteção dos pais, a falta de carinho e as perdas de autonomia são também predisponentes para o desenvolvimento de quadros depressivos, pois essas variáveis diminuem as possibilidades de os filhos desenvolverem estratégias de enfrentamento adequadas para a resolução dos problemas de sua vida.

Apesar da falta de unicidade sobre a definição operacional do conceito de depressão, a maioria dos estudos epidemiológicos acerca dos transtornos psiquiátricos revela a alta prevalência das alterações afetivas entre os adolescentes, em especial, dos sintomas indicativos de depressão (Coutinho, 2007; Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho & Gouveia, 2000; De Lima, 1999). Um estudo meta-analítico realizado por Petersen et al. (1993), a partir de 30 trabalhos sobre depressão na adolescência, revela que o humor deprimido descrito na literatura internacional varia na ordem de 20% a 35% entre os meninos e de 25% a 40% entre o sexo feminino de amostras não clínicas. Quanto ao percentual dos adolescentes que evidenciam escores indicadores de depressão por meio da aplicação do Inventário de Depressão Infantil, Chartier e Lassen (1994) obtiveram um índice de 8,3% em uma amostra americana.

Entre os adolescentes brasileiros, a incidência de sintomatologia significativa de depressão é bastante alta. Essa é uma realidade presente em pesquisas como as realizadas por Coutinho (2007) e Baptista (2001), encontraram indícios depressivos clinicamente significantes em 8,5%, 5,3% e 5,1% das amostras com adolescentes, respectivamente. Já o percentual de humor deprimido entre jovens brasileiros chega a 42,7% (Salle, Segal, & Sukiennik, 1996).

Segundo Coutinho (2001) e Dutra (2001), os sintomas depressivos agregam-se em quatro conjuntos de indicadores clínicos: marcadores emocionais (tristeza, isolamento, apatia,

crises de choro, perda da capacidade de experimentar prazer em atividades antes consideradas agradáveis, sentimentos de desvalia e culpa, variação de humor diurno, cognitivos (distração, diminuição da capacidade de tomada de decisão, superestimação das perdas sofridas, pessimismo e desesperança), motivacionais (indiferença diante de novas situações, desinteresse por quaisquer atividades, perda de afeição por outras pessoas e baixo rendimento acadêmico) e vegetativos ou motores (fadiga, retardo psicomotor, alterações do apetite ou do peso, insônia e perda da libido). Contudo, ainda de acordo com Coutinho (2001), na adolescência, é comum que a depressão seja mascarada por sintomas como a agitação psicomotora, ataques de raiva, comportamentos delinquentes, hostilidade, autoagressão, constante exposição a situações de risco, uso de drogas, queixas proeminentes de dor crônica, obesidade e letargia.

Relacionando a presença dos sintomas depressivos com o uso das estratégias de aprendizagem, estudos como os de Cruvinel (2003) verificaram que os sintomas depressivos, na infância e na adolescência, interferem negativamente no uso de estratégias de aprendizagem e no rendimento escolar, principalmente em matemática. Segundo a autora, os processos cognitivos desses indivíduos são disfuncionais, pois apresentam um estilo negativo de avaliarem a si mesmos, ao mundo e ao futuro. Além disso, tendem a selecionar e privilegiar os eventos negativos de suas vidas e é provável que, diante de uma situação de fracasso escolar, nutram pensamentos exagerados de autodesvalorização, desesperança e pessimismo.

É preciso levar em conta também as exigências sociais e de mercado que se fundamentam cada vez mais na obrigatoriedade de dominar o conhecimento, transformando o processo de desenvolvimento da aprendizagem num instrumento de persuasão e de pressão ideológica, social, da aquisição do conhecimento rápido e prático. Tal fato repercutirá, sobretudo, em inúmeros problemas no processo de aprendizagem, que é refletido na formação

acadêmica dos sujeitos, bem como na construção e na desconstrução de uma consciência crítica do próprio conhecimento. Vestibular, acesso ao ensino superior, provas, avaliações, esses são assuntos que permeiam o cotidiano dos jovens brasileiros que frequentam o ensino médio. Nesse contexto, surge a necessidade de discutir e investigar as estratégias a serem utilizadas para que o sucesso seja uma praxe também nesse cotidiano.

Etimologicamente, a palavra estratégia tem sua origem do latim, *strategia*, e do grego, *strategía*, significando: plano, método ou série de estratagemas para se obter um objetivo ou um resultado específico. O uso das estratégias de aprendizagem tem, portanto, um objetivo a ser conquistado: a aprendizagem na sua mais ampla acepção da palavra. Utilizar estratégias de aprendizagem significa buscar potencializar o processo cognitivo.

Assim sendo, quando buscamos conceituar estratégias de aprendizagem, estamos querendo dizer que, ao utilizá-las, sabemos que objetivo pretendemos alcançar, logo, os indivíduos envolvidos no processo de aprendizagem devem fazer uso de todas as estratégias necessárias para a obtenção do resultado almejado, que é a aprendizagem em si.

Ao realizar estudos sobre a aprendizagem, é importante também observar as características ambientais, os fatores motivacionais, emocionais, cognitivos e metacognitivos, como um conjunto de caracteres que facilitam e estimulam, ou, por outro lado, dificultam o processo de aprendizagem.

Estudos, como o realizado por Medeiros (2000), têm revelado o quanto a autoeficácia influencia no desempenho acadêmico e escolar. Assim, compreendendo-se a autoeficácia como a crença do indivíduo na realização de atividades específicas, portanto, no desenvolvimento de estratégias de aprendizagem, devemos ,também, cultivar fatores motivacionais que auxiliem na conquista da aprendizagem, uma vez que muitas das dificuldades de aprendizagem estão relacionadas à não utilização de estratégias de aprendizagem.

De acordo com dados de pesquisas realizadas no âmbito escolar e no acadêmico (Boruchovitch, 2005; Bassanezi, 2004; Ribeiro, 2001, 2003; Minervino, 2005), as estratégias de aprendizagem constituem item primordial no processo de aprendizagem, porquanto, dependendo de sua utilização, o aprendente passa a potencializar sua apreensão do conteúdo estudado, conseqüentemente, aumentando seu rendimento escolar.

Segundo Flavell et al. (1999), o aprendente é entendido como o ser em processo de aprendizagem, que se utiliza da prática metacognitiva, ou seja, da faculdade de conhecer o próprio ato de conhecer e a habilidade de realizar o monitoramento e a autorregulação dos processos cognitivos, o que possibilita a implantação de estratégias para a solução ou execução de diferentes tarefas.

É preciso que os alunos compreendam que supervisionar o próprio processo de aprendizagem é refletir e desenvolver autonomia em situações de aprendizagem. Faz-se mister, sobretudo, participar ativamente em três momentos precisos desse processo: antes, durante e depois do cumprimento de uma tarefa, pois esse repertório comportamental terá conseqüências na qualidade de sua aprendizagem e servirá como um alerta quando resultados indesejáveis surgirem, indicando que mudanças de comportamento diante dos estudos precisam ser revistas. A metacognição associa-se a mecanismos autorregulatórios na realização de tarefas que incluem: a planificação, a revisão e a avaliação das realizações cognitivas (Ribeiro, 2003).

Observa-se que a leitura, a repetição, a memorização, entre outras maneiras de assimilação, são estratégias usadas para aprender e reforçam as estratégias de aprendizagem para o constructo cognitivo. Desde as primeiras tentativas, registradas na história, ainda nos tempos de Aristóteles, buscou-se cultivar uma técnica pedagógica, associando imagens a ideias para exercer um papel de recordação. Em outras palavras, aprendizagem significativa

como um recurso eficiente de didática elucidativa, dando assim um maior sentido ao que se expunha.

Segundo Ribeiro (2003), as estratégias abrangem cinco etapas: analisar, planejar, implementar, monitorar e modificar. Sendo que esses fatores interrelacionados de forma a desenvolver o conhecimento metacognitivo irão potencializar o processo de aprendizagem de modo significativo.

Boruchovitch (1999) ressalta que apenas conhecer as estratégias não é suficiente para melhorar o rendimento escolar dos estudantes, é preciso, também, que os alunos compreendam como e quando usá-las, pois, se, por um lado, o ensino das estratégias de aprendizagem é capaz de melhorar significativamente o rendimento escolar dos alunos, por outro, não há dúvidas de que o mero treinamento é infrutífero para se desenvolver a capacidade do aluno para aprender a aprender, razão por que devem estar relacionadas ao ensino das estratégias também as estratégias de apoio afetivo destinadas a modificar variáveis psicológicas, tais como: ansiedade, autoeficácia, autoconceito, atribuição de causalidade, sintomas depressivos, muitas vezes incompatíveis com o uso apropriado das estratégias de aprendizagem.

Dadas as relações entre sintomatologia depressiva e uso de estratégias de aprendizagem indicadas na literatura, o presente estudo busca verificar, nos estudantes do ensino médio, as possíveis associações dessas relações e as variáveis sexo, idade, série, reprovação e relação entre pais, irmãos professor e escola. É importante ressaltar, porém, que, apesar da relação entre processos cognitivos, afetivos e desempenho escolar, há outros fatores envolvidos no processo de aprendizagem, como os métodos de ensino do professor e a orientação pedagógica da escola, por exemplo, que não serão analisados nesta tese.

Em virtude da importância da influência dos aspectos afetivos na aprendizagem, nesse caso, a depressão, bem como pelo fato de os estudantes apresentarem estilos preferidos

de estratégias que podem interferir diretamente sobre o processo de aprendizagem, a presente tese tem por objetivos:

1.2 OBJETIVO GERAL

Analisar a relação entre os sintomas da depressão e o uso de estratégias de aprendizagem pelos alunos do ensino médio.

1.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A) Verificar o índice epidemiológico da depressão em adolescentes inseridos no contexto escolar do ensino médio das escolas públicas e privadas, das seguintes capitais da Região Nordeste brasileira: João Pessoa-PB, Natal-RN, Recife-PE, Teresina-PI e Maceió-AL;

B) Avaliar o repertório de estratégias de aprendizagem utilizado pela amostra;

C) Investigar a relação existente entre sintomas depressivos e o uso de estratégias de aprendizagem;

D) Verificar em que proporção os sintomas de depressão podem variar em função das variáveis sociodemográficas: sexo, idade e escolaridade.

Tendo em vista a relevância do tema é que nos propusemos a elaborar esta tese, cujo intuito é o de oferecer um maior conhecimento a respeito do tema, para auxiliar tanto a escola quanto a família a compreenderem e a lidarem melhor com os problemas advindos da depressão, principalmente no que se refere ao processo de aprendizagem e ao uso de estratégias de aprendizagem.

**CAPÍTULO 2 - ADOLESCÊNCIA: JORNADA ENTRE A INFÂNCIA E A
E A VIDA ADULTA**

2.1 ADOLESCÊNCIA: DESENVOLVIMENTO SÓCIO-HISTÓRICO

A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano repleta de peculiaridades, a começar pela dupla origem etimológica da própria palavra, de origem latina, formada por *ad* - a para a + *olescere* – forma incoativa de *olere*-crescer, que significa processo de crescimento (Pereira, 2004). Temos também do latim *adolescere*, origem da palavra adoecer, fazendo com que esses significados indiquem a condição de crescimento físico e psíquico, que ocorre como um adoecimento, ou seja, com sofrimentos emocionais, transformações biológicas e mentais (Outeiral, 2003).

Historicamente, vale ressaltar que, até meados do Século XIX, não havia distinção entre infância e fase adulta, o que caracteriza o conceito de adolescência como sendo bastante recente. Segundo Áries (1991), até o Século XVIII, na França, a adolescência foi confundida com a infância, posto que não havia lugar para a adolescência. Mesmo no latim ensinado nos colégios, empregava-se, indiferentemente, as palavras *puer* e *adolescens*. Porém, mais constantemente, o que se via era o uso indistinto da palavra *enfant* (criança). Esse autor afirma também que a longa duração da infância, tal como aparecia na língua comum, tinha sua origem na indiferença que se sentia então pelos fenômenos propriamente biológicos, por isso não existia a preocupação em limitar a infância pela puberdade, uma vez que a ideia de infância estava ligada à de dependência.

Para o autor, ainda no Século XVIII, é que começam a emergir as ideias daquilo que hoje se denomina adolescência e conclui que o primeiro adolescente moderno típico foi Siegfried de Wagner, que, através da música, expressiu, pela primeira vez, atributos como

mistura de pureza e força física, naturismo, espontaneidade e alegria de viver. Esse fenômeno é denominado por Áries de *adolescente-herói*, que surge na Alemanha wagneriana, cruza fronteiras e adentra na França por volta dos anos 1900.

Essa também passa a ser uma preocupação dos moralistas e políticos, que deu início ao desejo de se saber o que pensava a juventude e fez surgirem pesquisas sobre essa nova força, que se expande e logo se torna objeto de atenção e de investigação, transformando-se numa realidade, em termos de conceito e de instituição, isto é, a rebeldia, a recusa passou a ser uma realidade instituída: a adolescência. A partir de então, foi catalogada e colocada sob investigação das ciências sociais, psicológicas, jurídicas, biológicas e educacionais (Áries, 1991).

Pode-se observar, contudo, que, ainda nos dias atuais, não existe uma orientação única sobre o período da adolescência. Isso pode ser observado nas várias definições propostas, como pela World Health Organization (WHO, 2006), por exemplo, que a define como o período que compreende a fase da vida que vai dos 10 aos 19 anos de idade.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990), referência adotada neste estudo, considera adolescentes apenas os indivíduos dos 12 aos 18 anos incompletos. Porém, as medidas do ECA podem alcançar até a idade de 21 anos, não em razão da incapacidade relativa do agente, mas de uma proteção especial, diferenciada e específica do próprio jovem-adulto e da sociedade.

Ainda nessa vertente, temos autores como Cabral e Nick (2001), que afirmam ser a adolescência uma fase entre a puberdade e a maturidade que, para as meninas, vai normalmente dos 12 aos 21 anos, e para os meninos, dos 13 aos 22 anos. Ocorre, nesse período, um crescimento importante, incluindo, além das mudanças fisiológicas, o desenvolvimento intelectual, dos interesses e das atitudes.

Do ponto de vista biológico, as transformações físicas englobam as alterações do tamanho e da forma do corpo, as quais provocam algumas dificuldades na autoimagem individual. Provavelmente, a característica mais significativa e visível da adolescência é essa multiplicidade de transformações físicas específicas da puberdade. As mudanças biológicas decorrentes da puberdade são avassaladoras e relativamente rápidas. O crescimento em altura é particularmente evidente, a forma do corpo altera-se, a capacidade física aumenta e iniciam-se a sexualidade e a intimidade, no fundo, a maturidade sexual (Claes, 1985).

A adolescência é, no entanto, um processo que tem sofrido alterações ao longo da história das gerações. Últimos cem anos, tem-se assistido a um início cada vez mais precoce da puberdade e a um crescimento mais rápido das crianças e dos adolescentes. Também, segundo Claes (1985), a adolescência não só tem iniciado mais cedo como se prolonga durante mais anos, devido à melhoria das condições de vida e às mudanças sociais. A separação entre o desenvolvimento biológico e social permite verificar-se que, apesar de os organismos amadurecerem rapidamente, o mesmo não acontece com o cérebro, que só alcança a maturação social perto dos 20 anos.

No mundo atual, a percepção das regras do mundo adulto não é fácil, dado que os modelos não são tão claros, alguns modelos de comportamento seguidos pelos adolescentes não refletem uma conduta social tão linear e confiável como nas sociedades do passado, e essa maior complexidade dificulta a previsão do futuro. É perceptível, através de uma busca mais abrangente, seja em livros, periódicos científicos ou na internet, que a literatura dispõe de inúmeras teorias que estudam o adolescente buscando explicá-lo em termos psíquicos, sociais e somáticos, enquadrando-o em uma etapa (um tempo) caracterizada por uma fase de crise. Isso devido às mudanças corporais e aos conflitos familiares que, uma vez superados, demonstram que o jovem está pronto e adaptado à estrutura do mundo adulto, da sociedade, do sistema dominante. Nessa perspectiva, a adolescência é a idade em que se começam a

enfrentar todos os dilemas de uma sociedade complexa pelo fato de, nessa fase, estar-se vivendo uma dimensão significativa e contraditória do processo de construção da identidade e da superação de uma fase.

Do ponto de vista psicobiológico, a adolescência é uma etapa do desenvolvimento que ocorre desde a puberdade até à idade adulta, isto é, desde a altura em que o conjunto das alterações psicobiológicas inicia a sua maturação até à idade em que existe um sistema de valores e crenças que se instalam numa identidade estabelecida (Lopes, 2001). Para Biaggio (2000), a adolescência é, sobretudo, um período de importantes decisões e transformações que irão ser primordiais para a construção da identidade do sujeito. Trata-se de um período de reorganização social e pessoal.

Na visão psicossociológica, a adolescência é considerada como um período que se prolonga por alguns anos, que se caracteriza de maneira similar ao ponto de vista psicobiológico. Assim, como fenómeno, passa a ser objeto de estudo de diversas áreas do conhecimento ou, como diria Foucault (2000), passa a ser objetivada. Quando isso acontece, a adolescência é colocada sob a égide dos especialistas, de discursos, saberes e poderes que lhe determinarão uma função. E nesse sentido, a educação, entendida como uma instituição construída com a preocupação de conformar crianças e jovens às normas e à moral, (re) assegura essa mesma objetivação por meio de suas práticas e discursos, nos quais a adolescência ocupa lugar de destaque em atenção, preocupação e prescrições médicas, psicológicas e pedagógicas.

Quando objetivada pelas ciências, a adolescência passa a ter o caráter natural e imutável dos objetos instituídos e movimenta os educadores na busca por respostas científicas que deem conta dessa fase, geralmente compreendida como conflituosa e difícil. No discurso de educadores e de especialistas, essa fase é também concebida considerando seus aspectos negativos.

Compreendida a partir de uma lógica científica e adjetivada na negatividade, a adolescência impõe uma tarefa, principalmente à educação, que é, de alguma forma, possibilitar que o sujeito adolescente reconheça significados que lhe permitam *fazer-se representar junto aos outros*; que lhe possibilitem *um lugar de autor* e se construir sobre *uma dívida e não sobre um devido* (Lesourd, 2004, pp.169-171), através do rompimento dessa cadeia significativa composta na *negatividade* e da compreensão de que a adolescência não é uma operação solitária, mas uma interação entre o sujeito e um momento social.

Segundo Aberastury e Knobel (2000), a adolescência se caracteriza por ser uma fase evolutiva na qual o indivíduo estabelece sua identidade adulta a partir de internalizações e identificações ocorridas na infância, principalmente na relação com seus pais, mas também levando em conta as influências da sociedade em que vive. A adolescência é compreendida, então, como um período evolutivo humano, que deve ser considerado a partir de aspectos biopsicossociais.

Ainda para esses autores, trata-se de uma fase que, de certa forma, obriga a pessoa a reformular os conceitos que tem a respeito de si mesma e que a levam a abandonar sua autoimagem infantil e a projetar-se no futuro da sua vida adulta. Nesse processo de formação e de aquisição da identidade, na adolescência, ocorre uma divisão, segundo Moujan (1986), em três períodos: o da puberdade, o da meia adolescência e o do final da adolescência.

a) Período da puberdade

O termo puberdade vem do latim *pubertas*, que significa a aproximação da idade adulta, em que é construído o novo esquema corporal caracterizado pelo amadurecimento sexual, fato esse conjugado a uma série de novos desafios, com implicações psicológicas e sociais, em que o indivíduo tem de lidar, de maneira responsável, com esses novos papéis e, emocionalmente, ajustar-se à sua identidade tão almejada e difícil de ser assumida.

Durante essa etapa, o adolescente pode ter alterações em relação à percepção do próprio corpo, apresentar fadiga, somatizações e, até mesmo, desenvolver quadros como anorexia, bulimia e outros. O sentimento de identidade característico desse período é a *unidade*, que vai sendo formada a partir da sua necessidade de integrar-se e diferenciar-se no espaço como uma unidade que interage. Todo esse processo resulta na configuração da identidade do *ego corporal*.

b) Meia adolescência

No período da meia adolescência, é construído o novo mundo interno, quando ocorrem mudanças de ideias, de metas e de pensamentos. Conseqüentemente, ocorre a mudança do pensamento concreto para o abstrato, e o adolescente elabora novas teorias, especulações e reflexões, apresentando como condutas típicas desse período os sonhos diurnos e os jogos de palavras. Nessa etapa, o adolescente pode apresentar frieza do pensamento, grandes teorias, flutuações entre identidade negativa e pseudoidentidade. O sentimento de identidade característico desse período é a *continuidade* e vai sendo formado a partir da sua necessidade de integrar-se e diferenciar-se no tempo. Todo esse processo resultará na configuração da identidade do *ego psicológico*, que requer que as identificações infantis se transformem em identificações adultas.

c) Final da adolescência

No período do final da adolescência é quando se dá a construção do novo mundo social, com o apoio das identidades já adquiridas, o que proporciona ao adolescente perceber que os outros já não o percebem como antes. As condutas típicas desse período são: busca de reconhecimento entre o grupo de pares e entre os adultos; ingresso em atividades sociais, políticas e profissionais.

Nessa etapa, o adolescente pode ter alterações no que diz respeito à percepção dos objetos externos, por exemplo, troca de objetos de amor, necessidade de pertencer a grupos novos e, às vezes, marginais, tendência à submissão ou ao despotismo e outros. O sentimento de identidade característico desse período é a mesma idade, o qual vai sendo formado a partir da necessidade do adolescente de reconhecer a si mesmo no espaço e no tempo e de ser reconhecido pelos demais. Todo esse processo resulta na identidade do ego social, que requer a reconciliação entre o conceito que tem de si mesmo e a imagem reconhecida pelos outros.

Outeiral (2003) também divide a adolescência em três fases de início e fim, que não se apresentam muito precisas, e em que algumas características se confundem, e outras não. Tais fases são:

- ✓ Adolescência inicial (dos 10 aos 14 anos) – caracterizada, sobretudo, pelas transformações corporais e alterações psicológicas;
- ✓ Adolescência média (dos 14 aos 17 anos) – apresenta como elemento central as questões relacionadas à sexualidade;
- ✓ Adolescência final (dos 17 aos 20 anos) – observam-se, nessa fase, diversos elementos, como o estabelecimento de novos vínculos com os pais, a questão profissional, a aceitação do novo e dos processos psíquicos do mundo adulto.

A aquisição da identidade irá exigir também do adolescente a elaboração de lutos. Aberastury e Knobel (2000) consideram a existência de três tipos de luto na adolescência: o primeiro é o luto pelo corpo infantil, em que o adolescente tem que aceitar passivamente o fato de seu corpo estar passando por modificações biológicas que lhe trazem uma diferente aparência externa inédita e conflitante para ele; o segundo processo é o luto pela quebra da dependência familiar. Não poder mais manter sua relação de dependência infantil e de ser incapaz de tornar-se totalmente independente é o que caracteriza essa etapa; o último luto que

o adolescente enfrenta é o da perda de uma fantasia que era vivida desde a mais tenra idade: a da família ideal. Toda essa situação de transformações e de constituição de uma identidade própria, atravessada por crises, irá gerar sentimentos de angústia, medo e incerteza.

Ainda segundo estudos realizados por Levisky (2001), a síndrome da adolescência normal se caracteriza por: 1) busca de si mesmo e da identidade; 2) tendência grupal; 3) necessidade de intelectualizar e fantasiar; 4) crises religiosas que podem ir desde o ateísmo até o misticismo; 5) desorientação temporal quando o pensamento adquire as características de pensamento primário; 6) evolução sexual manifesta, do autoerotismo até a heterossexualidade genital adulta; 7) atitude social reivindicatória, com tendências anti ou associas de diversas intensidades; 8) contradições excessivas em todas as manifestações da conduta; 9) separação progressiva dos pais; 10) constantes flutuações do humor e do estado de ânimo.

A base fundamental para a constituição da identidade da adolescência é, na visão de Lemos (2001), os questionamentos e as rupturas com os modelos significativos, pois o adolescente é, antes de tudo, um antiadulto desafiador, que repudia tudo o que se relaciona à infância, destruindo e reconstruindo os modelos adultos que lhe foram apresentados até então.

Bandura (1964) assevera que, mesmo não ocorrendo pressões e inúmeras mudanças biopsicossociais e comportamentais, a noção de adolescência, como um período tempestuoso, constitui-se em um mito, uma vez que os adultos enfatizariam mais as modas e as excentricidades dos jovens e as suas manifestações de rebeldia do que a obediência.

Leal (2001) cita a importância de pesquisas que busquem compreender melhor os estressores sociais, com os quais os jovens vêm tendo que lidar: fracasso escolar, exames vestibulares, escolha de uma profissão, competitividade, separação de pais, inserção no

mundo de trabalho, conflitos familiares, entre outros que são fortes suscitadores de tensão psicológica.

Conforme observado, a adolescência é uma fase repleta de mudanças nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, que favorecem às flutuações de humor e às mudanças expressivas no comportamento, propiciando que esse seja um período de vulnerabilidade para a instalação da sintomatologia depressiva. Dessa forma, os afetos depressivos podem aparecer como uma resposta a situações reais, através de uma reação vivencial depressiva, quando diante de fatos desagradáveis, aborrecedores, frustrações e perdas. Trata-se, nesse caso, de uma resposta a conflitos íntimos e determinados por fatores vivenciais e, por isso, denominada depressão reativa, ou seja, em reação a alguma coisa real e acontecida, a uma fonte exógena que pode ser casualmente relacionada àquela reação (Lima, 2004).

Assim, situações no âmbito psicossocial, tais como: crise financeira na família, doença limitante, rompimentos amorosos e frustrações de planos futuros são fatores relacionados a quadros ansiosos e depressivos, que podem afetar diretamente a qualidade de vida. De modo geral, os adolescentes, por apresentarem personalidades em formação, ao se depararem com várias situações novas e pressões sociais, com um mundo moderno que se torna cada vez mais complexo, competitivo, exigente, têm dificuldades para lidar com as necessidades de adaptação com que se deparam diariamente, o que contribui para o surgimento de flutuações do humor, mudanças expressivas no comportamento, bem como transtornos emocionais, como a depressão.

Segundo Coutinho e Saldanha (2005), a manifestação dos sintomas depressivos aumenta com a idade, chegando mesmo a triplicar dos 10 aos 14 anos, sendo que 3% a 15% dos adolescentes apresentam sintomas depressivos moderados e severos, semelhantes, muitas vezes, aos apresentados pelos adultos, embora com características próprias dessa fase. As autoras também observam que a existência de fatores estressantes de ordem psicológica,

biológica e social, no ambiente escolar, poderão interferir na saúde mental do adolescente, causando aumento de tensão, diminuição da memória e da velocidade de reação, irritabilidade, sonolência, aumento de erros, decréscimo do planejamento organizacional, do interesse e da concentração, o que pode levá-lo a reagir através de uma manifestação psicopatológica. Alguns indivíduos podem desenvolver quadros francamente depressivos, com sintomas de descontentamento, confusão, solidão, incompreensão e atitudes de rebeldia. Esses quadros podem ainda ter implicações negativas no desempenho acadêmico das pessoas que atravessam essa fase.

Outras consequências da depressão no desempenho acadêmico de estudantes, também elencadas por Coutinho e Saldanha (2005), e que podem refletir negativamente no desempenho acadêmico do adolescente são: perda de tempo na sala de aula, baixa produção acadêmica, desinteresse na escola e dificuldades de relacionamentos interpessoais.

Embora existam inúmeros estudos acerca da adolescência, muitos problemas ainda são enfrentados para que se possam obter dados fidedignos a respeito da realidade epidemiológica da depressão em adolescentes brasileiros, sendo que o maior obstáculo consiste no fato de serem encaminhados para profissionais de saúde generalista, e não, a médicos específicos da área. Isso acarreta diagnósticos, muitas vezes, errôneos.

CAPÍTULO 3- DEPRESSÃO: UM FENÔMENO EM EXPANSÃO

3.1 UM RESGATE SÓCIO-HISTÓRICO DO FENÔMENO DA DEPRESSÃO

O termo depressão é originário do latim (baixar) e *premere* (pressionar), ou seja, *deprimere*. Literalmente, significa “pressão baixa”, expressão que tem sido registrada desde a Antiguidade. Segundo Maldonato (2006), Kaplan, Saddock e Grebb (2006), no Antigo Testamento, já havia referências relativas à doença, em especial, quando trata da história do Rei Saul, assim como em *Ilíada* de Homero, com o suicídio do personagem Ájax, que vivia em alternâncias no seu estado de espírito, chegando ao suicídio.

Solomon (2002), Mello e Mello (2005), Rudinesco e Plon (2000) e Maldonato (2006) referem que a depressão já era percebida pelo “Pai da medicina”, Hipócrates, como uma doença do cérebro, que deveria ser tratada com remédios por via oral. A prática da medicina grega era fundamentada na teoria dos quatro humores e levava em consideração que o temperamento era uma consequência desses quatro fluidos corporais: fleuma, bile amarela, sangue e bile negra. Esses fluidos, quando em equilíbrio, manteriam o corpo em um estado saudável, porém, caso houvesse um aumento da bile negra - em grego, *melaina chole* - (*melanos* = negro e *colis*, haveria um desequilíbrio, fazendo com que aparecesse a melancolia = bile), forma como a depressão era conhecida naquela época.

Ainda segundo Solomon (2002) e Mello e Mello (2005), o estado de melancolia era descrito por Hipócrates como aversão a comida, insônia, irritabilidade, tristeza, ansiedade, tendência ao suicídio, inquietação, seguidos de um medo prolongado. Esses sintomas eram associados por ele ao outono.

Do Século IV ao I a.C., a ciência médica e a filosofia deram passos conjuntamente, e a melancolia passou a ser encarada como destino universal de toda pessoa. No Século II a.C., surgiram novos estudos em relação à depressão, como os de Aretas, da

Capadócia, que estudava a mania e a depressão como doenças associadas e separadas, descrevendo o indivíduo melancólico como isolado, com medo de ser perseguido, portador de ideias supersticiosas, de doenças imaginárias, desejoso de morrer, com cansaço extremo. Para Capadócia, haveria também pessoas propensas à tristeza, como por exemplo, velhos, obesos, fracos ou solitários, que seriam os mais suscetíveis de apresentar depressão de maneira grave (SOLOMON, 2002).

A partir do Século I a.C, Neorodato de Nicomédia, em consonância com os pensamentos empiristas dos filósofos e dos primeiros médicos, recomendava aos depressivos o mesmo heléboro receitado por Hipócrates além de um autoexame, ginásticas, viagens, massagens e água mineral.

Cláudio Galeno (129-199 d.C.) procurou chegar a uma síntese neurológica e psicológica dos estudos realizados anteriormente e, a partir da observação dos delírios melancólicos de seus pacientes, verificou a predominância de medo e de desalento. A melancolia poderia ser fruto de uma lesão cerebral ou decorrente de fatores externos que afetariam o cérebro (Solomon, 2002).

Posteriormente, na Idade Média, mesmo com o predomínio da medicina de Galeno, o domínio da Igreja Católica no Ocidente fez com que as ideias médicas entrassem em conflito com as religiosas. Passou-se, então, a utilizar cada vez menos os tratamentos psicofármacos, pois a insanidade começou a ser vista como uma punição divina aos pecadores. Segundo Santo Agostinho, por exemplo, a depressão é uma possessão demoníaca e, se esse demônio não pode ser exorcizado, o doente deve desaparecer. Devido à crença existente de que a melancolia representava um afastamento de tudo o que era divino, as pessoas depressivas, no tempo da inquisição, eram multadas ou aprisionadas por causa de seus pecados (Solomon, 2002). Foi, inclusive, organizada uma lista de pecados mortais pela Igreja e, entre eles, destacava-se a acedia (preguiça), pois, diferentemente da tristeza, que

conduz o homem devoto a Deus e ao arrependimento dos próprios pecados, a acedia apresentava sintomas depressivos como exaustão, apatia, tristeza, desalento, inquietação, e por isso, era diagnosticada como aflição da alma. A depressão passa a ser vista, então, como algo abominável ou pecado muito grave (Amaral, 2006).

Com o surgimento do Renascimento, houve inúmeras mudanças em relação à depressão. Assim, o transtorno que, na Idade Média, fora visto como pecado e maldição, passou a ser encarado como uma doença característica de indivíduos melancólicos. Amaral (2006) assevera que o escritor e filósofo, Marsílio Fiscino (1433-1490), afirmava que o pensador profundo ou o artista necessitavam mais de um contato maior com a melancolia do que os homens comuns, pois a mente se aperfeiçoava cada vez mais à medida que se afastava do corpo, constituindo-se um pré-requisito para a inspiração.

A melancolia entrava em “moda” no Renascimento. Na Itália, por exemplo, todos aqueles que acreditavam ser gênios queriam ser melancólicos e, não sendo isso possível, passavam a fingir melancolia, o que fez com que surgisse, no final do Século XVI, um protótipo social na classe alta de indivíduos de olhos sombrios, carregados de sofrimento, de pouca conversa, descabelados, tristes e irritáveis. Assim, a melancolia era bem aceita, desejada pelas pessoas, principalmente as da aristocracia, por ser considerada uma manifestação de genialidade (Solomon, 2002).

Foi no Século XVII que surgiu Robert Burton, considerado o “maior defensor da causa da melancolia” (Solomon 2002, p.279) em toda a história. Mello e Mello (2005) ressaltam que Burton classificou diversas formas de melancolia amorosa e de luto. É nessa época em que o termo (em inglês) é utilizado com sentido médico, portanto, não se associava mais à teoria dos humores (bile negra), apesar de o nome ter sido mantido.

Burton não considerava que estados de apatia, tristeza, sofrimento, solidão, descontentamento, entre outros, determinassem que o indivíduo apresentava melancolia,

porque entendia que essas características podiam se manifestar em qualquer ser humano. E como principal forma de tratar esse mal, ele apontava a tentativa de ir “diretamente às paixões e perturbações da mente” e recomendava que a pessoa melancólica se “abrisse” com os amigos e buscasse “alegria, música e companhia alegre” (Solomon, 2002 p. 281).

Na “Idade da razão”, ainda segundo Solomon (2002), ao se privilegiarem as explicações científicas do corpo e da mente, as doenças mentais e a melancolia foram consideradas como incapacidades do indivíduo de dominar e controlar, de forma racional, suas emoções. Não utilizando a racionalidade, as pessoas eram consideradas inapropriadas para a convivência social, devendo, portanto, ser afastadas. Os hospitais para os mentalmente perturbados, embora já existissem desde há muito, passaram a ser o lar dos doentes alienados desprovidos de razão, cuja recuperação era considerada impossível. Os doentes eram submetidos a maus-tratos e a terapias torturantes para que se mantivesse sob controle sua doença e sua agressividade.

“Entre os anos de 1700 e 1800, autores como Pinel, Falret, Billarger, Kraft-Ebing e Kraepelin tiveram grande contribuição para uma sistematização dos distúrbios de humor influenciando assim, o pensamento psiquiátrico mundial até primeira metade do Século XX” (Maldonato, 2006 , p. 43).

Segundo Peres (2003), Philippe Pinel empreendeu a primeira tentativa de uma categorização psiquiátrica acerca da melancolia. Seu estudo baseava-se, principalmente, na observação clínica e na busca de agrupar seus sintomas. Posteriormente, seu discípulo, Esquirol, desenvolveu descrições clínicas mais detalhadas, destacando as monomanias que apresentavam, de um lado, uma vertente de mania sem delírio e uma parte de melancolia e, de outro, a lipemania. Nesse período, definiu-se a melancolia como um quadro comportamental de tristeza, abatimento, desgosto de viver, que se faz acompanhar de um delírio ou ideia fixa.

Segundo Mello e Mello (2005), Emil Kraepelin, psiquiatra alemão, descreveu, em 1899, através de seus estudos, a psicose maníaco-depressiva (em que se incluía a melancolia),

em que havia alternâncias no estado de humor, com períodos de exaltação e depressão, sendo que, entre as fases, haveria períodos normais. Pode-se observar, em sua descrição, que os sintomas são utilizados até os dias atuais, para se diagnosticar o transtorno bipolar. Kraepelin deu suporte para o que temos hoje como transtorno bipolar e depressão unipolar, diferenciando-os do que ele chamou de demência precoce (veio a ser chamada de esquizofrenia). Em função de sua metodologia e observação clínica meticulosa e dos seus estudos, ele é considerado autor do primeiro Compêndio de Psiquiatria.

Durante o Século XX, a ascensão, cada vez mais crescente, da temática da depressão no contexto da Psiquiatria é enorme, e os investimentos financeiros aplicados nas pesquisas com psicofármacos e posterior divulgação das descobertas como eficazes são consideráveis.

Os manuais psiquiátricos sugerem uma classificação e uma semiologia dos *transtornos do humor* - DSM-IV (APA, 1995) ou *transtornos afetivos* (WHO, 2006), cujas condições clínicas para identificá-los são diagnosticadas pela presença de sintomas que se manifestam em certa intensidade, frequência e duração (Pontes, 2003). O consenso a que chegaram os manuais de psiquiatria eliminou a dicotomia existente entre a depressão neurótica e a depressão psicótica, e a ideia de gradação e de continuidade das manifestações clínicas apresentadas nos transtornos de humor passou a predominar (Rodrigues, 2000).

No decorrer da história, a depressão tem sido classificada e conceituada de diversas maneiras, adotando parâmetros, autores e escolas distintas. Contudo, mesmo com o surgimento dos manuais, eles não tratam da diferença que há entre a depressão no adulto, nos adolescentes e em crianças, o que leva a inferir que, na área de diagnóstico e de avaliação da depressão, na fase do desenvolvimento da criança e da adolescência, é preciso evoluir, pois, como afirma Pereira (2007), apesar de o quadro clínico do episódio de depressão ser praticamente o mesmo nas fases de desenvolvimento, é importante destacar que há muitas

diferenças próprias de cada uma dessas fases, que moldam as manifestações clínicas da depressão, perfazendo, assim, grupos de sintomas predominantes em cada faixa etária.

Após esse resgate histórico, serão abordados também aspectos como a epidemiologia da depressão, o conceito, suas características e a etiologia, bem como um breve resgate de alguns artigos publicados a respeito da depressão e o contexto escolar, sobretudo os relacionados às estratégias de aprendizagem.

3.2 PERSPECTIVAS CONCEITUAIS E EPIDEMIOLÓGICAS SOBRE A SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA NA ADOLESCÊNCIA

A depressão, como uma manifestação de sofrimento ou mal-estar do sujeito, tem sido considerada por muitos como uma doença dos tempos modernos ou, ainda, como a “doença do Século” que atinge um grande número de pessoas mundialmente. Nas últimas três décadas, a depressão tem se configurado como um dos mais graves problemas de saúde coletiva, portanto, considerada um dos transtornos emocionais mais prevalentes (Coutinho & Saldanha, 2005).

Calil e Guerra (2004) trazem dados da WHO referente ao ano de 2004, em que se estimou que 121 milhões de pessoas sofrem de depressão, e projeta que, em 2020, essa doença será a segunda causa de incapacitação física e profissional, perdendo apenas para as doenças cardíacas isquêmicas. Essa projeção leva em conta registros históricos, políticas de saúde e perspectivas de tratamento.

As causas do transtorno de humor são, segundo Kaplan, Sadock e Grebb (2006), desconhecidas, em função de uma heterogeneidade muito grande entre os pacientes. Porém tem sido possível perceber que muitos fatores podem ser os causadores da depressão, os quais estão relacionados com fatores biológicos, genéticos e psicossociais.

Solomon (2002) também ressalta que muitos estudos, em várias áreas do conhecimento, atribuem esse aumento dos casos de depressão às condições de vida e à forma como a sociedade contemporânea está estruturada. As exigências em relação ao sucesso profissional, um grande estímulo ao consumo dos bens produzidos pelo capital, a globalização, entre outros, são alguns fatores, entre muitos outros, que acabam exercendo uma pressão cada vez maior sobre o indivíduo, em função de ter que ser cada vez mais eficiente, competitivo, individualista, como consequência, o sujeito estaria destinado a sofrer variados estados de tristeza, estresse e dor psíquica.

Peres (2003) afirma que as mudanças aceleradas que vêm ocorrendo na sociedade provocam insegurança e agravam o sentimento de desamparo bem como as constantes crises econômicas, a falta de emprego, as alterações no conceito de trabalho, as guerras e revoluções, as ideologias que se esfacelam, as modificações nas relações e nas estruturas familiares, a liberdade sexual, a fragilização das figuras paternas e de autoridade e a expansão do mundo virtual culminam em um ser cada vez mais solitário, no uso abusivo de drogas, na miséria, enfim diante de tantos aspectos, fica relativamente fácil constatar que vivemos um momento, segundo a autora, fortemente depressor.

Assim sendo, a depressão estaria diretamente relacionada ao contexto sócio-histórico no qual o sujeito está inserido, o que resulta em profundas e rápidas transformações por que as sociedades passaram.

Por outro lado, a Ciência, especificamente a neurociência e a psiquiatria, atribuem, como causa da depressão, um desequilíbrio bioquímico dos neurônios responsáveis pelo controle do estado de humor. Assim, a depressão, partindo do ponto de vista biológico, é considerada como uma disfunção dos neurotransmissores acarretada pela herança genética e por falhas em áreas cerebrais específicas, o que se denomina de depressão endógena, porque é geneticamente transmitida.

Na perspectiva psicológica, a depressão pode estar associada a algum aspecto comprometido da personalidade, baixa autoestima e autoconfiança. No âmbito social, pode ser vista como uma inadaptação e uma possível consequência da violência de mecanismos culturais, familiares e escolares (Coutinho & Saldanha, 2005).

Um fato de suma relevância é que, embora tenha uma estrutura com esquemas bem claros, sua etiologia e sua sintomatologia complexa impedem, não raras vezes, o reconhecimento precoce de um quadro depressivo, dificultando uma intervenção preventiva, e certamente, influenciando também nos índices epidemiológicos que poderão ser ainda maiores (Coutinho, 2001).

Segundo Ballone (2005), o termo depressão pode significar um sintoma que faz parte de inúmeros transtornos emocionais sem ser exclusivo de nenhum deles; pode significar uma síndrome traduzida por muitos e variáveis sintomas somáticos; ou, ainda, uma doença, caracterizada por marcantes alterações afetivas.

Calil e Guerra (2004) referem que a depressão caracteriza-se, essencialmente, por alterações de humor e do afeto, em geral, acompanhadas de sintomas cognitivos, comportamentais e até físicos. No entanto, são inúmeros os sintomas que os indivíduos costumam apresentar e, muito comumente, queixar-se.

3.2.1 Sintomatologia da depressão na adolescência

Ao considerar que o diagnóstico da depressão, como classificação nosográfica, fundamenta-se em sintomas que, em geral, iniciam na adolescência e configuram um transtorno clínico por volta da terceira década de vida, a possibilidade de observar precocemente a ocorrência de seus indicadores viabiliza um atendimento profilático. Contudo, Segundo Bahls e Bahls (2002), o interesse científico pela depressão em adolescentes é

recente, pois, até a década de 70, acreditava-se que a depressão nessa faixa etária fosse rara. Entretanto, apesar de, atualmente, a depressão na adolescência ser considerada comum, o reconhecimento de sua existência nessa fase só ocorreu oficialmente a partir de 1975, pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH). O reconhecimento da patologia no grupo infanto-juvenil ocasionou, nas décadas de 1970 e 1980, um avanço no desenvolvimento de entrevistas diagnósticas estruturadas, semiestruturadas e escalas de avaliação da depressão (Coutinho, 2001).

O avanço nas pesquisas proporcionou a observação de que a depressão, na infância e na adolescência, é de natureza duradoura, pois afeta múltiplas funções e causa significativos danos psicossociais (Bahls, 2002). Além disso, é uma doença debilitante e recorrente, que envolve um alto grau de morbidade e mortalidade. Por essa razão, o interesse da saúde coletiva por esse tema vem crescendo, embora, ainda frequentemente, não seja reconhecida nem tratada nos moldes adequados (Coutinho, 2006).

A depressão em adolescentes parece estar ocorrendo cada vez mais cedo e com muita frequência. Para Versiani (2000), que enfatiza a importância do processo de maturação das diferentes fases do desenvolvimento dos sinais e comportamentos depressivos, os sintomas desse mal variam de acordo com a idade. Portanto, há uma caracterização sintomatológica predominante por faixa etária.

A respeito da apresentação dos sintomas nessa fase do desenvolvimento, Bahls (2002) afirma que mais de 80% dos jovens deprimidos apresentam humor irritado, perda de energia, apatia, desinteresse, retardo psicomotor, sentimentos de desesperança e de culpa, perturbações do sono – principalmente hipersonia. Barros et al (2006) também alertam para as alterações de apetite e de peso, isolamento e dificuldade de concentração. Outras características próprias dessa fase são: prejuízo no desempenho escolar, baixa autoestima, queixas físicas (dor abdominal, fadiga e cefaleia), ideias e tentativas de suicídio (Golfeto,

2000), como também graves problemas de comportamento, especialmente o uso abusivo de álcool e drogas (Bahls, 2002).

Coutinho e Saldanha (2005) também trazem elementos constituintes da reação depressiva, tais como: atitude de retraimento e desinteresse, insatisfação ou pouca capacidade de sentir prazer, sentimento de rejeição, incapacidade de pedir ou receber ajuda, insônia ou distúrbios do sono, atividades e dificuldade de estabelecer contatos, progressivo mau rendimento escolar, comportamento agressivo, falta de energia, queixas sintomáticas vagas, fobia escolar e transtornos alimentares.

Sintomas como tristeza, retraimento, desinteresse, pouca capacidade de sentir prazer também são ressaltados por Coutinho e Saldanha (2005), que fazem um alerta para a expressão manifesta do rosto triste, do choro fácil, da indiferença, pensamento de morte e ideias suicidas. Eles salientam, principalmente, o fato de esses sinais se encontrarem presentes como critérios de indicação da depressão no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -DSM-IV*).

É preciso, no entanto, considerar que a ocorrência de sintomas depressivos não remete necessariamente a um diagnóstico psiquiátrico, tendo em vista que o humor deprimido pode ser compreendido como um contínuo que varia desde uma resposta adaptativa até a incapacitação física e cognitiva e a prática de comportamentos suicidas (Reppold & Hutz, 2003).

Embora os sintomas depressivos sejam muitos, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - American Psychiatric Association, 2002*) classifica os transtornos do humor segundo critérios diagnósticos de necessidades dos sintomas, cujos resultados são: (1) sofrimento clinicamente significativo para o indivíduo, ou, nos casos egossintônicos, um prejuízo em seu

funcionamento social e ocupacional e (2) não serem derivados dos defeitos fisiológicos de uma substância psicoativa nem de uma condição médica geral.

Assim, segundo Del Porto (1999), sentimentos depressivos podem ser caracterizados como respostas normais a situações estressantes e só são considerados psicopatológicos quando se estendem demasiadamente ou quando se apresentam desproporcionais ao evento causador. A depressão, sob essa ótica, difere das reações de luto, que podem durar até dois anos e, em geral, não manifestam inibição psicomotora e sentimentos de culpa inapropriada.

Os transtornos depressivos, tanto em crianças quanto em adolescentes ou adultos são compreendidos como entidades fenomenológicas iguais, ou seja, os mesmos critérios diagnósticos são aplicados de modo confiável a essas três faixas etárias (Scivoletto & Tarelho, 2002).

Para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*American Psychiatric Association*, 2002), os sintomas básicos de um episódio depressivo maior (Tabela 1) são os mesmos para crianças, adolescentes e adultos, mesmo que se observe a ocorrência de mudanças em alguns sintomas característicos de acordo com a idade.

Tabela 1- Sintomas do episódio depressivo maior

1. Humor deprimido ou irritável
2. Interesse ou prazer diminuídos
3. Perda ou ganho significativo de peso, diminuição ou aumento do apetite
4. Insônia ou hipersonia
5. Agitação ou retardo psicomotor
6. Fadiga ou perda de energia

7.Sentimento de inutilidade, culpa excessiva ou inadequada

8.Capacidade de pensar ou de se concentrar-se diminuída ou indecisão

9.Pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida, tentativa ou plano suicida.

Fonte: DSM-IV

A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças, que adotou a denominação "Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde", conhecida, na prática, como CID-10, aborda os transtornos depressivos de forma idêntica em todos os grupos etários, havendo apenas a seguinte citação específica a respeito da adolescência: “apresentações atípicas são particularmente comuns no episódio depressivo na adolescência”, sem contudo, fornecer maiores explicações.

Há, no entanto, muitos autores na área dos transtornos depressivos que ocorrem na infância e na adolescência, como é o caso de Birmacher et al. (1996), Versiani, Reis e Figueira (2000), para quem os sintomas podem variar com a idade. Eles destacam a importância do processo de maturação das diferentes fases do desenvolvimento dos sintomas e comportamentos depressivos. Segundo esses autores, existe apenas uma caracterização sintomatológica predominante por faixa etária.

Segundo Coutinho (2001) e Coutinho e Saldanha (2005), nessa fase do desenvolvimento, é comum a depressão ser mascarada por sintomas como ataques de raiva, comportamentos delinquentes, hostilidade, autoagressão, constante exposição a situações de risco, uso de drogas, queixas predominantes de dor crônica, obesidade e letargia.

A prática clínica tem visto que a probabilidade de manifestação dos sintomas depressivos aumenta com a idade, por volta dos 10 aos 14 anos. Esse percentual pode triplicar ao ponto de sua frequência ser, atualmente, uma das mais altas entre as faixas etárias, quando

comparada ao do jovem adulto, sendo que 3 a 15% dos adolescentes apresentam sintomas depressivos moderados e severos (Dultra, 2001).

Outro ponto a ser observado quanto à sintomatologia depressiva diz respeito às questões de gênero, uma vez que Sadler (1991), Baron e Campbell (1993) chamam à atenção para a diferença da manifestação depressiva entre adolescentes do sexo feminino e do masculino, salientando que as meninas relatam mais sintomas subjetivos, como sentimentos de tristeza, vazio, tédio, raiva e ansiedade, além de demonstrarem mais preocupação com popularidade, aparência e diminuição da autoestima. Já os meninos se queixam mais de sentimentos de desprezo, desdém e desafio e problemas relativos à conduta, como por exemplo: faltar às aulas, fugir de casa, roubar, praticar atos de violência e usar substâncias químicas. Nesse ponto, o uso abusivo da bebida alcoólica pode ser um forte indicador de depressão.

Sadler (1991) acrescenta que não devem ser vistos como normais os estados de humor irritável ou depressivo duradouro e/ou excessivo, os períodos prolongados de isolamento ou hostilidade com a família e com os amigos, o afastamento da escola ou a queda acentuada no rendimento escolar, bem como o afastamento de atividades grupais e o uso excessivo de substâncias químicas (álcool e drogas), violência física, promiscuidade sexual e fugas de casa.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -DSM-IV*) classifica também os sintomas mais presentes na depressão em adolescentes (Tabela II) que comprometem o desempenho e não podem ser explicados pelo uso de drogas ou por causas ambientais claras, tal como o luto. No entanto, as manifestações iniciais podem ser mais leves e podem, inclusive, acontecer de nem todos os sintomas estarem presentes (APA, 2002).

Tabela 2– Sintomas da depressão em adolescentes

-
10. Irritabilidade e instabilidade
 11. Humor deprimido
 12. Perda de energia
 13. Desmotivação e desinteresse importante
 14. Retardo psicomotor
 15. Sentimentos de desesperança ou culpa
 16. Alterações do sono
 17. Isolamento
 18. Dificuldades de concentração
 19. Prejuízo no desempenho escolar
 20. Baixa autoestima
 21. Ideias e tentativas de suicídio
 22. Problemas graves de comportamento

Fonte: DSM-IV

O fato de o sujeito acometido pela depressão se encontrar com a autoestima negativa dificultará, ainda mais, sua relação com o cotidiano e a aceitação de um diagnóstico de depressão. A sintomatologia descrita, muitas vezes, é confundida com condições “normais” de vida e de personalidade, o que acaba agravando mais ainda o quadro, em função da não identificação adequada da patologia. Por isso é importante que a sociedade conheça a sintomatologia depressiva, sobretudo, a escola e a família, para que essa patologia, que

acomete, nos dias atuais, um percentual expressivo dos adolescentes possa ser diagnosticado e tratado precocemente, evitando, assim, maiores danos à saúde, inclusive, a morte.

3.2.2 Formas de tratamento

Desde a antiguidade, observam-se diversas formas de se “aliviar” o sofrimento causado pela depressão. Originariamente, a terapêutica visava à expulsão do problema, com o objetivo de aliviar o cérebro. Para isso, eram realizados exercícios físicos e ingeridas poções de raízes fortes para que esse excesso de humor fosse eliminado (Peres, 2003).

Posteriormente, no Século XIX, passaram a ser utilizadas algumas drogas, como ópio, haxixe e cocaína, com o objetivo de aliviar o mal-estar da modernidade, porquanto proporcionavam bem-estar e ainda facilitavam vínculos sociais mais prazerosos, conseqüentemente, reduzia a solidão e a infelicidade. “Para alguns pesquisadores da psicofarmacologia, essas drogas representavam um verdadeiro modelo na procura de antidepressivos” (Peres, 2003 p. 52)

Freud, ainda segundo Peres, também abordava a questão da medicação como uma espécie de “fuga” de um determinado sofrimento, ou melhor, um caminho mais rápido, fácil e eficaz para a busca da felicidade. As primeiras medicações utilizadas foram os inibidores da monoaminoxidase (IMAO). É importante ressaltar que, para esse tipo de droga, é exigida uma dieta por parte do paciente, pois a ingestão de alguns alimentos que contêm uma substância chamada tiramina, como queijos, chocolates, salsichas, entre outros, pode levá-lo a desenvolver uma crise de hipertensão arterial.

Em seguida, na metade do Século XX (anos 50), surgiram os antidepressivos tricíclicos, que seriam: imipramina (Tofranil), amitriptilina (Tryptanol), noratriptilina

(Pamelor), clomipramina (Anbafрил). Apesar de apresentar grande eficácia, essas drogas também surtem efeitos colaterais, que provocam incômodos significativos.

Com o passar do tempo, foram criadas novas fórmulas de medicações que têm ações mais específicas (são mais seletivas) e efeitos colaterais menores (em relação aos tricíclicos e aos IMAO), sendo, portanto, mais aceita pelos pacientes. Essas drogas são denominadas de inibidoras da recaptção de serotonina (ISRS). São elas: fluoxetina (Prozac, Eufor, Verotina, Fluxene, Daforin), paroxetina (Aropax, Pondera, Cebrilin), citalopran (Cipramil, Citta, Alcytam), sertralina (Zoloft, Serenata, Assert, Tolrest), Fluvoxamina (Luvox) e Escitalopram (Lexapro). Contudo, o uso dessas drogas, com o passar do tempo, traz sérias consequências, entre elas, destacam-se: alterações do sono, aumento de peso e disfunções sexuais. Os efeitos colaterais mais comuns, no início do tratamento, são: vômitos, diarreias e náuseas (Peres, 2003). Segundo Solomon (2002), a eficácia dos medicamentos pode ser visualizada após duas a seis semanas de tratamento.

Melo e Melo (2005) e Souza (1999) asseveram que, no caso de não haver uma melhora do quadro depressivo, é indicada a realização de exames de sangue para que se avalie a dosagem da droga que, se estiver muito baixa, será necessário aumentá-la (essa é a causa mais frequente da não melhora do quadro). Se o quadro continuar o mesmo, o psiquiatra poderá fazer uma potencialização do antidepressivo, por meio da adição de outras medicações, como por exemplo, o lítio, hormônio tireoidiano. Finalmente, se preciso, deve-se trocar de antidepressivo.

Peres (2003) refere que o número de novas drogas vem aumentando rapidamente, e o consumo por um grande número de pessoas é realizado a partir de prescrição psiquiátrica. É importante salientar que a psiquiatria se baseia na descrição dos sintomas (redução do sujeito a sua sintomatologia), e se preocupa muito pouco com a etiologia e, menos ainda, com a história do paciente. Assim, é possível perceber que se dá muito valor à Ciência e, em

contrapartida, a subjetividade do indivíduo é desprezada, ignorada. Para essa autora, “Depositar em uma molécula a resolução da “dor de existir” nos parece uma proposta arriscada e simplista”.

Solomon (2002) e Mello e Mello (2005) referem que, a respeito do uso de medicamentos para o tratamento antidepressivo, a escolha deve recair naqueles que provoquem os melhores resultados (melhora na redução dos sintomas com respectivo bem estar) e que produzem os menores efeitos colaterais.

Conforme Souza (1999) é de suma importância destacar que o tratamento para depressão deve ser realizado com o paciente, e não, para o paciente, fazendo com que o profissional (médico) situe o paciente sobre sua patologia e as possíveis terapêuticas. Nesse tratamento, devem-se levar em conta aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Solomon (2002) ressalta que a depressão pode ser tratada de três formas: com terapias de fala (psicoterapia), de intervenção física, que seria a utilização de medicamentos, e com eletrochoque ou terapia eletroconvulsiva (TEC). O autor considera que a terapia e a medicação podem ser usados conjuntamente, de forma complementar, pois acredita que esse é o melhor caminho. Porém há casos, em que apenas uma ou outra terapia se faz necessária.

Solomon (2002) afirma que estudos realizados por Ellen Frank comprovaram que a psicoterapia não tem a mesma eficácia dos remédios para depressão, porém surte grande efeito no que diz respeito à sua não recorrência. Conclui, então, que a combinação desses dois tipos de tratamento tem trazido resultados mais significativos do que quando utilizado separadamente. Solomon (2002) e Brasil, Grohs e Peregrino (2006) ressaltam que há dois tipos de psicoterapia que têm proporcionado muito sucesso ao tratamento da depressão: a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e a terapia interpessoal (TIP).

Para Brasil, Grohs e Peregrino (2006), os terapeutas interpessoais focalizam as relações pessoais alteradas do paciente, que tanto causam como aumentam a depressão. Os

terapeutas cognitivo-comportamentais, por seu turno, ajudam os pacientes a modificarem os estilos negativos de pensamento e os comportamentos frequentemente associados à depressão.

Segundo Mello e Mello (2005), as psicoterapias têm apresentado grande eficácia em tratamentos de transtornos depressivos durante a fase aguda, eliminando os seus sintomas. Isso ocorre, principalmente, em casos considerados leves. Os mesmos autores relatam que, nesse tipo de tratamento, objetiva-se que o paciente identifique os seus conflitos, entenda-os e consiga lhes dar sentido. Além disso, deve repensar as imagens distorcidas que faz de si próprio e do meio em que vive e que consiga melhorar suas relações, para que consiga “enxergar” e compreender os sintomas de sua doença.

Souza (1999) refere que há diferentes formatos de intervenções psicoterápicas. Entre elas, destacam-se: a comportamental, a terapia breve, a terapia de família, entre outros. Todavia é de suma importância que sejam debatidas as questões relacionadas à mudança no estilo de vida de cada paciente, tendo como objetivo a melhora na sua qualidade de vida.

Mello e Mello (2005) abordam que a hospitalização pode ser necessária, em casos de grande risco de suicídio. Mendels (1972) também chama à atenção para a interação familiar que, se ocorrer de forma patológica, a solução seria a internação, pois, nesse caso, pode contribuir para a perpetuação da enfermidade.

Podemos perceber que as formas de tratamento são variadas, e dependendo do caso, poderá se indicada a psicoterapia ou a psicoterapia aliada ao medicamento. Todavia, é importante orientar o paciente depressivo a identificar as causas da depressão, bem como o apoio da família no processo de tratamento e da cura. E quando se trata de jovens com sintomas depressivos, o cuidado e a presença da família são ainda mais essenciais, tendo em vista as dificuldades inerentes à própria fase da adolescência, que podem potencializar mais ainda presença da depressão.

3.2.3 O impacto social e epidemiológico da depressão

O impacto social da depressão inclui tanto a incapacidade individual quanto o fardo familiar, a produtividade no trabalho, gastos com o tratamento farmacológico e médico e, finalmente, o prejuízo na qualidade de vida, quando comparados com portadores de outras doenças crônicas (Lima, 2004; Mello & Mello, 2005).

Na vida pessoal, o sujeito deprimido apresenta um comportamento de resignação. Costuma cancelar todos os compromissos e, geralmente, isola-se e fica sem vontade de fazer coisa alguma, nem mesmo comer ou fazer sua higiene pessoal. Essas pessoas sofrem por estarem incapacitadas de participar em atividades de estudo, trabalho e lazer, muitas vezes sentem-se discriminadas. Costumam se preocupar pelo fato de não poderem arcar com suas responsabilidades para com a família e com os amigos e temem ser um fardo para os outros. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE DINÂMICA, 2009).

Assim como a depressão afeta o indivíduo, sua família também tem seu funcionamento afetado, o que pode variar em grau de intensidade. Essas famílias se veem obrigadas não só a proporcionar o apoio físico e emocional como também a arcar com o impacto negativo da estigmatização e da discriminação por parte da sociedade. Os encargos que recaem sobre a família vão desde as dificuldades econômicas até as reações emocionais à doença, ao estresse, em função de um comportamento alterado, e ao comprometimento da rotina doméstica e restrição das atividades sociais.

Tendo em vista que o interesse científico pela depressão em adolescentes é, segundo Bahls (2002), recente, já que só teve início na década de 70, os estudos realizados no Brasil a respeito da presença da depressão nessa faixa etária são ainda escassos, o que dificulta o planejamento apropriado de estratégias preventivas na área de saúde mental e, conseqüentemente, o delineamento de políticas públicas juvenis.

Na década de 90, a World Health Organization (WHO) divulgou relatórios acerca da saúde mental e das consequências dos problemas mentais à população, demonstrando que a síndrome da depressão já atingia, pelo menos, 20% da população mundial, e que estava se tornando a cada dia mais comum nos adolescentes.

Quanto à ocorrência, o relatório da WHO também ressalta que a depressão pode ocorrer em episódios de longa duração ou apenas uma vez na vida de uma pessoa e a considera uma doença crônica, mais incapacitante do que males como diabetes ou insuficiência cardíaca.

O processo de reconhecimento da depressão, como extremamente preocupante para a saúde coletiva, foi concretizado na última década do Século XX, época em que foi considerada como a “doença do século”, pois se calculava que uma, em cada dez pessoas no mundo, sofreria desse mal (Bahls, 2002).

Atualmente, existe uma estimativa de que mais de 400 milhões de pessoas, em todo o mundo, sofrem de depressão. Relacionando esse transtorno à questão de gênero, pesquisas epidemiológicas, como as citadas por Wenzel et al (2005), vêm demonstrando que a depressão ocorre de forma diferenciada, sendo que as mulheres sofrem desse mal mais do que os homens - o risco de um homem sofrer da doença é de 11 %, enquanto que a mulher pode chegar a 18,6%. Isso porque, em alguns contextos, as mulheres parecem apresentar mais sintomas somáticos que os homens, e as diferenças em relação aos papéis sociofamiliares desempenhados por ambos os sexos e suas consequências psicológicas podem ser muito significativos para as diferenças entre eles, quando se tornam deprimidos, mesmo que não funcionem como fatores determinantes exclusivos.

Pesquisas como as realizadas por Barbosa e Gaião (2001) demonstram que a incidência de depressão tem se revelado bastante variável, e a prevalência pode mudar em função da diversidade de fatores regionais, econômicos e pessoais. A taxa de incidência pode

também sofrer variações, devido às particularidades na população estudada (população não clínica vs população clínica), nos diferentes métodos de avaliação (entrevista clínica vs questionários ou inventários de autorrelato, na definição de depressão (sintoma vs síndrome) e métodos para definir a evidência de depressão - critérios de diagnóstico).

Para o estudo da depressão infanto-juvenil, os instrumentos de medida psicológica estão sendo mais utilizados do que as entrevistas clínicas (Almeida *et al.*, 1995). É possível encontrar, na literatura científica, várias escalas, que têm como objetivo avaliar a depressão infanto-juvenil e auxiliar na elaboração do diagnóstico junto com outros dados clínicos, para investigar o grau de gravidade dos sintomas e acompanhar o resultado do tratamento (Moreno & Moreno, 2000).

As escalas mais utilizadas nesse processo são: a escala infantil B de Rutter (1967); a escala de autoavaliação para a depressão em crianças e adolescentes (DSRS), desenvolvida por Birmaher (1981); a escala para avaliação de depressão em crianças (CDRS-R), revisada por Poznanski, Freeman e Mokros (1985); a escala comportamental infantil A2 de Rutter (forma traduzida e adaptada por Graminha, 1994, 1998) e o inventário de comportamento da infância e da adolescência (CBCL), validado para o Brasil por Bordin *et al.* (1995).

É possível, no entanto, perceber que o inventário de depressão infantil (CDI), de Kovács (1983), vem sendo usado e citado de forma mais frequente, assegurando parâmetros psicométricos adequados, isto é, evidências de validade e precisão, o que permitindo traçar um perfil confiável de determinado grupo ou comunidade (Anastasi E Urbina, 2000; Pasquali, 2003).

Neste estudo, optamos pelo uso do CDI por causa da sua confiabilidade e pelo fato de que realizar entrevistas diagnósticas ou observações geralmente demandam a intervenção de um perito. As entrevistas, especificamente, podem requerer de uma a três horas (Brooks &

Kutcher, 2001). Esses aspectos tornam dispendioso e impraticável qualquer estudo de natureza social e epidemiológica, como é o caso da nossa pesquisa.

No que diz respeito à presença de sintomatologia depressiva, quanto à faixa etária, Coutinho (2001) afirma que, no Brasil, cerca de 1,5% das crianças sofrem de depressão, e entre os adolescentes, a incidência sobe para 8%. Em 1996, a *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* já detectava índices alarmantes na fase da adolescência e afirmava que cerca de 5% dos adolescentes da população geral sofre de um grau significativo de depressão.

Estudos epidemiológicos realizados no interior do estado da Paraíba por Barbosa e Gaião (2001), em uma amostra de 807 escolares, na faixa etária de 7 a 17 anos, em que eles utilizaram como instrumento o CDI, revelaram que a prevalência da sintomatologia depressiva foi bastante alta (22%). Foi constatada também uma incidência maior de casos nas faixas etárias entre 13 e 14 anos de idade.

Segundo Scivoletto e Tarelho (2002), o estudo da depressão, na infância e adolescência, passou a despertar maior interesse e preocupação dos profissionais de saúde porquanto essa patologia traz comprometimentos importantes nas funções sociais, emocionais e cognitivas e interfere no desenvolvimento, de maneira a afetar não só o sujeito, mas também sua família e o grupo com o qual se relaciona. A influência dos aspectos psicológico e social é importante tanto para a gênese propriamente dita dos estados depressivos quanto para o modo de apresentação dos sintomas e sua função nas relações sociofamiliares (Kalil, 2006).

Observa-se, então, que, no adolescente, o fenômeno da depressão é muito mais frequente do que se possa imaginar e que, sem dúvida, a depressão parece integrar fatores sociofamiliares, psicológicos e biológicos, e as diferentes teorias existentes a esse respeito não se excluem, mas se completam, contribuindo não somente para uma maior compreensão da natureza multicausal desse transtorno, mas também para a concepção do sujeito em sua totalidade biopsicossocial.

A seguir, será feita uma abordagem acerca da influência da depressão no contexto escolar, para que se possa compreender como esse transtorno pode interferir no comportamento e no rendimento escolar dos adolescentes.

3.3 A DEPRESSÃO NO CONTEXTO ESCOLAR

É na escola que, muitas vezes, os sujeitos manifestam os primeiros sinais depressivos, tanto através de oscilações do humor, das dificuldades de socialização e da participação nas atividades extra-classe quanto da presença de dificuldades no desempenho cognitivo e na motricidade, que irão exercer forte influência no rendimento escolar (Palitot, 2002). O contexto escolar é também, segundo Barbosa e Gaião (2001), muito favorável à realização de trabalhos de prevalência, sobretudo, pelo fato de que nele esses comportamentos se tornarão mais evidentes, porque o baixo rendimento escolar consiste em um dos primeiros sinais do surgimento de um possível quadro depressivo.

A prevalência de estudos a respeito dos transtornos psicoafetivos e psicossociais, no ambiente escolar, ocorre porque, na escola, há um espaço de multiplicidade, onde diferentes valores, experiências, concepções, culturas, crenças e relações sociais se misturam e se transformam em uma complexa estrutura de conhecimento (Palitot, 2002).

No contexto escolar, a observação deve ser considerada um verdadeiro processo dinâmico de aprendizagem e de interação, razão por que a escola deve ficar atenta, sobretudo, à presença dos sintomas da depressão, que perturbam o processo de aprendizagem, pois diminuem a concentração, a atenção e o prazer de aprender. Sukiennik (2000) classifica assim os sintomas da depressão:

a) Humor deprimido - É o sintoma mais comum, observado quando o aluno está sempre triste, desinteressado, com um olhar de angústia. Nos adolescentes, o humor deprimido pode

ser substituído ou acompanhado, algumas vezes, de humor irritável, que leva os alunos a preferirem isolar-se. Nesse tipo de humor, incluem-se os estados mais severos, como as perdas acentuadas de prazer, em quase todas as atividades, e os mais leves, como sentimentos vagos de desesperança.

b) Diminuição da capacidade de concentração e fadiga – Nesse caso, o aluno torna-se desatento na sala de aula, comete erros banais nas provas e parece estar cansado. Contudo, algumas vezes, esse cansaço poderá ser substituído por uma agitação, que irá chamar mais à atenção dos pais e professores do que nos deprimidos silenciosos, pois os agitados perturbam o ambiente como um todo.

Experiências estressantes relacionadas ao ambiente escolar, como as que ocorrem em situações de provas, competições, conflitos entre colegas e professores, podem levar a resultados não saudáveis, como fobias e episódios depressivos. Todavia, também se podem observar, segundo Dell’Aglia (2004), entre os fatores individuais que parecem proteger os adolescentes da depressão, o sucesso na vida escolar, o envolvimento em atividades extracurriculares, a competência social, a autopercepção positiva, a competência intelectual, as relações sociais positivas e os suportes sociais adequados.

A partir de uma revisão de literatura, foi possível observar que grande parte dos estudos sobre depressão em adolescentes foi realizada no ambiente escolar. Mesmo assim, poucos são aqueles que relacionam sintomas depressivos com rendimento escolar e, menos ainda, os que os correlacionam com as estratégias de aprendizagem.

Entre essas pesquisas, podem ser citados os estudos realizados por Palitot (2002) e Feshbach e Feshbach (1987), nos Estados Unidos, cujo objetivo foi verificar a relação que há entre a influência dos processos afetivos (empatia, sintomas depressivos, agressividade) e o desempenho escolar de crianças de oito a onze anos de idade. Os resultados revelaram que a

conduta empática, o afeto depressivo e a agressão são fatores preditores do desenvolvimento escolar, principalmente, em crianças do sexo feminino.

Pesquisas brasileiras, como as realizadas por Boruchovitch (1999), Costa e Boruchovitch (2004), encontraram evidências de que a incompetência acadêmica está relacionada à depressão e que os alunos pouco competentes, acadêmica e socialmente, apresentavam mais sintomas depressivos do que os considerados competentes.

Batista e Golfedo (2000) apresentam alguns estudos relacionados à depressão e ao contexto escolar, realizados em Ribeirão Preto, em que os resultados encontrados revelam a prevalência na idade de 7 a 14 anos de 1,48% de depressão infantil. Nessa mesma cidade, Hallak (1999) desenvolveu um estudo com 425 crianças, em que foi encontrada uma prevalência de 5,88% de sintomatologia depressiva, através do inventário de depressão infantil (CDI), bem como os estudos de Veiga e de Golfeto (1999), em um trabalho realizado com 285 crianças de escolas particulares também de Ribeirão Preto, em que foi encontrada também com o CDI a prevalência de 3,83%.

Posterior ao ano 2000, pesquisas como as realizadas por Reppold (2003) encontraram escores indicativos de provável diagnóstico de depressão em 26 casos da amostra total (N=456), ou seja, 5,7% dos participantes. Tal incidência se aproxima dos índices relatados em outras pesquisas com amostras brasileiras de adolescentes (Baptista & Cols., 2001; Gorenstein, Andrade, Vieira, Tung & Artes, 1999).

Cruvinel (2004), analisando a incidência de depressão em 169 alunos do ensino fundamental, em uma escola pública do interior de São Paulo, obteve uma taxa de 3,55%; outro estudo realizado em Uberaba-MG por Rocha (2006), com uma amostra de 754 estudantes, para o qual foi aplicado o formulário o SRQ-20 - Self Reporting Questionnaire (Beusenberg & Orley, 1994), encontrou indicativos de transtorno depressivo em 45,7% do total de estudantes pesquisados; estudos realizados por Barros et al (2006), com uma amostra

de 674 estudantes do ensino médio, em João Pessoa-PB, obteve uma incidência de quase 10% dos alunos com sintomatologia depressiva.

Em estudo recente desenvolvido em Recife, Jatobá e Bastos (2007) tiveram por objetivo identificar a prevalência de depressão e de ansiedade em adolescentes regularmente matriculados e que frequentavam escolas públicas e privadas. Esse estudo contou com uma população de 10.414 alunos, em que foi encontrada uma prevalência de depressão de 20,3%. A amostragem aleatória e estratificada incluiu 243 alunos do ensino fundamental e do médio de 11 escolas, com idades entre 14 e 16 anos. As prevalências de sintomas depressivos e de ansiedade igualaram-se a 59,9% e 19,9% respectivamente.

Convém lembrar a necessidade de considerar, nos resultados acima citados, as diferenças regionais, econômicas e culturais existentes entre as populações estudadas, o que indica que esses fatores podem influenciar na diferença dos resultados. Contudo, esses dados, apesar de utilizar-se de metodologias diferenciadas, são preocupantes, já que retratam uma porcentagem relativamente grande de transtornos afetivos na fase da adolescência.

Diante do fato de as informações e os conhecimentos a respeito da depressão, no contexto escolar, não serem ainda suficientes para se compreender totalmente o fenômeno, emerge uma grande dificuldade, que é a capacidade de os adolescentes reconhecerem os sintomas depressivos, como se constata em estudos citados por Cruvinel (2004) e que revelam que os professores, assim como os pais, podem ter dificuldades para reconhecer os sintomas de depressão em seus alunos e em seus filhos, respectivamente.

Muitas vezes, ao invés de reconhecer no seu aluno os sintomas depressivos, o professor acaba por fazer um diagnóstico de dificuldade de aprendizagem, o que acarreta uma intervenção incorreta e, conseqüentemente, baixa, ainda mais, a autoestima do aluno e contribui para acentuar a sintomatologia depressiva.

Além do contexto escolar, a situação familiar do aluno deve ser também observada, uma vez que desempenha um papel de suma importância na instalação do quadro depressivo. É preciso, portanto, conhecer o momento atual e alguns aspectos da história passada da família, procurando-se identificar possíveis fatores agravantes ou desencadeantes, como alcoolismo, divórcio, falecimentos, brigas familiares, maus-tratos e história de depressão na família (Palitot, 2002). As instituições escola e família são contextos de desenvolvimento dos indivíduos que desempenham um papel complementar no processo educativo, e cujo significado cultural, econômico e existencial reside no encontro dinâmico das realidades, dos valores e do projeto de cada uma dessas unidades sociais (Coimbra, 1999).

Estudos realizados por Steinberg (2001) demonstraram que aqueles adolescentes em cuja família havia relações de proximidade e de afetuosidade estavam mais aptos a enfrentar experiências estressantes do que os que não tinham tal apoio, que é considerado o mais importante fator de proteção na adolescência. Zavaschi (2002) também observa que a falta de apoio familiar, durante a infância e a adolescência, tem sido relacionada a manifestações de transtorno depressivo e que as vivências traumáticas na infância, como perda de vínculos afetivos, decorrente da morte de pais ou irmãos, ou, ainda, a privação de um ou de ambos os pais por abandono ou separação seriam fatores importantes associados ao surgimento da depressão na vida adulta.

Observa-se que os fatores individuais, como o intelectual e o desempenho escolar, exercem influência direta sobre o estresse e o surgimento dos sintomas depressivos. Segundo Reppold (2003), o desempenho escolar, dependendo de sua qualidade, pode causar consequências diferenciadas aos adolescentes, da mesma forma que os ajuda a melhorar sua autoestima, dando-lhes um sentimento de valor pessoal.

Miyazaki (2002) assevera que não é obrigatoriamente necessário que o adolescente apresente todos os sintomas típicos da depressão (sentimento de tristeza, choro fácil,

pensamento negativo, falta de interesse por atividades que lhe eram satisfatórias, dificuldade para encontrar reforçadores ambientais, diminuição ou aumento da quantidade de alimentos ingeridos, inquietação, hostilidade, desrespeito a autoridades, dificuldade para concluir atividades escolares, relato da vontade de morrer, desenhos ou preocupações com temas mórbidos, sentimentos de desvalia, achar-se feio, incapaz, sentir muita culpa) para que se faça um diagnóstico correto da doença. Sabe-se que a presença de alguns desses fatores já é o suficiente para alertar os pais e a escola. Contudo, no adolescente, a depressão, em sua forma atípica, esconde verdadeiros sentimentos depressivos que são mascarados por irritabilidade, hiperatividade, agressividade e rebeldia.

No que concerne às crianças mais novas, existe ainda um aspecto agravante, que diz respeito à capacidade de comunicação, posto que elas ainda não têm condições necessárias para desenvolver a linguagem, por meio da qual possam expressar seu verdadeiro estado emocional. Portanto, também podem manifestar a depressão atípica, principalmente através da hiperatividade.

Corroborando essa dificuldade de identificar a depressão nos adolescentes, Reis e Figueira (2001) enfatizam que a realização do diagnóstico não é fácil, na medida em que os adolescentes não conseguem identificar ou nomear os sintomas, que aparecem de maneira multifacetada, o que leva os pais ou responsáveis a procurarem ajuda do médico para problemas que, inicialmente, não são identificados como sendo de depressão.

Nesse sentido, o conhecimento por parte dos professores dos diversos sintomas das doenças afetivas na adolescência é indispensável para identificá-los de forma correta, pois esse período é, possivelmente, mais vulnerável à instalação da sintomatologia depressiva, devido a aspectos citados por Bahls (2002), tais como: pressões relativas à questão da escolha da futura profissão, mudanças tanto físicas quanto psíquicas, possíveis mudanças de residência e implicações disso, entre outras, que aumentam de acordo com a série e,

consequentemente, com a idade do indivíduo. Contudo, a depressão pode ocorrer de forma distinta do processo evolutivo da adolescência normal, razão por que é necessário permanecer em alerta para a gravidade das manifestações emocionais e comportamentais apresentadas pelo aluno.

Nessa perspectiva, a escola precisa ter consciência de que a sua principal tarefa é trabalhar visando à prevenção desses sintomas, porquanto o desenvolvimento integral do aluno, nessa etapa do seu desenvolvimento e, posteriormente, após a identificação do problema e o entendimento da sua situação presente, a escola pode intervir, através de um trabalho com o aluno e sua família para a busca de um melhor prognóstico. Portanto, há que se considerar o quão importante é manter o sistema educacional preparado para identificar nos alunos os sintomas da depressão, para que possa ajudá-los a superar as dificuldades próprias da adolescência, uma vez que, como já foi observado, o número de casos de adolescente com problemas emocionais, mais especificamente a depressão, tem aumentado significativamente, e um fator que tende a agravar essa situação é que, normalmente, a depressão não se manifesta isoladamente, mas vem associada a outras dificuldades, principalmente a problemas comportamentais e escolares, o que traz, como conseqüência, grandes prejuízos ao funcionamento psicossocial dos jovens.

CAPÍTULO 4 - ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM

Este capítulo tem como proposta refletir sobre a competência dos estudantes para serem ativos durante a aprendizagem e exercer controle sobre seus processos cognitivos, metacognitivos e motivacionais, para que possam adquirir, organizar e transformar as informações adquiridas ao longo do tempo.

Tendo em vista as inúmeras transformações sociais, políticas e tecnológicas que temos vivenciado, é possível observar uma constante mudança de paradigmas. Essas mudanças se refletem, sobretudo, na educação e na construção do conhecimento e induzem professores e alunos a refletirem sobre suas práticas como uma condição *sine qua non* para que possam continuar atuando de forma autônoma, consciente e crítica em relação à sociedade.

A percepção de que não é suficiente aprender apenas os conteúdos curriculares formais, mas, principalmente, poder fazer escolhas críticas, agir com autonomia e saber gerir a informação tem sido um aspecto que vem ganhando espaços cada vez maiores nas discussões no campo da Educação. Os tempos atuais exigem que os indivíduos busquem novas soluções e ideias, uma vez que os procedimentos antigos já não atendem às necessidades presentes, por isso é imperativo o pensamento flexível e inovador, capaz de estabelecer soluções para os problemas que afetam diretamente os adolescentes. Contudo, essas competências só poderão ser promovidas através da compreensão dos conteúdos e de um ensino/aprendizagem que os estimule a autorregular sua aprendizagem.

Essa valorização do processo de compreensão se opõe à ideia de pura memorização dos conteúdos, pois, embora seja a memória um componente indissociável do processo de ensino/aprendizagem, não deve ser essa sua finalidade última. Não resta dúvida de que o aprender implica também processos de retenção, contudo o estudante ou aprendente deverá ir além da memorização do fato em si e ser capaz de realizar, além de uma

condensação de informações, uma codificação simbólica que lhe permitirá estabelecer uma rede integrada capaz de se sustentar na consciência pelo seu caráter afetivo e usual. Assim, além de reter a informação, o aprendiz precisa compreendê-la, isto é, atribuir-lhe um sentido pessoal, porque é através disso que ele será capaz de guardar o conhecimento, aplicá-lo em longo prazo e se transformar, no sentido de conhecer a si próprio permanentemente como sujeito corresponsável pelas suas aprendizagens e susceptível às transformações que elas provocam, sejam elas comportamentais, cognitivas ou afetivas (Duarte, 2002).

Caberá, então, à escola introduzir e desenvolver, através de práticas educativas baseadas na compreensão, a autonomia dos alunos, apoiada num papel mais ativo dos mesmos, já que não basta transmitir conteúdos, mas encorajá-los a serem capazes de seleccionar, construir e transferir o conhecimento. Como bem afirmam Silva et al (2004, p.12) “à escola compete educar os estudantes para que eles saibam, de uma forma, crítica e motivada, assumir um papel construtivo nas suas próprias aprendizagens ao longo da vida” .

Nesse sentido, o papel da escola é o de estimular o aluno à autorregulação que, na perspectiva de Perrenoud (1999, p. 96), trata-se da “capacidade do sujeito para gerir ele próprio seus projetos, seus progressos, suas estratégias diante das tarefas e dos obstáculos.” O autor ressalta que todas as pessoas detêm certo grau de autorregulação, mas o que importa é que, nos processos de aprendizagem escolar, esse grau seja elevado, o que certamente favorecerá para que haja uma autonomia progressiva no aprender e, por extensão, na própria vida.

Os modelos de aprendizagem autorregulada surgiram nos anos oitenta do Século XX, como resultado das investigações baseadas nos processos cognitivos com as investigações centradas nos processos motivacionais. Esses modelos defendem que os alunos são os responsáveis pela sua aprendizagem e por seu rendimento escolar, quando utilizam estratégias cognitivas e metacognitivas que lhes permitem a aquisição, a manutenção e a

recuperação da informação, da sua motivação e da sua conduta observável. Essa concepção de aprendizagem focaliza a atenção nas estratégias e nos processos que o aluno utiliza nas aprendizagens que vai construindo, e não, nas atividades realizadas pelo professor (Montero & Torres, 1998).

Muitas vezes, o sucesso dos alunos, sua grande motivação para as tarefas escolares e os seus comportamentos responsáveis e adequados ao ambiente da sala de aula estão intrinsecamente relacionados à crença na eficácia para se aprender. Por outro lado, muitas das dificuldades de aprendizagem vivenciadas por um grande número de alunos que frequentam as escolas brasileiras estão diretamente relacionadas à crença de que eles não têm para aprender. Esse é um dos motivos mais plausíveis para se discutir o papel da aprendizagem acadêmica como fundamental para a integração social e para o desenvolvimento dos indivíduos, pois a escola não é responsável apenas pela transmissão de conhecimentos, mas, sobretudo, de promover uma aprendizagem baseada na compreensão, na a independência, na a autonomia e na a criatividade dos alunos. Então, tendo em vista esses pressupostos, cabe-lhe desenvolver habilidades transversais aos conteúdos curriculares, que capacitem os alunos a gerirem suas aprendizagens. Corroborando esse pensamento, Simão (2002, p.14) afirma:

“Para além de ser uma fonte de informação, uma das tarefas fundamentais da escola é dotar os alunos de estratégias que lhes permitam reelaborar, transformar, contrastar e reconstruir criticamente os conhecimentos que vão adquirindo, ou seja, apostar no conhecimento estratégico.”

Convém, no entanto, enfatizar que muitas escolas ainda não perceberam a necessidade urgente de formar os alunos de maneira integral, seja por não valorizarem os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da aprendizagem, por não contemplarem a construção de significados pessoais e subjetivos, seja por incentivarem uma aprendizagem baseada exclusivamente na aquisição do conteúdo e na memorização. Todas essas situações

fazem com que muitas escolas encontrem dificuldades para perceber a importância de reformular suas práticas educativas, o que também contribui para a ausência do conceito de autorregulação da aprendizagem. Percebe-se, assim, que, quando não se integra esse conceito de autorregulação, traduzindo-o em uma prática emancipadora, ou seja, favorecedora do crescimento pessoal, os alunos não são plenamente estimulados, suas potencialidades não são amplamente incentivadas, os currículos ficam defasados e não atendem às novas exigências sociais. Além disso, os professores não são formados plenamente, porque não aprendem a ensinar os seus alunos a se autorregular.

A aprendizagem autorregulada pressupõe que os alunos sejam capazes de criar um plano visando a alcançar um determinado objetivo, selecionar estratégias de aprendizagem adequadas para executá-los, revisar sistematicamente suas estratégias e seus objetivos e fazer redirecionamentos quando julgarem necessário. Fica entendido, portanto, que existe um caráter fundamentalmente voluntário e intencional subjacente a esse conceito.

Segundo Zimmerman, (2000) e Silva et al (2004), as teorias de autorregulação da aprendizagem demonstram que a ação autorregulada se desenvolve em três fases: a primeira é chamada de antecipação e preparação; a segunda é a da execução e do controle, e a terceira, denominada de autorreflexão e autorreação.

A fase de antecipação e de preparação diz respeito ao estabelecimento dos objetivos pedagógicos e à escolha de um plano estratégico. Então, caberá ao aluno escolher o que vai fazer e qual a meta que pretende atingir. Essa fase é influenciada pelos construtos motivacionais, pelos objetivos de realização, pela autoeficácia e pela valorização da aprendizagem. Para isso, a escola precisa desenvolver práticas que incentivem a autorregulação, propor tarefas que os alunos valorizem, estabelecer objetivos realistas e fomentar um investimento estratégico do esforço.

A fase da execução e do controle é responsável pelo cumprimento dos objetivos e dos planos traçados na primeira fase. Isso significa encontrar maneiras de atingir as metas anteriormente esquematizadas. Nesse momento, a automonitorização desempenha um papel importante. Assim, através do uso das estratégias de aprendizagem e do controle da atenção, os alunos poderão e deverão gerir o tempo, controlar o comportamento, o ambiente físico e os seus processos internos. Trata-se de incentivar e ensinar o aluno a se responsabilizar pelo seu próprio modo de estudar, afinal, como bem diz o autor, ninguém melhor do que ele próprio para fazê-lo. Isso não significa que os professores devam ensinar métodos padronizados de estudo a grupos de alunos, pois o ensino de estratégias de aprendizagem deve ser adequado às características de cada um.

A terceira e última fase diz respeito à possibilidade e à necessidade de o aluno avaliar o processo e seus resultados, comparando-os com os objetivos delineados na primeira fase. Essa avaliação é influenciada, fundamentalmente, pelos construtos motivacionais e cognitivos. No fundo, os comportamentos são verificados de acordo com os valores pessoais, também subjacentes à escolha dos objetivos. As respostas dadas em função dessa autorreflexão são as chamadas reações. Os alunos podem continuar persistindo em executar a tarefa ou abandoná-la em função dos sentimentos que resultam da sua autoavaliação. Esses sentimentos podem ser positivos, quando os conduz à satisfação e à valorização pessoal, ou negativos, quando cria resistências para desenvolver tarefas ou, até mesmo, abandoná-las. Todavia, é importante enfatizar que essas fases foram separadas pelo autor somente por uma questão didática, tendo em vista que elas interagem dinamicamente em várias direções e no tempo. Dito de outra forma, não há um limite rígido entre elas, uma relação linear, mas flexível, porque o aluno pode operá-las de acordo com as suas necessidades, em várias direções e/ou a um só tempo.

Nessa direção, as escolas devem favorecer o progresso da aprendizagem, valorizar as competências dos alunos – estimulando-os a acreditar que são os responsáveis pelos seus desempenhos – bem como estabelecer metas realistas que valorizem os seus progressos em direção a essas metas e incentivá-los a construírem significados pessoais, promovendo a autoavaliação e investindo no uso adequado das estratégias de aprendizagem, a respeito de cujo emprego Silva e Sá (1997, p. 16) assim se expressam:

“O uso apropriado de estratégias de aprendizagem que permitam ao aluno mais facilmente adquirir, organizar e reter a informação necessária à construção do seu conhecimento e à realização das tarefas escolares, paralelamente à utilização de outras estratégias, que facilitam o próprio planejar e avaliar a realização dessas tarefas, surgem como determinantes do sucesso escolar.”

Como vimos, as estratégias de aprendizagem são extremamente importantes quando se trata de autorregulação do estudante.

A seguir, serão abordados alguns aspectos essenciais que devem ser considerados para se compreender o que significam essas estratégias.

4.1 CARACTERÍSTICAS DAS ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM

Como qualquer conceito observado em investigações pioneiras, o de estratégia de aprendizagem é usado com múltiplos sentidos. Um deles é o de que se trata dos processos ou técnicas a que recorremos para realizar uma tarefa.

Historicamente, o termo estratégia tem sua origem, segundo Monereo (2000), nos textos gregos e latinos, referindo-se a técnicas militares. Bem mais tarde, já no Século XX (anos 40 e 50), surgem livros de receitas de estudo, mas que não tiveram êxito. Somente na década de 80 surgem esforços para se estudarem estratégias na educação.

Segundo Vasconcelos (2003), as estratégias de aprendizagem consistem num plano de ação que integra habilidades de ordem superior. São os processos ou técnicas que servem de base para a realização de atividades intelectuais e que conferem ao aluno a

capacidade de examinar as tarefas e respondê-las em conformidade com o que está sendo solicitado. Porém, ele só é autorregulador da sua aprendizagem se conhecer técnicas e desenvolver estratégias que, posteriormente, integrarão os seus hábitos de trabalho, quer na sala de aula, quer em seu estudo individual em casa.

Sendo assim, as estratégias de aprendizagem podem ser compreendidas como maneiras de lidar com as diferentes formas como as informações são apresentadas e as situações de aprendizagem são organizadas. Elas têm a função de contornar dificuldades, amenizando possíveis incompatibilidades entre o modo como os conteúdos são ministrados, as situações de aprendizagem organizadas, visando, ainda, às preferências individuais e à potencialização da aprendizagem. Isso quer dizer que, quanto mais estratégias o estudante tiver desenvolvido, maiores serão suas chances de lidar com as situações de aprendizagem que vivencia. Monereo (2000) esclarece que as estratégias de aprendizagem precisam ser exercitadas, contudo não se tornam mecânicas, pois, quando o objetivo é a aprendizagem, é necessário tomar decisões deliberadas e intencionais.

Observa-se que o conhecimento das estratégias de aprendizagem é de suma importância para todas as Ciências que estão relacionadas com as questões do processo de aprendizagem de forma geral. Contudo o que verificamos, no tópico a seguir, é que, apesar de as estratégias de aprendizagem serem estudadas, as pesquisas a seu respeito são ainda bastante incipientes, quando se trata de sua relação com a depressão.

Costa (2000) divide em três tipos as investigações realizadas no âmbito internacional, quais sejam: 1) aquelas que têm associado às estratégias de aprendizagem as variáveis psicológicas, demográficas e culturais que afetam o seu uso; 2) as que têm procurado avaliar os efeitos de programas de treinamento em estratégias de aprendizagem no desempenho escolar; e 3) aquelas voltadas para a melhoria da formação de professores. As investigações do primeiro tipo têm objetivado identificar as estratégias usadas por alunos com

baixo e alto desempenho e as variáveis psicológicas, culturais e demográficas que podem exercer influências sobre sua utilização. Já o segundo tipo tem buscado favorecer o rendimento acadêmico de alunos com dificuldades de aprendizagem através de treinamentos em estratégias de aprendizagem. O terceiro tipo tem buscado contribuir para a formação dos futuros professores bem como para sua *práxis* a partir do esclarecimento, da informação e do treinamento sobre a importância do papel das estratégias de aprendizagem, da metacognição e das variáveis afetivas para um ensino e uma aprendizagem eficientes, assim como para o sucesso acadêmico dos estudantes.

Na sequência, serão elencadas algumas pesquisas que contemplaram, como aspectos principais, as estratégias de aprendizagem e suas relações com as variáveis psicológicas, demográficas e culturais.

4.2 BREVE PANORAMA INTERNACIONAL E NACIONAL DAS PESQUISAS A RESPEITO DAS ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM

Para o presente trabalho, buscaram-se, inicialmente, as principais bases de dados da área de Psicologia e de Educação, através do portal da Capes, a saber: Education Resources Information Center (ERIC), Scielo (Scientific Electronic Library Online), entre outras, com buscas delimitando o tema específico da pesquisa - Estratégias de Aprendizagem. São relatados nessa seção resultados de pesquisas que foram encontrados não só nas buscas citadas, mas também em indicações de especialistas e em trabalhos a que a autora teve acesso mediante participação em congressos e em buscas empíricas.

As pesquisas sobre estratégias de aprendizagem demonstram que as estratégias de aprendizagem cognitivas e metacognitivas contribuem para a aprendizagem eficiente, para a

regulação da própria aprendizagem e para o sucesso acadêmico dos estudantes (Boruchovitch, 1999).

Os estudos direcionados a essa temática tiveram maior visibilidade no início da década de 90, com pesquisas como as realizadas por Zimmerman e Martinez Pons (1990), que investigaram as estratégias de aprendizagem utilizadas por alunos superdotados e normais e o seu grau de eficácia na matemática e no sistema verbal. Verificou-se, então, que o uso das estratégias de aprendizagem e a eficiência matemática e verbal foram mais altos nos alunos superdotados e que houve um aumento significativo no uso das estratégias de registro da informação, do monitoramento, da organização e da transformação entre os estudantes de 5ª a 8ª série.

Nesse mesmo ano, Swanson (1990) investigou se um maior conhecimento metacognitivo sobre solução de problemas poderia compensar uma baixa aptidão, a qual deve ser entendida como uma disposição para se desempenhar com sucesso as tarefas escolares. O resultado apontou que alunos com alta capacidade metacognitiva apresentaram melhores soluções de problemas do que os que demonstravam baixa capacidade.

No ano seguinte, foi realizado um estudo comparativo transcultural por Moreno e Di Vesta (1991), objetivando verificar a interferência das diferenças culturais e de língua nas atividades de estudo dos alunos. Os resultados mostraram que os estudantes hispânicos (monolíngues) são os que mais empregam a integração e o monitoramento nas atividades que desenvolvem quando comparados aos estudantes americanos. Já os porto-riquenhos (bilíngues) mencionaram maior uso do monitoramento do que os espanhóis (monolíngues). De maneira geral, a pesquisa verificou a existência de semelhanças nos hábitos de estudo e no repertório de estratégias de aprendizagem entre as diferentes culturas.

Em 1994, Loranger, investigando as estratégias de estudo, realizou uma pesquisa com uma amostra de seis alunos do ensino médio, com o objetivo analisar as possíveis

diferenças na qualidade do processamento da informação entre alunos com alto e baixo rendimento escolar. Os resultados encontrados indicaram que os alunos de alto desempenho mostraram-se mais motivados para obter o sucesso, revelando-se também mais ativos e flexíveis na utilização de estratégias. Em contrapartida, aqueles com baixo desempenho não demonstraram conhecimento sobre o uso das estratégias.

Posteriormente, Purdie, Hattie e Douglas (1996) desenvolveram outro estudo de cunho transcultural, objetivando identificar, descrever e comparar as concepções de aprendizagem e o uso de estratégias de aprendizagem de alunos japoneses e australianos de uma escola secundária. A pesquisa constou de três grupos de alunos com idades variando de 17 a 18 anos. Desses grupos, um era formado por estudantes australianos que estudavam na Austrália, o segundo, por estudantes japoneses que estudavam na Austrália, e o terceiro, por estudantes japoneses que estudavam no Japão. Ficou constatado que a maneira como os estudantes utilizaram as estratégias variava conforme a cultura. E apesar de as estratégias utilizadas terem sido semelhantes, os estudantes de ambos os grupos que apresentaram alta frequência no uso de estratégias concebiam a aprendizagem como compreensão do conhecimento.

Outro estudo foi realizado por Alves, Almeida e Barros (1997) com alunos do sétimo ano de escolaridade de uma escola pública do distrito de Braga, que formaram o grupo experimental e de controle. Todos os participantes passaram por pré e pós-teste. Essa pesquisa teve por objetivo facilitar a aprendizagem de matemática por meio da diversificação de materiais e estratégias de ensaio. Para isso, os autores desenvolveram um programa de treinamento em estratégias. Os resultados obtidos nas avaliações de conhecimento e de competência revelaram que o programa beneficiou a aprendizagem e o rendimento dos estudantes em matemática.

Alexander, Murphy e Guan (1998) também procederam a um estudo transcultural, a fim de comparar as estratégias de aprendizagem utilizadas por estudantes de Singapura matriculados na 9ª série de uma escola de 2º grau, por alunos americanos superdotados e com alunos com habilidades médias da 9ª série dos Estados Unidos. Os resultados mostraram que, na média, os estudantes singapureses demonstraram menos motivação, mais ansiedade e melhor utilização das estratégias de aprendizagem do que os americanos. Porém, em termos de performance geral quanto ao Lassi - HS, os dados dos alunos de Singapura foram mais similares com os dos estudantes superdotados do que com a média dos americanos.

Como se pode observar nessa breve retrospectiva, as pesquisas demonstram que, ao avançar no grau da escolaridade, os estudantes utilizam estratégias de aprendizagem mais sofisticadas e destacam a importância de se estabelecer a relação existente entre fatores como idade, série escolar e desempenho acadêmico, uma vez que esses aspectos estão associados às diferenças na utilização adequada das estratégias. Vê-se, ainda, com base nas pesquisas transculturais que, de maneira geral, o uso de estratégias e os hábitos de estudo são semelhantes entre as diferentes culturas, variando apenas a preferência e a valorização de certas estratégias de aprendizagem.

4.2.1- Principais pesquisas brasileiras

Segundo Costa (2000), no Brasil, um dos primeiros estudos publicados sobre as estratégias de aprendizagem foi o texto de Andrade (1982), no qual o autor defende a instrução, em estratégia de aprendizagem, no processo de planejamento sistemático de cursos. Também merece destaque o artigo de Antonijevic e Chadwick (1983), traduzido por Maria Luiza Crespo, que traz uma ampla explicação sobre o papel das estratégias cognitivas e metacognitivas na educação e no ensino.

Ainda na década de 1980, estudos realizados por Molina (1983, 1984) demonstraram a importância do treinamento em habilidades de leitura. O programa realizado com 137 alunos de 5ª a 8ª série de escolas estaduais mostrou-se relevante para a melhora no desempenho de leitura e, por consequência, no rendimento seu escolar. Em seu estudo, a autora ressalta a importância de se desenvolver um trabalho sobre habilidades de estudo no interior da sala de aula, com o objetivo de propiciar uma aprendizagem mais eficaz aos educandos.

Estudos realizados por Mercuri (1992) tiveram por objetivo descrever as condições em que estavam sendo realizadas as atividades de estudo de estudantes universitários, verificando quais as possíveis relações entre essas condições e o desempenho acadêmico. Fatores de interferência como ambiente físico e social, planejamento de tempo (condições temporais), domínio de habilidades e uso de estratégias (condições pessoais) também foram investigados, observando-se, também, professores e alunos, em ordem decrescente de importância, as condições temporais, as pessoais, as espaciais e por fim as materiais. A análise das relações entre as condições de estudo e o desempenho não mostrou associações significativas. Os resultados do estudo expressaram uma relação entre tempo de estudo e desempenho acadêmico, principalmente quando as dificuldades presentes no estudo são elevadas e exigem mais tempo de dedicação. A qualidade das estratégias empregadas no período de estudo é mais importante do que a quantidade de tempo.

Jalles (1997) investigou o impacto do treino em estratégias cognitivas no desenvolvimento de tarefas de raciocínio espacial de 30 crianças da pré-escola e chegou à conclusão de que o bom desempenho das tarefas que envolvem problemas geométricos foi proporcionado pelo treinamento em estratégias cognitivas.

Lopes (1997), assim como Molina (1983, 1984), também trabalhou com a questão da leitura, mas enfatizando o treinamento em estratégias metacognitivas. Os dados

demonstraram que a instrução em estratégia propiciou melhoras significativas no processo de leitura dos alunos, os quais se tornaram mais confiantes, conscientes e participantes das aulas.

Em uma pesquisa realizada por Boruchovitch (1999), ela buscou verificar o uso de estratégias de aprendizagem em 110 alunos do ensino fundamental de uma escola pública de Campinas, em duas situações de aprendizagem. A primeira se relacionava à dificuldade de aprender um conteúdo em sala de aula. Os resultados obtidos indicaram que a percepção da não compreensão de um conteúdo tende a aumentar com o avançar da escolaridade, o que sugere que os estudantes de séries menos avançadas detêm capacidade de monitoramento da própria aprendizagem. Na segunda situação de aprendizagem, observou-se o uso de estratégias de memorização visando à preparação para a prova. Segundo os resultados obtidos, de modo geral, as estratégias de aprendizagem são utilizadas pelos alunos com a intenção de reter conhecimento.

No ano seguinte, Costa (2000) verificou as possíveis relações entre o uso das estratégias de aprendizagem e a ansiedade dos alunos de 2^a, 4^a, 6^a e 8^a séries do ensino fundamental de uma escola pública de Campinas. De acordo com os dados obtidos, os alunos, além de não conhecer bem as estratégias de aprendizagem, não as empregam corretamente. Nesse caso, ficou constatado que fatores como série escolar, idade, gênero, repetência não influenciaram no uso e no conhecimento de algumas estratégias.

Outro estudo brasileiro realizado por Schlieper (2001) investigou a relação entre o uso de estratégias de aprendizagem e as atribuições de causalidade para o sucesso e o fracasso escolar de alunos do ensino fundamental de uma escola pública do município de Campinas. As estratégias encontradas na pesquisa se mostraram semelhantes às mencionadas pela literatura da tanto da área internacional quanto da nacional. Os dados obtidos indicaram que as estratégias de aprendizagem foram mais significativamente relacionadas à idade, à série

escolar e ao gênero (em menor proporção). Os resultados revelaram que a variável repetência não esteve associada à falta de estratégia de aprendizagem citada pelos participantes.

Em 2003, Miriam Cruvinel realizou um estudo com o objetivo de investigar a relação entre os sintomas depressivos, o repertório de estratégias de aprendizagem e o rendimento escolar de alunos de 3^a, 4^a e 5^a séries do ensino fundamental de uma escola pública de Campinas. No que se refere ao repertório de estratégias de aprendizagem, os resultados do referido estudo sugerem que alunos com ótimo desempenho, tanto em Matemática quanto em Português, são mais estratégicos nas atividades escolares do que os que desempenham satisfatória e insatisfatoriamente as duas disciplinas e que os não repetentes mencionaram o emprego de mais estratégias de aprendizagem do que os repetentes. Verificou-se, ainda, a intervenção, de forma negativa, da presença de sintomas depressivos no emprego de estratégias de aprendizagem. Assim, foi encontrada uma correlação significativa e negativa entre a presença de sintomas de depressão e o uso de estratégias de aprendizagem, o que sugere que, quanto maior o número de sintomas de depressão, menor o relato de uso de estratégias de aprendizagem pelos participantes.

Dell'aglio e Hutz (2004) investigaram as variáveis depressão e desempenho escolar em 215 crianças e adolescentes de ambos os sexos, de 7 a 15 anos, de escolas públicas, as quais foram divididas em dois grupos. Um deles estava abrigado em instituições governamentais de proteção especial, e o outro, morava com a família. Ambos os grupos frequentavam as mesmas escolas. Para investigar o desempenho escolar, foi utilizada a escala de avaliação (Bandeira & Hutz, 1994), preenchida pelas professoras, com a qual se avaliam o desenvolvimento da aprendizagem em sala de aula, a concentração nas tarefas, o relacionamento com colegas e professores e o desempenho em tarefas específicas, como escrita, leitura e matemática, entre outras. Para medir o grau de depressão, foi utilizado o children's depression inventory (CDI) (Kovacs, 1992), cujo objetivo é detectar a presença e a

severidade do transtorno depressivo na infância. Para controlar possíveis efeitos do nível de inteligência sobre as variáveis de interesse, empregou-se o teste das matrizes progressivas coloridas de Raven (escala especial), que é um teste de inteligência adaptado para o uso em crianças. Os resultados indicaram uma média mais alta de transtornos depressivos entre as meninas e no grupo institucionalizado. Em relação ao desempenho escolar, elas apresentaram uma média mais alta no desempenho escolar, e as crianças institucionalizadas, uma média mais baixa. Além disso, os dados indicam a necessidade de se desenvolverem estratégias de atendimento específicas para adolescentes institucionalizados, para melhorar seu desempenho escolar e prevenir depressão entre as meninas. Em acréscimo, confirma-se a ideia dos autores de que a família exerce um papel importante no desempenho escolar dos jovens.

O papel que as estratégias de aprendizagem desempenham no rendimento escolar é reafirmado a cada nova pesquisa realizada. Sendo apontada como um método que possibilita ao aluno exercer maior controle e refletir sobre a sua própria aprendizagem e, por conseguinte, desenvolver a capacidade de aprender a aprender, de aprender a pensar. Em uma pesquisa realizada por Minervino et al. (2005), utilizando a escala de estratégias de estudo (study skill checklist – SSC) de Smythe, ficou constatado que a aplicação de estratégias de estudo, em outras palavras, estratégias de aprendizagem, influenciam direta e positivamente no rendimento escolar do aprendente que se utiliza desses instrumentos, enquanto aqueles que não têm o hábito de desenvolver estratégias de estudo apresentam rendimento escolar insatisfatório ou insuficiente.

Pesquisas sobre estratégias de aprendizagem, citadas anteriormente, mostram quão importante é esse elemento no processo de ensino-aprendizagem, tanto em relação à perspectiva do professor quanto à do aluno, uma vez que há evidências de que é possível formar alunos críticos, comprometidos com a própria aprendizagem e interessados pela busca de conhecimentos. Observa-se também que a utilização efetiva das estratégias de

aprendizagem é essencial para o bom desempenho dos alunos, em especial, dos que apresentam dificuldades de aprendizagem, que podem ser beneficiados com esse tipo de intervenção educativa. Assim sendo, é possível afirmar que as estratégias de aprendizagem contribuem tanto para diminuir as dificuldades de aprendizagem quanto para preveni-las (Schlieper, 2001).

4.3 TIPOS DE ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM

A complexidade do tema ensino-aprendizagem requer um conhecimento mais abrangente do repertório de estratégias de aprendizagem e dos hábitos de estudo dos jovens brasileiros, pois esse conhecimento se constitui num passo fundamental para o enriquecimento da capacidade de aprender dos alunos. As estratégias de aprendizagem atuam tanto para prevenir dificuldades de aprendizagem em idades precoces quanto para se avançar no desenvolvimento de uma teoria mais compreensiva do desempenho acadêmico.

Em sua história de vida, cada aluno adquire algumas experiências de aprendizado bem sucedidas e outras, nem tanto, contudo é esse conjunto de experiências que serve como pano de fundo para seus aprendizados. Em relação a esse aspecto, é preciso levar em conta também o ambiente de aprendizagem, pois cada sujeito é único na forma como recebe e processa as informações e como lida com diferentes situações de aprendizagem.

Levando-se em conta o aspecto extremamente individualizado, que diz respeito ao aprendiz e a sua aprendizagem, Pozo (2002) considera essencial a observação de alguns aspectos, quais sejam:

- ✓ Uma única forma de apresentar informações não vai atingir a todos os aprendizes do mesmo modo. Portanto, a combinação de diferentes dinâmicas de trabalho em sala de aula beneficia diversas preferências de aprendizagem;

- ✓ O conhecimento por parte do professor das suas próprias preferências de aprendizagem e a de seus alunos deve refletir no planejamento das atividades pedagógicas e na orientação para o desenvolvimento de estratégias de aprendizagem;
- ✓ A necessidade de o aprendiz reconhecer suas próprias preferências de aprendizagem para desenvolver estratégias que o auxiliem a lidar com as mais diferentes situações de aprendizagem na escola ou na vida.

Diante desse quadro, as estratégias de aprendizagem emergem como um conjunto de técnicas que objetivam facilitar o aprendizado de uma dada informação e, embora extremamente relevantes para a aprendizagem de qualidade, elas não são suficientes para o sucesso acadêmico, já que diversas variáveis psicológicas e motivacionais - como atribuições de causalidade para o sucesso e o fracasso escolar, autoconceito, crenças na autoeficácia, motivação, ansiedade, entre outros - são fatores determinantes para o uso efetivo dessas estratégias (CruvineL, 2004).

Segundo Weinstein e Mayer (1985), são cinco os tipos de estratégia de aprendizagem que, posteriormente, foram organizadas por Good e Brophy (1986) da seguinte forma: 1) Estratégias de ensaio, 2) Estratégias de elaboração, 3) Estratégias de organização, 4) Estratégias de monitoramento e 5) Estratégias afetivas.

- 1) Estratégias de ensaio – Consistem, segundo Boruchovitch (1993), em se repetir, ativamente, tanto pela fala quanto pela escrita, o material a ser aprendido;
- 2) Estratégias de elaboração – São entendidas como a realização de conexões entre o material novo a ser aprendido e o material antigo e familiar (por exemplo, reescrever, resumir, criar analogias, tomar notas que vão além da simples repetição, criar e responder perguntas sobre o material a ser aprendido);
- 3) Estratégias de organização – Implicam a imposição de estrutura do material a ser aprendido, seja dividindo-o em partes ou identificando relações subordinadas ou

superordenadas (por exemplo, topificar um texto, criar uma hierarquia ou rede de conceitos, elaborar diagramas mostrando relações entre conceitos);

- 4) Estratégias de monitoramento da compreensão – implicam que o indivíduo esteja constantemente com a consciência realista do quanto ele está sendo capaz de compreender e absorver o conteúdo que está sendo ensinado (por exemplo, tomar alguma providência quando percebe que não entendeu, autoquestionamento para investigar se houve compreensão, usar os objetivos a serem aprendidos como uma forma de guia de estudo, estabelecer metas e acompanhar o progresso em direção à realização dos mesmos, modificar estratégia utilizadas, se necessário).
- 5) Estratégias afetivas – Dizem respeito à eliminação de sentimentos desagradáveis, que não condizem com a aprendizagem (por exemplo, estabelecimento e manutenção da motivação, manutenção da atenção e da concentração, controle da ansiedade, planejamento apropriado do tempo e do desempenho).

Para Silva e Sá (1997), a instrução em estratégias de aprendizagem abre novas perspectivas para se potencializar a aprendizagem, permitindo que os estudantes ultrapassem dificuldades pessoais e ambientais para que obtenham maior sucesso escolar.

Segundo Sisto, Boruchovitch e Fini, (2001), embora o termo estratégias de aprendizagem englobe vários tipos, há teóricos que trabalham com a preponderância de estratégias cognitivas, aquelas direcionadas a ações que fazemos para aprender e lembrar, e as estratégias metacognitivas, que se referem ao conhecimento que as pessoas têm de seus processos cognitivos. Boruchovitch (1994) também afirma que as estratégias cognitivas são as de ensaio (repetir, copiar, sublinhar), elaboração (parafrasear, resumir, anotar e criar analogias) e de organização (selecionar ideias, usar roteiros e mapas).

Enquanto o termo metacognição trata do conhecimento, do controle e da monitorização que as pessoas são capazes de realizar relativamente a sua própria cognição, as

estratégias metacognitivas referem-se ao planejamento (estabelecimento de metas), ao monitoramento (autotestagem, atenção, compreensão e uso de estratégias) e à regulação (ajustar velocidade, reler, rever, usar estratégias, ajustar ambiente). Cruvinel (2004) afirma que, ao longo da vida, com o desenvolvimento cognitivo, as pessoas sofrem mudanças e diferenças funcionais que as tornam capazes de desenvolver eficácia na operação dessas estratégias. No entanto, o fator psicológico tem se revelado tão importante que, nas intervenções em estratégias de aprendizagem, acaba recebendo uma atenção especial. Boruchovich (1994) tem sugerido que o ensino de estratégias cognitivas e metacognitivas seja acompanhado pelo ensino de estratégias afetivas, visando acentuar a motivação do aluno e modificar variáveis psicológicas e motivacionais que são incompatíveis com o uso eficiente dessas estratégias.

Uma busca minuciosa na literatura revela quão escassos ainda são os estudos que visam especificamente à relação entre sintomas depressivos e o uso de estratégias de aprendizagem. Portanto, pouco se conhece sobre como os sintomas depressivos interferem no uso das estratégias cognitivas e metacognitivas.

Um estudo realizado por Palladino et al.(2000) revelou uma forte correlação entre os componentes metacognitivos (estratégias, monitoramento e atribuições) e os afetivo-motivacionais, entre eles a depressão. Costa e Boruchovitch (2000) descrevem que variáveis afetivas podem ser modificadas mediante a ação de programas de intervenção em estratégias de aprendizagem, de forma a favorecer o aproveitamento escolar do estudante. Nesse sentido, é apontada a necessidade de se aumentar o número de pesquisas brasileiras acerca das estratégias de aprendizagem e das variáveis que interferem em seu uso, pois, não obstante as dificuldades existentes devido à falta de conhecimento das estratégias de aprendizagem, é imprescindível perceber que a aprendizagem requer a utilização coordenada das várias abordagens e estratégias por parte dos alunos (Chalmers & Fuller 1997).

Como afirma Almeida (1992), no Brasil, a generalidade do ensino escolar ainda se situa na transmissão da informação, prestando-se pouca atenção ao ensino das competências de resolução de problemas. E embora os professores reconheçam a importância de se desenvolverem a compreensão e o raciocínio dos alunos, na realidade, esses aspectos não parecem fazer parte do conjunto de objetivos principais a serem atingidos pela Educação, já que, na prática, a escola não tem valorizado o pensar e o transformar (Mettrau & Mathias, 1998).

Pozo (200) refere que os professores precisam se conscientizar de suas metas educacionais e não resumir a sua práxis pedagógica à mera transmissão de conhecimentos, devendo, portanto, atuar no sentido de promover o desenvolvimento dos processos psicológicos pelos quais os conhecimentos são adquiridos, ensinando os alunos a aprenderem a aprender e oportunizando espaços através do uso das estratégias de aprendizagem para o "aprender a aprender" e o "aprender a pensar". No entanto, no cotidiano das escolas, o que se observa é a falta de conhecimento dos professores não só a respeito de como se expressa a inteligência humana, mas também do papel das estratégias de aprendizagem, da autorreflexão e dos processos metacognitivos na aprendizagem, uma vez que lhes cabe ensinar aos alunos quando e como devem usar estratégias de aprendizagem específicas por meio da demonstração e da modelagem de diversas técnicas.

Os professores devem também aprender a administrar e a orientar o uso dos processos metacognitivos, provendo os estudantes de atividades em que a necessidade de monitoramento externo possa gradativamente ser substituída pelo desenvolvimento da capacidade de automonitoramento e autorreflexão dos alunos. Contudo, alguns teóricos entendem que conhecer as estratégias não é suficiente para melhorar a aprendizagem e o rendimento escolar dos estudantes. Para Hattie, Biggs e Pardue (1996), é condição *sine qua non* que os alunos compreendam como e quando usá-las, pois, se, de um lado, o ensino de

estratégias de aprendizagem é capaz de melhorar significativamente o rendimento escolar dos alunos, de outro, não há dúvidas de que o mero treinamento em estratégias é infrutífero para se desenvolver a capacidade do aluno para aprender a aprender.

Assim sendo, ao ensino de estratégias devem ser agregadas as estratégias de apoio afetivo destinadas a modificar variáveis psicológicas como: autoestima, ansiedade, autoeficácia, depressão, autoconceito, atribuição de causalidade, que são incompatíveis com o uso apropriado das estratégias. Por essa razão, é imprescindível que os professores saibam identificar, o quanto antes, os sintomas da depressão e, a partir dessa identificação, criar estratégias de aprendizagem e afetivas que auxiliem o aluno a superar suas dificuldades, principalmente quando decorrentes da depressão. Assim, diante da inconstância, no que se refere ao comportamento apresentado pelo aluno, o professor deve estar atento às alterações psicomotoras, tanto o retardo como a agitação, pois ambos poderão ser indícios de depressão. Segundo Bahls (2002) é preciso ficar atento aos seguintes sintomas:

- 1) Piora do rendimento escolar favorece o fracasso acadêmico e é muito comum na maioria dos casos, acentuando a desadaptação do adolescente a seu meio** - Aos olhos do aprendiz, o fracasso confirma sua incapacidade e incompetência, reforçando o seu sentimento de culpa. Habitualmente, o adolescente vai piorando progressivamente em seu desempenho, caso não seja tratado. As causas dessa piora são a falta de motivação e uma diminuição transitória de sua capacidade cognitiva. Em alguns casos, pode chegar a ocorrer uma recusa em ir para a escola. A situação poderá também se estabilizar em um patamar de rendimento muito inferior ao costumeiro daquela pessoa, instalando-se, por vezes, uma forma mais crônica de depressão.

- 2) **Diminuição da capacidade de concentração e fadiga** – Nesse quadro, o aluno fica desligado na sala de aula, comete erros banais nas provas e parece estar cansado. Em alguns casos, esse cansaço pode ser substituído por uma agitação igualmente prejudicial à aprendizagem, em função do incremento da angústia e da ansiedade. Por vezes, essas situações chamam mais à atenção dos pais e professores do que nos deprimidos "silenciosos", pois os agitados perturbam o ambiente como um todo. Portanto, o professor deve estar atento a alterações psicomotoras, tanto ao retardo quanto à agitação.

- 3) **Alterações de sono e apetite** - Essas alterações, especialmente quando marcantes, indicam a participação de fatores orgânicos. São comuns a insônia e a hipersonia, assim como a falta ou o aumento do apetite.

- 4) **Baixa autoestima e ideias de culpa** – Nesse caso, o aluno demonstra insatisfação consigo próprio, supervalorizando seus erros em detrimento de seus acertos. Suas ideias de culpa podem chegar a níveis tão altos quanto as ideias de que será severamente punido ou de que fez algo que vai causar uma tragédia.

- 5) **Queixas somáticas** - No adolescente, podem ocorrer preocupações quanto ao seu corpo, como por exemplo, a ideia de que alguma parte dele não funciona. É comum também a presença de sintomas como a dor abdominal e as dores de cabeça.

Vale salientar, ainda, segundo Coutinho e Saldanha (2005), que temos a presença de comportamentos como: a) atraso devido às discussões entre familiares, o que provocaria uma recusa em ir para a escola; b) absenteísmo, pois, devido aos problemas de ordem econômica, a criança tem, muitas vezes, de servir como babá para seus pais poderem

trabalhar. Já os adolescentes podem até mesmo nem mesmo sair da cama devido ao cansaço e à reclusão, podendo fazer uso de substâncias tóxicas, como o álcool e as drogas; c) pouca tolerância à frustração, uma vez que não são capazes de executar tarefas que demandem tempo, porque rapidamente se frustram; d) não conseguem perceber a importância da escola, pois sua baixa autoestima faz com que se sintam inúteis e não acreditem que seus esforços escolares lhes tragam outra resposta que não o fracasso; e) a reclusão social também se faz presente nos adolescentes com depressão, o que os leva a não se saírem bem em atividades acadêmicas que exijam trabalho em grupo.

Para Zimmerman, Bonner e Kovach (1996), é preciso acreditar que todo aluno, em princípio, tem o potencial de se tornar um aprendiz bem sucedido e autorregulado. Os autores entendem que "ensinar a aprender" e "aprender a aprender", embora sejam investimentos em longo prazo, são possíveis e estão totalmente dentro dos limites educacionais. Assim, é necessário compreender o quão é importante o ensino de estratégias de aprendizagem para a melhoria do desempenho escolar dos alunos.

CAPÍTULO 5- MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata de uma pesquisa que utiliza a metodologia quantitativa que, segundo Landin et al. (2006), aplica-se à dimensão mensurável da realidade e tem aplicação, do ponto de vista social, para alcançar grandes aglomerados de dados, de conjuntos demográficos, classificando-os e tornando-os inteligíveis através de variáveis. É apropriada para gerar medidas que permitam uma análise estatística apropriada para medir opiniões, atitudes e preferências de comportamento e é empregada também para determinar o perfil de um grupo de pessoas, com base em características comuns.

Assim sendo, esta tese tem por abordagem metodológica um delineamento correlacional, em que são consideradas medidas de natureza *ex post facto*. Trata-se de uma pesquisa de campo em que se procura conhecer em que medida a depressão e as estratégias de aprendizagem se correlacionam em adolescentes.

5.2 LOCUS DO ESTUDO

O presente estudo está sendo desenvolvido em escolas das redes pública e privada de capitais da região Nordeste do Brasil: João Pessoa-PB, Natal-RN e Recife-PE, Teresina-PI e Maceió-AL com adolescentes alunos do Ensino Médio.

5.3 AMOSTRA

A amostra que compõe este estudo é do tipo não probabilística, de conveniência, constituída por 1535 adolescentes das seguintes capitais nordestinas: João Pessoa-PB (N=301), Natal-RN (N=349), Recife-PE (N=310), Teresina-PI (N=265) e Maceió-Alagoas (N=310), com idades que variam de 14 a 17 anos ($M = 15,8$; $DP = 1,00$), que cursam da

primeira à terceira série do ensino médio em redes públicas e privadas de ensino. A maioria é do sexo feminino (57,7%).

Desses participantes, 10,2% apresentaram indicativo de sintomatologia depressiva de acordo com o inventário de depressão infantil (CDI) (Gouveia, Barbosa, Almeida & Gaião, 1995), de ambos os sexos (36,5%, do sexo masculino, e 63,5%, do sexo feminino), com idades entre 14 e 17 anos ($M=15,7$; $DP = 1,02$).

5.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para instrumentalizar esta investigação, utilizou-se uma abordagem investigativa multimétodo, por meio de procedimentos quantitativos e qualitativos, de modo a apreender a relação existente entre a presença da sintomatologia depressiva em alunos do ensino médio e o uso das estratégias de aprendizagem. Assim, a princípio, foram utilizados os seguintes instrumentos: o inventário de depressão infantil (CDI), a escala de avaliação das estratégias de aprendizagem (EAEA) e o questionário sociodemográfico, todos processados pelo Statistical Pockage for the Social Sciences (SPSS) versão 15.0.

Inventário da depressão infantil (CDI)

Na avaliação da depressão em crianças, o CDI, planejado por Maria Kovács e Beck, tem sido amplamente utilizado nos Estados Unidos (Smucker, Craighead, Craighead & Green, 1986). Trata-se de um inventário de autorrelato, elaborado para crianças e adolescentes, com idades entre 7 e 17 anos, que inclui 20 itens e tem como objetivo medir a presença e a severidade de sintomas da depressão, avaliando suas diversas dimensões clinicamente relevantes: afetiva (por exemplo, humor rebaixado, solidão e irritabilidade);

cognitiva (autoimagem negativa, autculpa, expectativas negativas em decisão); motivacional (reclusão, evitamento, ideação suicida); vegetativa (como distúrbio de apetite e de sono) e psicomotora (Hodges, Siegel, Mullins & Griffin, 1985). Para cada item foi atribuído um escore, que correspondeu a 0 (quando a primeira alternativa foi a escolhida), 1 (quando a segunda alternativa foi a escolhida) e 2 (quando a terceira alternativa foi escolhida). Com a soma dos escores de todos os itens, obteve-se o escore total para cada aluno, sendo proposto o ponto de corte 17 como indicativo de sintomatologia depressiva.

Uma proposta para adaptar o CDI ao contexto brasileiro foi realizada por Barbosa et al (1995), em uma amostra de 305 crianças e adolescentes (a maioria do sexo masculino) de escolas públicas e particulares, com idades variando entre 8 e 15 anos. Os autores relatam o instrumento como unidimensional, com consistência interna aceitável, e sugerem uma amostra maior para a elaboração de normas definitivas. Segundo a adaptação e a normatização do CDI, realizadas por Gouveia, outros dois autores, Baptista e Golfeto (2000), verificaram a prevalência de depressão em escolares de sete a 14 anos na cidade de Ribeirão Preto.

A aplicação do CDI é rápida e oferece facilidade na coleta dos dados. Por outro lado, as entrevistas estruturadas requerem do investigador checagem de respostas mais complexas, superação de dificuldades com a leitura do questionário e obtenção de dados cronológicos mais precisos (Boyle et al., 1997).

O CDI fornece uma visão geral da sintomatologia depressiva, e a pressuposição da escala é de que a depressão, tanto na criança quanto no adolescente, pode ser descrita pelos mesmos sintomas da depressão do adulto: tristeza ou comportamento depressivo, sentimento de culpa, anedonia, baixa autoestima, problemas do sono e apetite, fadiga excessiva, déficit psicomotor, comportamento antissocial e ideias suicidas (Golfedo et al., 2002).

Escala de avaliação das estratégias de aprendizagem

Aprendizagem estratégica é um termo elaborado por Pozo (2002) para descrever que o aluno seja capaz de utilizar estratégias de aprendizagem como processos de tomada de decisões conscientes e intencionais sobre quais caminhos, procedimentos ou técnicas deveria desenvolver para solucionar um problema, realizar uma tarefa etc., considerando-se variáveis internas (seus próprios conhecimentos, motivações e particularidades pessoais) e externas (características da tarefa, o ambiente e da dinâmica instrucional).

Essa escala é um instrumento construído e validado por Boruchovitch e Santos (2001), que tem por objetivo avaliar o repertório de estratégias de aprendizagens cognitivas (capacidades internamente organizadas que o (a) aluno (a) usa para guiar seus próprios processos de atenção, aprendizagem, memória e pensamento) e metacognitivas (conhecimentos que o (a) estudante detém acerca dos seus processos de pensamento, como descreve e toma consciência dos seus próprios pensamentos, como autorregula e autocontrola aquilo que está por fazer e como conduz as ações durante a resolução de problemas).

Essa escala é composta de 40 itens fechados e uma questão aberta, que tem a finalidade de investigar o uso de estratégias não mencionadas nas questões fechadas. Na avaliação de consistência interna, esse instrumento apresentou um índice de Alpha de Cronbach de 0,74.

Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico tem por objetivo construir um perfil da amostra através de perguntas que auxiliam na construção do perfil social e demográfico dos participantes da pesquisa.

Neste estudo, esse questionário foi empregado para se obterem informações sobre os participantes relativas à idade, ao gênero, à série, à posição familiar, à religião, com quem habita, se foi reprovado e em qual disciplina, o relacionamento com colegas e professores, quais atividades recreativas de que participa e se pratica esportes.

5.5 PROCEDIMENTOS

A princípio, estabeleceu-se contato com as escolas e/ou Secretaria de Educação do Município, a fim de obter a autorização para coletar os dados. Na oportunidade, apresentava-se um documento indicando a natureza e os propósitos do projeto de pesquisa, solicitando a colaboração do dirigente da escola (Anexo VII).

Para proceder à coleta dos dados, foi distribuído entre os alunos um livreto contendo todos os testes a serem aplicados e que traziam as instruções necessárias para responder a todos os instrumentos incluídos na pesquisa. Após a explicação do instrumento, a pesquisadora ou um dos seus colaboradores (previamente treinados) permaneceu em sala de aula para dirimir eventuais dúvidas, sendo facultativo ao professor estar presente.

A coleta de dados aconteceu em ambiente coletivo de sala de aula, porém foi enfatizado que as respostas deveriam ser dadas individualmente e que elas não haveria respostas certas ou erradas, insistindo-se em que respondessem o mais sincera e honestamente possível. Os alunos foram informados de que sua participação seria voluntária, e eles poderiam deixar a pesquisa no momento em que pretendessem, sem qualquer prejuízo. Em média, foram suficientes cerca de 30 minutos para os estudantes concluírem sua participação na pesquisa, com um tempo máximo de 50 minutos.

5.6 PROCEDIMENTO ÉTICO

Esta tese fazia parte de um projeto maior aprovado pelo *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)*, desenvolvido pelo *Núcleo de Pesquisa Aspectos Psicossociais de Prevenção e Saúde Coletiva*, coordenado pela *Prof^a Dr^a Maria da Penha de Lima Coutinho*. Esse projeto abrange instituições escolares das redes pública e privada de ensino de todas as capitais da região Nordeste e foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba.

Em todas as escolas participantes deste estudo, foi explicado o objetivo da pesquisa ao diretor ou coordenador pedagógico, que depois de confirmar sua aceitação, assinaram um *termo de responsabilidade* em substituição ao *consentimento livre e esclarecido* que autorizava a participação dos seus estudantes.

5.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O editor de dados do pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 15.0 foi utilizado para a construção de um banco de dados das questões contidas nos instrumentos de coleta dos dados (informações sociodemográficas, CDI - 20 questões - e escala de estratégia de aprendizagem - 40 questões fechadas + 1 aberta).

As variáveis estudadas foram mensuradas nos níveis das escalas: nominal, ordinal e intervalar. Inicialmente, efetuou-se a codificação das variáveis pertinentes e procedeu-se à consistência dos dados. A seguir, para o levantamento do perfil sociodemográfico dos pacientes, em relação às variáveis inerentes ao objeto de estudo, procedeu-se à análise estatística através da construção de tabelas de frequências simples, medidas descritivas,

cruzamentos de variáveis (tabelas de frequências conjuntas) e gráficos estatísticos pertinentes. Foram utilizadas técnicas da estatística inferencial bivariada e multivariada, com o uso do pacote estatístico SPSS - 15.0, e aplicados os seguintes testes estatísticos, ao nível de 5% de significância.

Na sequência, e de acordo com os objetivos específicos propostos, foram utilizadas técnicas da estatística inferencial bivariada e multivariada, com uso do pacote estatístico SPSS -15.0. Com fins de compreensão metodológica, são elencados abaixo os testes estatísticos aplicados, ao nível de 5% de significância.

- ◆ *Teste de normalidade (Kolmogorov-Smirnov)*: teste não paramétrico, para se verificar a normalidade da distribuição de probabilidade de uma variável quantitativa. Compara a distribuição de frequência amostral acumulada da variável quantitativa considerada com a função de distribuição acumulada da normal padronizada.
- ◆ *Razão χ^2 / gl (graus de liberdade)*. É considerado um indicador subjetivo de ajuste. Ainda que não exista um valor crítico exato para decidir sobre a adequação ou não do modelo, na prática, são recomendáveis valores entre 2 e 3, aceitando-se até 5.
- ◆ *Teste de significância da correlação linear de Pearson*: teste paramétrico empregado para verificar a significância do coeficiente de correlação linear amostral r de Pearson, em que se usa estatística de teste com distribuição t-Student com $g.l = n - 1$. A medida de associação linear “ r ” entre duas variáveis quantitativas assume valores entre -1 a +1.
- ◆ *Teste t para comparação de duas amostras independentes*: teste paramétrico para comparar as médias de duas amostras independentes. Usa como condições ou premissas a normalidade e a homocedasticidade dos dados.

- ◆ *Teste de Levene para comparação de duas variâncias*: empregado para comparar a igualdade de duas variâncias populacionais (homocedasticidade). Usa a estatística F de Snedecor, graus de liberdade, $g.l = (v_1, v_2)$ como estatística de teste.
- ◆ *ANOVA de uma classificação (comparação de várias médias)*: teste paramétrico para comparar as médias de três ou mais amostras independentes. Usa como condições ou premissas a normalidade e a homocedasticidade dos dados.
- ◆ *Teste Post-Hoc (comparação múltipla) de Tukey* – teste complementar à aplicação da ANOVA paramétrica (de uma classificação) para verificar quais pares de tratamentos (categorias) apresentam diferença significativa em relação à variável quantitativa analisada.
- ◆ *Teste U de Mann-Whitney*: teste não paramétrico empregado para comparar as médias dos postos de duas amostras independentes. Corresponde ao teste da razão “t” para verificação de igualdade entre as médias de duas populações independentes. Utiliza “distribuição livre”.
- ◆ *ANOVA de Kruskal-Wallis*: teste não paramétrico para comparar as médias dos postos de três ou mais amostras independentes. Corresponde à ANOVA (one-way) paramétrica para a verificação de igualdade entre as médias de três ou mais populações independentes. Utiliza “distribuição livre”.

A seguir, demonstramos os resultados da presente pesquisa, tendo por objetivo analisar a relação entre os sintomas da depressão e o uso de estratégias de aprendizagem pelos alunos do ensino médio, através da aplicação do CDI, da escala de estratégias de aprendizagem e do questionário sociodemográfico, analisados pelo SPSS-v.15.

CAPÍTULO 6 - ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentadas as descrições dos resultados obtidos por meio dos instrumentos aplicados nas cidades de João Pessoa/PB, Recife/PE, Natal/RN, Teresina/PI e Maceió/AL, em escolas públicas e privadas, considerando-se os objetivos do presente estudo. Inicialmente, os sujeitos serão caracterizados quanto às variáveis demográficas, como sexo, idade, série e situação escolar. Posteriormente, serão explorados os dados referentes à incidência de sintomas depressivos na população estudada.

Posteriormente, proceder-se-á a uma análise e discussão referentes ao repertório de estratégias de aprendizagem utilizado pela amostra. E por fim, será apresentada a relação entre sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Participaram desta pesquisa adolescentes de escolas públicas e privadas, matriculados no ensino médio, de cinco capitais de estados do Nordeste: João Pessoa (Paraíba), Recife (Pernambuco), Natal (Rio Grande do Norte), Teresina (Piauí) e Maceió (Alagoas). Essas cidades foram escolhidas por razões teóricas e práticas.

À *priori* cabe destacar que não foi encontrado qualquer estudo sobre a relação entre depressão e estratégias de aprendizagem nessas cidades, o que despertou o interesse em estimar sua prevalência e conhecer seus correlatos nesses contextos. Faz-se mister também ressaltar que a presente tese está inserida no contexto de um projeto aprovado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e realizado no *Núcleo de Pesquisa Aspectos Psicossociais da Prevenção e Saúde Coletiva*, sob coordenação da Profa. Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho.

Para obtenção da amostra, foram adotados os seguintes critérios: (1) estar regularmente matriculado em uma das escolas pesquisadas e (2) concordar em participar de forma voluntária da pesquisa. Também foram elencados alguns critérios de exclusão, tais como: (1) ter mais de 18 anos de idade, (2) responder aos instrumentos de forma diferente da solicitada, (3) não indicar a idade e (4) deixar de responder a mais de dois itens do *inventário de depressão infantil* ou da *escala de estratégia de aprendizagem*.

A Tabela 3 descreve a amostra do estudo em relação às variáveis sociodemográficas, como sexo, idade, série escolar, reprovação, religião e cidade.

Tabela 3. Perfil sociodemográfico dos escolares versus tipo de escola (N = 1535)

PERFIL	TIPO DE ESCOLA					
	Pública		Privada		Total	
	N	%	N	%	n	%
SEXO						
Masculino	316	42,0	334	42,7	650	42,3
Feminino	436	58,0	449	57,3	885	57,7
Total	752	100,0	783	100,0	1535	100,0
IDADE (anos)						
14	62	8,2	56	7,2	118	7,7
15	168	22,3	224	28,6	392	25,5
16	231	30,7	247	31,5	478	31,1
17	288	38,3	253	32,3	541	35,2
Total	752	100,0	783	100,0	1535	100,0
SÉRIE						
1o. ano	330	43,9	301	38,4	631	41,1
2o. ano	236	31,4	264	33,7	500	32,6
3o. ano	186	24,7	218	27,8	404	26,3
Total	752	100,0	783	100,0	1535	100,0

REPROVAÇÃO*						
Sim	115	15,6	137	17,5	252	16,7
Não	623	84,4	644	82,5	1267	83,3
Total	738	100,0	781	100,0	1519	100,0
RELIGIÃO**						
Católica	452	64,8	507	70,7	959	67,8
Evangélica	171	24,5	146	20,4	317	22,4
Espírita	17	2,4	26	3,6	43	3,0
Outra	57	8,2	38	5,3	95	6,7
Total	697	100,0	717	100,0	1414	100,0
LOCAL						
João Pessoa - PB	161	21,4	140	17,9	301	19,6
Natal - RN	143	19,0	206	26,3	349	22,7
Teresina - PI	139	18,5	126	16,1	265	17,3
Recife - PE	171	22,7	139	17,8	310	20,2
Maceió - AL	138	18,4	172	22,0	310	20,2
Total	752	100,0	783	100,0	1535	100,0

Fonte: Pesquisa da autora, 2009. missing: *16 (não inf.) e ** 121 (não inf.)

No perfil da amostra, demonstrado na Tabela acima, é possível observar que houve uma participação maior entre os estudantes do sexo feminino (57,7%), tanto nas escolas privadas quanto nas públicas, e que a idade dos participantes variou dos 14 aos 17 anos, havendo uma prevalência dos alunos com 17 anos (35,2%). Contudo, apesar da idade, os alunos do 1º ano (41,1%) se mostraram mais presentes do que os das demais séries. Pode-se observar também que 16,7% dos sujeitos pesquisados afirmaram que já haviam sido reprovados em algum momento do seu percurso acadêmico. Quanto à religião, a maioria (67,8%) afirma ser católica. No que diz respeito à participação dos alunos, procurou-se

manter uma frequência equilibrada no tamanho das amostras de cada estado pesquisado. Portanto, houve um predomínio das escolas privadas (N=783).

6.2 CONSISTÊNCIA INTERNA DO INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO INFANTIL - CDI

A avaliação da consistência interna do CDI foi realizada por meio do coeficiente Alpha de Cronbach. Na classificação desse coeficiente, os valores variam de 0,80 a 1,0 (satisfatório a excelente), de 0,70 a 0,80 (bom) e de 0,60 a 0,70 (aceitável). Determinou-se que os valores abaixo de 0,60 seriam considerados insatisfatórios ou insuficientes.

Na presente amostra, a consistência interna medida para as 20 questões do CDI apresentou Alpha de Cronbach de 0,834 (classificado “satisfatório”), indicando uma alta correlação entre os itens avaliados. Assim, esse inventário mede sintomas gerais de depressão e pode ser um bom instrumento de triagem na identificação de sintomas depressivos.

Normas diagnósticas

Levando-se em conta as respostas dos 1535 participantes da avaliação da estrutura fatorial do CDI, nas cinco cidades pesquisadas, foram elaboradas normas para identificar a sintomatologia depressiva em populações com características próximas às da amostra utilizada.

As normas aqui observadas fazem referência ao fator geral obtido pelo CDI, no qual se considera um somatório dos 20 itens. Considerando os escores brutos, para facilitar a interpretação, estabeleceram-se normas *Z* (Reduzida) e *T* (Reduzida-Transformada). No caso das normas *T*, fez-se uma normatização dos escores brutos e, depois, uma transformação para escores *T* ($T = 50 + 10z$), possibilitando apenas valores positivos (ver Tabela 4).

Tabela 4. Normas diagnósticas do CDI para identificação da sintomatologia depressiva na amostra total (N = 1535)

CDI_total	PONTUAÇÃO		
	ZCDI_esc	Z padrão Normalizado	TRANSF
0	-1,37	-3,99	36,26
1	-1,19		38,11
2	-1,00		39,96
3	-0,82		41,81
4	-0,63		43,65
5	-0,45		45,50
6	-0,27		47,35
7	-0,08		49,20
8	0,10		51,04
9	0,29		52,89
10	0,47		54,74
11	0,66		56,59
12	0,84		58,43
13	1,03		60,28
14	1,21		62,13
15	1,40		63,97
16	1,58		65,82
17	1,77		67,67
18	1,95		69,52
19	2,14		71,36
20	2,32		73,21
21	2,51		75,06
22	2,69		76,91
23	2,88		78,75
24	3,06		80,60
25	3,24		82,45
26	3,43		84,30
28	3,80		87,99
31	4,35		93,53
36	5,28		102,77

Ponto de corte

Neste estudo, foi adotado o critério empregado na literatura de 17 pontos (Fonseca & Cols., 2005 E Gouveia & Cols., 1995) para indicar que o adolescente será considerado como um potencial depressivo e que, portanto, deverá receber uma atenção especializada.

Assim, o número de escolares da amostra total que ultrapassaram o ponto de corte do CDI pode ser visto na Tabela abaixo (Tabela 5).

Tabela 5. Prevalência da depressão entre escolares de 13 a 17 anos na Região Nordeste segundo o CDI

CDI - Sintomas	Ponto de corte = 17	
	Escolares	%
Sem depressão	1379	89,8
Com depressão	156	10,2
Total	1535	100

Pode-se observar, ao adotar o ponto de corte = 17 (correspondente ao escore reduzido $z = 1,77$), que cerca de 10,2% dos escolares atingiram ou ultrapassaram esse valor e apresentaram sintomas de depressão, corroborando com estudos realizados anteriormente.

Uma análise exploratória das respostas do CDI, item por item, foi realizada e pode ser vista na Tabela 6 (Ponto de corte = 17). Quanto ao valor das respostas $a=0$, $b=1$ e $c=2$, o assinalamento das afirmativas b e c demonstra que elas são as mais representativas da sintomatologia depressiva.

A seguir, será apresentada a frequência das respostas do CDI pelo grupo de estudantes que não apresentou sintomatologia depressiva, item por item, com o intuito de observar os itens que foram mais pontuados e, posteriormente, realizar uma comparação com o grupo que apresentou sintomatologia depressiva.

Tabela 6. Frequências e percentuais das respostas dos escolares sem sintomas de depressão, item por item no CDI (amostra = 1379)

QUESTÕES DO CDI	Escolares	Percentual (%)
1. eu fico triste de vez em quando	1177	85,4
eu fico triste muitas vezes	195	14,1
eu estou sempre triste	7	0,5
2. para mim tudo se resolverá bem	626	45,4
eu não tenho a certeza se as coisas darão certo para mim	720	52,2
nada vai dar certo para mim	33	2,4
3. eu faço bem a maioria das coisas	1137	82,5
eu faço errado a maioria das coisas	233	16,9
eu faço tudo errado	9	0,7
4. eu me divirto com muitas coisas	929	67,4
eu me divirto com algumas coisas	442	32,1
nada é divertido pra mim	8	0,6

5. eu sou mal de vez em quando	1270	92,1
eu sou mal com frequencia	97	7,0
eu sou sempre mal	12	0,9
6. de vez em quando penso que coisas ruins vão acontecer	860	62,4
eu temo que coisas ruins me aconteçam	500	36,3
eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão	19	1,4
7. eu gosto de mim mesmo	1189	86,2
eu não gosto muito de mim mesmo	186	13,5
eu me odeio	4	0,3
8. norrmalmente não me sinto culpado pelas coisas ruins ...	1066	77,3
muitas coisas ruins que acontecem são culpa minha	289	21,0
tudo de mal que acontece é por minha culpa	24	1,7
9. eu não penso em me matar	1079	78,2
eu penso em me matar, mas não o faria	285	20,7
eu quero me matar	15	1,1
10. eu sinto vontade de chorar de vez em quando	1108	80,3
eu sinto vontade de chorar frequentemente	238	17,3
eu sinto vontade de chorar diariamente	33	2,4
11. Eu me sinto preocupado de vez em quando	950	68,9
Eu me sinto preocupado frequentemente	374	27,1
Eu me sinto sempre preocupado	55	4,0
12. Eu gosto de estar com pessoas	1217	88,3
Frequentemente eu não gosto de estar com pessoas	145	10,5
Eu não gosto de estar com pessoas	17	1,2
13. Eu tenho boa aparência	869	63,0
Minha aparência tem alguns aspectos negativos	454	32,9
Eu sou feio	56	4,1
14. Eu durmo bem a noite	829	60,1
Eu tenho dificuldade de dormir algumas noites	512	37,1
Eu tenho sempre dificuldade de dormir a noites	38	2,8
15. Eu me canso de vez em quando	1068	77,4
Eu me canso frequentemente	266	19,3
Eu estou sempre cansado	45	3,3
16. Eu nao me sinto sozinha	873	63,3
Eu me sinto sozinha muitas vezes	472	34,2
Eu sempre me sinto sozinha	34	2,5
17. Eu me divirto na escola frequentemente	918	66,6
Eu me divirto na escola de vez em quando	428	31,0
Eu nunca me divirto na escola	33	2,4
18. Sou tao bom quanto outras crincas	811	58,8
Se eu quiser posso ser tão bom quanto outras crincas	520	37,7
Nao posso ser tao bom quanto outras crianças	48	3,5
19. Eu tenho certeza que sou amado por alguém	1153	83,6
Eu nao tenho certeza que alguém me ama	207	15,0
Ninguem gosta de mim realmente	19	1,4
20. Eu sempre faço o que me mandam	673	48,8
Eu sempre faço o que me mandam com frequencia	555	40,2
Eu nunca faço o que me mandam	151	10,9

Na próxima seção, serão comentados os itens que foram escolhidos pelos escolares da amostra sem sintomatologia depressiva com mais e menos frequência, conforme descrito na Tabela 6. Vale ressaltar que, para essa análise, optou-se por considerar apenas a

última alternativa do CDI, já que as questões de valor 2 são as que mais caracterizam a sintomatologia depressiva. A análise revelou que 10,9% dos participantes afirmaram que nunca fazem o que lhes mandam (questão 20), e 4,1% disseram que se acham feios (questão 13), enquanto 4,0% disseram que sempre estão preocupados (questão 11); já 3,5% admitem que não podem ser tão bons quanto outras crianças (questão 18); 3,3% disseram que estão sempre cansados (questão 15), 2,5%, que frequentemente se sentem sozinhos (questão 16), e 2,4% afirmaram que sentem vontade de chorar diariamente (questão 10).

Foi realizada também uma análise das falas dos escolares que ultrapassaram o ponto de corte (17) no CDI. As respostas dos que têm sintomatologia depressiva podem ser observadas na Tabela 7.

Tabela 7. Frequências e percentuais das respostas dos escolares que ultrapassaram ponto de corte (17) com N = 156

QUESTÕES DO CDI	Escolares	Percentual(%)
1. a) eu fico triste de vez em quando	54	34,6
b) eu fico triste muitas vezes	84	53,8
c) eu estou sempre triste	18	11,5
2. a) para mim tudo se resolverá bem	27	17,3
b) eu não tenho a certeza se as coisas darão certo para mim	105	67,3
c) nada vai dar certo para mim	24	15,4
3. a) eu faço bem a maioria das coisas	55	35,3
b) eu faço errado a maioria das coisas	70	44,9
c) eu faço tudo errado	31	19,9
4. a) eu me divirto com muitas coisas	48	30,8
b) eu me divirto com algumas coisas	98	62,8
c) nada é divertido pra mim	10	6,4
5. a) eu sou mal de vez em quando	111	71,2
b) eu sou mal com frequência	28	17,9
c) eu sou sempre mal	17	10,9
6. a) de vez em quando penso que coisas ruins vão acontecer	54	34,6
b) eu temo que coisas ruins me aconteçam	81	51,9
c) eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão	21	13,5
7. a) eu gosto de mim mesmo	53	34,0
b) eu não gosto muito de mim mesmo	71	45,5
c) eu me odeio	32	20,5
8. a) normalmente não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem	42	26,9
b) muitas coisas ruins que acontecem são culpa minha	86	55,1
c) tudo de mal que acontece é por minha culpa	28	17,9
9. a) eu não penso em me matar	38	24,4
b) eu penso em me matar, mas não o faria	99	63,5
c) eu quero me matar	19	12,2

10. a) eu sinto vontade de chorar de vez em quando	32	20,5
b) eu sinto vontade de chorar frequentemente	63	40,4
c) eu sinto vontade de chorar diariamente	61	39,1
11. a) eu me sinto preocupado de vez em quando	22	14,1
b) eu me sinto preocupado frequentemente	70	44,9
c) eu me sinto sempre preocupado	64	41,0
12. a) eu gosto de estar com pessoas	57	36,5
b) frequentemente eu não gosto de estar com pessoas	62	39,7
c) eu não gosto de estar com pessoas	37	23,7
13. a) eu tenho boa aparência	28	17,9
b) minha aparência tem alguns aspectos negativos	67	42,9
c) eu sou feio	61	39,1
14. a) eu durmo bem a noite	34	21,8
b) eu tenho dificuldade de dormir algumas noites	89	57,1
c) eu tenho sempre dificuldade de dormir a noites	33	21,2
15. a) eu me canso de vez em quando	42	26,9
b) eu me canso frequentemente	62	39,7
c) eu estou sempre cansado	52	33,3
16. a) eu não me sinto sozinha	18	11,5
b) eu me sinto sozinha muitas vezes	73	46,8
c) eu sempre me sinto sozinha	65	41,7
17. a) eu me divirto na escola frequentemente	45	28,8
b) eu me divirto na escola de vez em quando	81	51,9
c) eu nunca me divirto na escola	30	19,2
18. a) sou tão bom quanto outras crianças	28	17,9
b) se eu quiser posso ser tão bom quanto outras crianças	88	56,4
c) Não posso ser tão bom quanto outras crianças	40	25,6
19. a) eu tenho certeza que sou amado por alguém	55	35,3
b) eu não tenho certeza que alguém me ama	59	37,8
c) ninguém gosta de mim realmente	42	26,9
20. a) eu sempre faço o que me mandam	36	23,1
b) eu sempre faço o que me mandam com frequência	75	48,1
c) eu nunca faço o que me mandam	45	28,8

Serão comentados os itens que foram escolhidos por esses participantes com uma frequência maior e menor. O mesmo procedimento empregado para analisar a amostra total foi utilizado para a da amostra com sintomas depressivos, ou seja, enfocando apenas a última alternativa do CDI.

As respostas dos sujeitos podem ser vistas na Tabela 7. Os resultados mostram que as maiores frequências foram “Eu sempre me sinto sozinha” (1) (41,7% - questão 16), “Eu me sinto sempre preocupado” (2) (41,0% - questão 11), “Eu sinto vontade de chorar diariamente” (3) (39,1% – questão 10), “Eu sou feio” (4) (39,1% - questão 13), “Eu estou sempre cansado” (5) (33,3% - questão 15). Conforme mostra a Tabela 6, os sintomas menos frequentes foram: “nada é divertido pra mim” (1) (6,4% - item 4), “eu sou sempre mau” (2) (10,9% - item 5),

“eu quero me matar (3)” (12,2% - item 9), “eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão (4)” (13,5% - item 6) e “nada vai dar certo para mim (5)” (15,4% - item 2).

No que concerne à média e ao desvio padrão dos escolares em relação ao desempenho no CDI e às variáveis sexo, série e repetência, a média obtida foi de 7,43, com desvio padrão 5,413. Os escolares apresentaram para o CDI escores mínimos iguais a 0 e máximo de 36, respectivamente.

Tendo em vista a natureza diferente das variáveis sociodemográficas envolvidas no presente estudo, para avaliar as possíveis relações entre CDI e idade dos escolares, foi utilizada a correlação de Pearson (ou a de Spearman). Não foram encontradas correlações significativas em nível de 5% de significância entre as duas variáveis (Pearson: $r = 0,031$; p-valor = 0,230 e Spearman: $r_s = 0,047$; p-valor = 0,067).

A *análise de variância* (ANOVA) foi empregada para se examinar a relação entre os sintomas depressivos e a série escolar. Também não houve diferença significativa entre as duas variáveis (estatística $F = 0,465$; p-valor = 0,629).

O *teste t-student*, para duas amostras independentes, avaliou as relações entre o inventário de depressão infantil e o gênero e a repetência escolar. Em relação à variável sexo, houve diferença significativa entre os sintomas depressivos e o gênero, com 63,5%, no sexo feminino, e 36,5%, no masculino (estatística $t = -2,665$, $gl = 1459,13$; p-valor = $0,008 < 0,05$).

Além dos escolares do sexo feminino, os participantes repetentes apresentaram também uma média mais alta no CDI, com uma diferença significativa entre os sintomas de depressão e repetência (estatística $t = 2,170$, $gl = 321,81$; p-valor = $0,031 < 0,05$). A suposição de igualdade de variância não foi verificada pelo teste de Levene para ambas as comparações do inventário de depressão infantil e as variáveis gênero e repetência escolar.

6.3- REPERTÓRIO DAS ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM

A seguir, será apresentada uma análise das respostas dos escolares frente às questões relativas à escala de estratégias de aprendizagem, tendo em vista o segundo objetivo desta tese.

Essa escala é composta por quarenta itens objetivos e uma questão aberta. A pontuação máxima possível é de 120 pontos, e o valor mínimo é de 40 pontos. A Tabela 8 fornece a média e o desvio padrão da escala de estratégias de aprendizagem em relação às variáveis demográficas.

Tabela 8. Escores da escala de estratégia de aprendizagem em relação às variáveis demográficas: sexo, série e repetência

	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
SEXO			
<i>Masculino</i>	650	86,80	9,852
<i>Feminino</i>	885	88,12	10,493
SÉRIE			
<i>1o. Ano</i>	631	88,02	10,182
<i>2o. Ano</i>	500	86,54	10,355
<i>3o. Ano</i>	404	88,11	10,132
REPETÊNCIA			
<i>Sim</i>	252	86,59	10,606
<i>Não</i>	1267	87,73	10,180
TOTAL	1535	87,56	10,243

Conforme a Tabela 8, a média obtida dos participantes na escala de estratégias de aprendizagem foi 87,56 e desvio padrão 10,243. O valor mínimo atingido foi 53, e o máximo, de 113 pontos.

Considerando a média dos escolares na escala de estratégias de aprendizagem, verificou-se que 838 participantes (54,6%) apresentaram escore igual ou acima da média de 87,56. E 697 (45,4%) apresentaram escores abaixo da média de 87,56.

A Tabela 9 traz as estratégias “sempre”, “algumas vezes” ou “nunca” utilizadas pela amostra total, para que possamos ter um parâmetro de observação das estratégias mais e menos usadas pelos alunos com sintomatologia.

Tabela 9. Respostas dos escolares item por item da escala de estratégia de aprendizagem – sem sintomas de depressão (N = 1379)

Estratégias de Aprendizagem	Sempre		Algumas vezes		Nunca	
	f	%	f	%	f	%
Est.01 ao ler o texto repete em voz alta	181	13,1	843	61,2	354	25,7
est.02 sublinha as partes importantes do texto	190	13,8	554	40,2	634	46,0
est.03 costuma verificar se está fazendo a tarefa certo	136	9,9	614	44,6	627	45,5
est.04 percebe quando tem dificuldades para aprender algum assunto	90	6,6	325	23,7	959	69,8
Est.05 resume os textos para estudar	340	24,7	691	50,2	346	25,1
est.06 quando estuda, percebe que não está aprendendo	119	8,7	507	36,9	748	54,4
est.07 quando lê um texto o reescreve com suas palavras	380	27,6	658	47,8	338	24,6
est.08 consegue ir até o final da tarefa, mesmo as difíceis ou chatas	219	15,9	817	59,4	340	24,7
est.09 consegue ficar concentrado no estudo	114	8,3	799	58,0	465	33,7
est.10 para durante a leitura para verificar se compreendeu	254	18,4	565	41,0	559	40,6
Est.11 tem vontade de ler e estudar	131	9,5	732	53,3	511	37,2
est.12 cria perguntas e respostas sobre o assunto estudado	379	27,6	592	43,1	401	29,2
est.13 tenta descobrir quais as idéias principais do que leu	236	17,1	619	44,9	523	38,0
est.14 consegue controlar o medo quando precisa mostrar ao professor o que vc sabe do assunto	284	20,6	609	44,2	486	35,2
est.15 lê e tenta compreender as figuras, gráficos e Tabelas	165	12,0	559	40,7	651	47,3
est.16 faz esquemas usando as idéias principais do texto	455	33,0	599	43,5	324	23,5
est.17 quando estuda, consegue perceber o quanto está aprendendo	126	9,2	448	32,6	801	58,3
est.18 costuma pedir ajuda ao professor quando não entende o que ele explica	184	13,4	688	50,0	505	36,7
est.19 costuma reler em casa o que escreveu durante as aulas	306	22,2	751	54,5	321	23,3
est.20 procura no dicionário o significado das palavras	343	24,9	578	41,9	457	33,2
est.21 pergunta a alguém de casa ou aos colegas as dúvidas sobre a matéria estudada	195	14,1	434	31,5	750	54,4

est.22 em casa, divide bem as horas livres para ter tempo para estudar e fazer outras atividades	283	20,5	648	47,0	448	32,5
est.23 costuma procurar local calmo e bem iluminado para estudar	172	12,5	356	25,8	851	61,7
est.24 tenta manter a calma quando está fazendo uma tarefa difícil	158	11,5	461	33,5	759	55,1
est.25 costuma ler outros livros e textos sobre o assunto explicado	387	28,1	643	46,7	348	25,3
est.26 percebe quando não entende o que está lendo	143	10,4	309	22,4	926	67,2
est.27 quando não entendeu o que leu, você costuma parar e ler novamente	161	11,7	340	24,8	870	63,5
est.28 costuma estudar ou fazer o dever de casa de "última hora" *	414	30,1	799	58,0	164	11,9
est.29 antes de começar a estudar você separa todo o material que irá precisar	206	14,9	387	28,1	786	57,0
est.30 costuma desistir quando a tarefa é difícil ou chata*	233	17,0	845	61,5	296	21,5
est.31 costuma ficar pensando em outra coisa quando o professor está explicando*	245	17,8	975	70,8	157	11,4
est.32 escuta música ou assiste tv enquanto estuda*	295	21,4	628	45,6	455	33,0
est.33 durante as aulas copia tudo o que o professor escreve no quadro	121	8,8	527	38,2	730	53,0
est.34 costuma anotar no caderno ou na agenda para lembrar das tarefas de casa	308	22,4	513	37,2	557	40,4
est.35 costuma comer enquanto estuda ou faz o dever de casa*	305	22,1	621	45,0	453	32,8
est.36 antes de começar a ler um texto tenta descobrir o assunto a partir das figuras ou do título	286	20,7	696	50,5	397	28,8
est.37 costuma pensar em outra coisa ou se distrair quando estuda*	307	22,3	880	63,9	191	13,9
est.38 costuma se "esquecer" de fazer o dever de casa*	240	17,4	894	64,9	244	17,7
est.39 quando faz as tarefas costuma se sentir nervoso e com medo de estar fazendo errado*	225	16,3	581	42,2	572	41,5
est.40 se sente cansado quando lê, estuda ou faz o dever de casa*	296	21,5	767	55,7	314	22,8

(*) Questões na escala com valores invertidos de pontuação de resposta

A Tabela 9 mostra que a estratégia mais mencionada pelos participantes foi a do item 16, que se refere à organização (estratégia cognitiva), com 33,0% do total da amostra, em que consta que o aluno “faz esquemas usando as ideias principais do texto”. Outra estratégia bastante citada foi a do item 28, que trata da regulação, ou seja, do gerenciamento do tempo (estratégia metacognitiva), em que 30,1% afirmaram que costumam “estudar ou fazer o dever de casa de "última hora”. A estratégia 25 vem logo depois, com 28,1%, e diz respeito a

“*costumar ler outros livros e textos sobre o assunto abordado*”, uma estratégia relacionada à compreensão da leitura (estratégia metacognitiva).

Empatadas como quarta estratégia mais citada, com 27,6%, estão a 07 e a 12. Em relação à primeira - “*quando lê um texto o reescreve com suas palavras*” - e à segunda - “*cria perguntas e respostas sobre o assunto estudado*” - é interessante observar que ambas são estratégias do tipo cognitiva e de elaboração.

Quanto à frequência de uso das estratégias de aprendizagem, algumas delas foram escolhidas pelos participantes como sendo empregadas apenas algumas vezes. Entre os participantes 70,8% (est.31) admitem que sempre ficam “*pensando em outra coisa quando o professor está falando*”. Essa é considerada uma estratégia metacognitiva de monitoramento da atenção. Em seguida, 64,9% afirmam que, às vezes, esquecem-se “*de fazer o dever de casa*” (estratégia 38), que é uma estratégia metacognitiva de planejamento. Já 63,9% (est.37) costumam, algumas vezes, pensar em outra coisa ou se distrair quando estudam; 61,5% costumam desistir, às vezes, quando a tarefa é difícil ou chata (item 30 relacionado à motivação e à persistência – estratégia metacognitiva).

Os resultados demonstram que a maioria das estratégias de aprendizagem foi citada pelos participantes como sendo utilizadas “sempre” ou “algumas vezes”, contudo algumas foram mencionadas como “nunca” sendo utilizadas por alguns participantes. Entre essas, merece ser destacado o fato de 69,8% terem assinalado nunca “*perceber quando tem dificuldades para aprender algum assunto*” (est.04) - estratégia de monitoramento metacognitiva; já 67,2% (item 26) afirmam que nunca percebem “*quando não entendem o que está lendo*”. Essa é uma estratégia metacognitiva de compreensão da leitura; já 63,5% disseram que “*quando não entenderam o que leram, “nunca” costumam parar e ler novamente*” que é uma estratégia metacognitiva de monitoramento da compreensão da leitura

(est.27). Já 61,7% afirmam que nunca costumam procurar local calmo e bem iluminado para estudar (item 23).

A última questão da escala (item 41) foi aberta e objetivava saber se o aluno faz uso de outras estratégias de aprendizagem, além das citadas na escala de avaliação de estratégias de aprendizagem. A maioria (62,9%) afirmou não usar nenhuma outra estratégia de aprendizagem, enquanto que 26,2% disseram que, às vezes, usam outras estratégias, e 10,9%, que sempre fazem uso de outros tipos de estratégias de aprendizagem.

Na Tabela 10, apresentada a seguir, teremos as respostas, item por item, da escala de estratégias de aprendizagem do grupo que apresenta sintomatologia depressiva.

Tabela 10. Respostas dos escolares item por item da escala de estratégia de aprendizagem do grupo com sintomatologia de depressão (N = 156)

Estratégias de Aprendizagem	Sempre		Algumas vezes		Nunca	
	F	%	f	%	f	%
Est.01 ao ler o texto repete em voz alta	23	14,7	87	55,8	46	29,5
Est.02 sublinha as partes importantes do texto	23	14,7	60	38,5	73	46,8
Est.03 costuma verificar se está fazendo a tarefa certo	26	16,7	68	43,6	62	39,7
Est.04 percebe quando tem dificuldades para aprender algum assunto	10	6,4	33	21,2	113	72,4
Est.05 resume os textos para estudar	46	29,7	64	41,3	45	29,0
Est.06 quando estuda, percebe que não está aprendendo	20	12,8	43	27,6	93	59,6
est.07 quando lê um texto o reescreve com suas palavras	62	39,7	61	39,1	33	21,2
est.08 consegue ir até o final da tarefa, mesmo as difíceis ou chatas	42	27,1	77	49,7	36	23,2
est.09 consegue ficar concentrado no estudo	18	11,6	88	56,8	49	31,6
est.10 para durante a leitura para verificar se compreendeu	29	18,6	59	37,8	68	43,6
est.11 tem vontade de ler e estudar	24	15,4	77	49,4	55	35,3
est.12 cria perguntas e respostas sobre o assunto estudado	45	28,8	63	40,4	48	30,8
est.13 tenta descobrir quais as idéias principais do que leu	30	19,2	59	37,8	67	42,9
est.14 consegue controlar o medo quando precisa mostrar ao professor o que vc sabe do assunto	39	25,2	72	46,5	44	28,4
est.15 lê e tenta compreender as figuras, gráficos e Tabelas	17	10,9	79	50,6	60	38,5
est.16 faz esquemas usando as idéias principais do texto	58	37,2	66	42,3	32	20,5
est.17 quando estuda, consegue perceber o quanto está aprendendo	21	13,6	48	31,2	85	55,2
est.18 costuma pedir ajuda ao professor quando não	38	24,4	71	45,5	47	30,1

entende o que ele explica						
est.19 costuma reler em casa o que escreveu durante as aulas	47	30,1	80	51,3	29	18,6
est.20 procura no dicionário o significado das palavras	40	25,6	55	35,3	61	39,1
est.21 pergunta a alguém de casa ou aos colegas as dúvidas sobre a matéria estudada	22	14,1	63	40,4	71	45,5
est.22 em casa, divide bem as horas livres para ter tempo para estudar e fazer outras atividades	43	27,6	67	42,9	46	29,5
est.23 costuma procurar local calmo e bem iluminado para estudar	25	16,0	37	23,7	94	60,3
est.24 tenta manter a calma quando está fazendo uma tarefa difícil	23	14,7	44	28,2	89	57,1
est.25 costuma ler outros livros e textos sobre o assunto explicado	44	28,2	78	50,0	34	21,8
est.26 percebe quando não entende o que está lendo	19	12,2	25	16,0	112	71,8
est.27 quando não entendeu o que leu, você costuma parar e ler novamente	32	20,6	37	23,9	86	55,5
est.28 costuma estudar ou fazer o dever de casa de "última hora" *	73	46,8	63	40,4	20	12,8
est.29 antes de começar a estudar você separa todo o material que irá precisar	23	14,7	43	27,6	90	57,7
est.30 costuma desistir quando a tarefa é difícil ou chata*	47	30,1	85	54,5	23	14,7
est.31 costuma ficar pensando em outra coisa quando o professor está explicando*	53	34,0	80	51,3	23	14,7
est.32 escuta música ou assiste tv enquanto estuda*	47	30,1	65	41,7	44	28,2
est.33 durante as aulas copia tudo o que o professor escreve no quadro	24	15,5	51	32,9	80	51,6
est.34 costuma anotar no caderno ou na agenda para lembrar das tarefas de casa	39	25,0	73	46,8	44	28,2
est.35 costuma comer enquanto estuda ou faz o dever de casa*	48	30,8	61	39,1	47	30,1
est.36 antes de começar a ler um texto tenta descobrir o assunto a partir das figuras ou do título	37	23,7	60	38,5	59	37,8
est.37 costuma pensar em outra coisa ou se distrair quando estuda*	56	35,9	76	48,7	24	15,4
est.38 costuma se "esquecer" de fazer o dever de casa*	53	34,0	78	50,0	25	16,0
est.39 quando faz as tarefas costuma se sentir nervoso e com medo de estar fazendo errado*	47	30,1	62	39,7	47	30,1
est.40 se sente cansado quando lê, estuda ou faz o dever de casa*	60	38,5	54	34,6	42	26,9

(*) Questões na escala com valores de pontuação de resposta invertidos

A Tabela 10 mostra que a estratégia mais mencionada pelos escolares com sintomatologia de depressão foi a do item 28. Do total da amostra, 46,8% disseram que costumam “*estudar ou fazer o dever de casa de "última hora"*”*. Outra estratégia bastante citada foi a do item 07, em que 39,7% afirmaram que “*quando leem um texto o reescrevem com suas palavras*”. A amostra reporta também ao uso da estratégia 16 (cognitiva), em que

37,2% dizem que sempre fazem “*esquemas usando as ideias principais do texto*”, e o item 37, em que 35,9% declaram que sempre pensam em outra coisa quando estão estudando (metacognitiva).

Quanto às estratégias menos utilizadas pela amostra de alunos com sintomatologia depressiva, são também apontadas como menos usadas as estratégias 04 (“*percebe quando tem dificuldades para aprender algum assunto*”), com 72,4%, e a 26, com 71,8%, em que o aluno diz que “*percebe quando não entende o que está lendo*” (ambas metacognitivas). Entre os estudantes com sintomas de depressão, também foram encontradas como sendo “nunca” utilizadas as questões 23 “*costuma procurar local calmo e bem iluminado para estudar*”, 72,4%); 59,6% afirmam que “*quando estudam, percebem que não estão aprendendo*” (item 06); na estratégia 24, apenas 57,1% diz “*tentar manter a calma quando está fazendo uma tarefa difícil*”; e 55,7% afirmam que “*quando não entenderam o que leram, costumam parar e ler novamente*” (est.27). E por fim, a estratégia 17, em que 55,2% expressam que “*quando estudam conseguem perceber o quanto estão aprendendo*”. Todas essas estratégias são do tipo metacognitiva.

Ao comparar as duas amostras, percebe-se que, em relação ao item 28, os estudantes com sintomatologia reportam, mais frequentemente, que deixam o dever de casa para fazer de última hora, quando comparado com a amostra total. Os resultados da estratégia 40 também se mostram bastante significativos, porquanto os que apresentam sintomatologia (38,5%) assinalam que se sentem mais cansados quando leem, estudam ou fazem o dever de casa do que os que não têm sintomatologia (21,5%).

Quanto à última questão da escala (item 41), que foi aberta e buscou saber se o aluno faz uso de outras estratégias de aprendizagem, além das citadas na escala de avaliação de estratégias de aprendizagem, a maioria (59,5%) afirmou que nunca emprega outra estratégia de aprendizagem.

Tendo em vista os resultados encontrados, é imprescindível uma observação mais apurada das estratégias de aprendizagem que estão sendo efetivamente utilizadas pelos alunos, no sentido de estimular o uso das que estão sendo preteridas, tanto devido à sua falta de conhecimento e do professor quanto por causa da falta de hábito, buscando uma melhora eficaz da aprendizagem.

6.4- CORRELAÇÕES ENTRE A SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E AS ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM QUANTO AO SEXO E À INTERAÇÃO SOCIAL

Neste item, serão apresentadas algumas correlações, com o objetivo de se conhecer mais a respeito de como se relacionam o uso das estratégias de aprendizagem e a depressão, procurando também reunir evidências acerca dos correlatos demográficos, sociais e educacionais desses construtos.

Iniciamos essa investigação com uma análise de como se correlaciona a depressão em relação à idade dos participantes. Através do teste de significância, verificou-se que não foi aceita essa correlação ao nível de 5% de significância, pois o teste de significância para a correlação de Pearson forneceu $r = 0,031$ com significância $p\text{-valor} = 0,230 > 0,05$, indicou uma correlação não significativa ou resultados não significativos. Similarmente, o teste de significância para correlação de Spearman apresentou $r_s = 0,047$ com significância $p\text{-valor} = 0,067 > 0,05$, fornecendo resultados não significativos.

Em seguida, buscou-se verificar se haveria alguma diferença significativa entre a pontuação em depressão e o fator sexo (Tabela 11).

Tabela 11 – Correlação do CDI segundo a variável sexo (N= 1535)

SEXO	N	MÉDIA	DP	EPM
MASCULINO	650	7,01	5,135	0,201
FEMININO	885	7,74	5,592	0,188

DP= Desvio Padrão
EPM= Erro Padrão da Médi

O teste t para comparação de duas amostras independentes foi aplicado na comparação da pontuação dos sintomas de depressão entre os escolares segundo o sexo ($média_{(M)} = 7,74$ e $média_{(H)} = 7,01$), fornecendo estatística $t = -2,665$ e significância $p\text{-valor} = 0,008 < 0,05$, indicando diferença significativa. Pode-se verificar, com a aplicação do teste de Levene, que a igualdade de variâncias não foi verificada, sendo a estatística $F = 7,548$ e $p\text{-valor} = 0,006$.

Buscando-se verificar a presença da sintomatologia depressiva em relação ao sexo e à pontuação dos escores do CDI, uma vez que este não se distribui normalmente, optou-se por realizar o teste não paramétrico U de Mann-Whitney, correspondente ao teste t. Assim sendo, o teste U de Mann-Whitney forneceu um resultado estatístico $U = 26237,000$ e $Z = -2,382$ e significância (bilateral) $p\text{-valor} = 0,017 < 0,05$, mostrando resultados significativos ao nível de 5%, ou seja, as mulheres apresentam mais sintomas depressivos que os homens.

Na Tabela 12, a seguir, procurou-se analisar de que modo a depressão se correlacionaria com os indicadores de integração social (relacionamento com pais, irmãos, colegas e professores).

Tabela 12- Correlação entre o CDI e as variáveis de integração (pais, irmãos, colegas e professores

Variáveis	Correlação de Pearson (<i>r</i>)	Correlação de Spearman (<i>rs</i>)	Significância p-valor	
			<i>r</i>	<i>rs</i>
CDI_escores x Rel_pais	0,157	0,140	p = 0,000**	p = 0,000**
CDI_escores x Rel_irmãos	0,099	0,088	p = 0,000**	p = 0,001**
CDI_escores x Rel_colegas	0,255	0,247	p = 0,000**	p = 0,000**
CDI_escores x Rel_professor	0,207	0,197	p = 0,000**	p = 0,000**

** P-valor < 0,001 indicando resultados significativos.

O teste de significância para a correlação de Pearson indica uma correlação significativa (porém positiva) entre a pontuação da depressão com os indicadores de integração social (relacionamento com pais, irmãos, colegas e professores), ao nível de 0,1% de significância. Ou seja, os estudantes com sintomatologia depressiva demonstram ter um relacionamento positivo com pais, irmãos, professores e colegas.

6.5-ANÁLISE FATORIAL DAS ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM

Neste momento, será demonstrado, através da aplicação da análise fatorial exploratória (técnica multivariada), que a estratégia de aprendizagem será melhor representada por uma estrutura multifatorial, estando formada pelos fatores compreensão, motivação e distração.

A análise fatorial exploratória para as 40 questões da escala de estratégias de aprendizagem foi aplicada utilizando-se, para seu desenvolvimento, o método de análise das

componentes principais. Para isso, optou-se pela escolha do número de fatores do critério de Normalização de Kaiser ou Critério da Raiz Latente (autovalores > 1). Isso significa que os fatores retidos devem ter autovalores maiores que 1. Conforme Hair et al. (1998), esse critério é o mais utilizado e adequado para instrumentos que têm entre 20 e 50 variáveis, como é o caso do presente instrumento, com 40 variáveis.

Procedeu-se, então, à análise dos dados, sendo consideradas para estudo as 40 variáveis originais que satisfizeram os critérios de inclusão, submetidas a uma avaliação da significância da matriz de correlação entre as variáveis com a verificação das medidas de adequação de amostra *KMO* e *teste de esfericidade de Bartlett*, para continuidade de aplicação de uma análise fatorial exploratória. Os resultados são apresentados na Tabela 13, a seguir:

Tabela 13. Normalização de Kaiser – medidas de adequação de amostra

Medida de adequação de amostra *	<i>KMO</i> = 0,895 “satisfatório”
Teste de esfericidade de Bartlett	χ^2 aprox. = 11348,978
A matriz de correlação é a matriz identidade	graus de liberdade(<i>g.l.</i>) = 780
	<i>p-valor</i> = 0,000

(*) A Matriz anti-imagem apresenta em sua diagonal, para cada variável considerada, medida de adequação da amostra individual: *MAA* $> 0,50$.

O critério da raiz latente (autovalor > 1) é representado pela Figura 1 (Gráfico do Scree Plot), que apresenta a distribuição gráfica mostrando os fatores associados às 40 variáveis originais.

A aplicação da análise fatorial resultou, inicialmente, em uma estrutura multifatorial constituída de nove fatores que explicam 46,47% da variância total das variáveis originais consideradas.

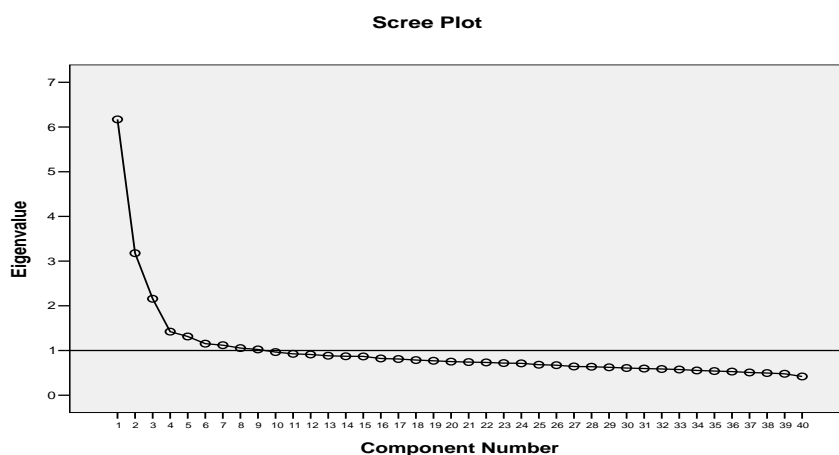


Figura 1. Extração de fatores, critério da raiz latente (autovalor>1), Scree Plot

Considerou-se como resultado final da análise fatorial, a partir do método das componentes principais e da rotação ortogonal varimax, a matriz rotada (ver Tabela 14), constituída dos três primeiros e principais componentes ou fatores, conservando ou reproduzindo as dimensões *compreensão*, *motivação* e *distração*, explicando 28,76% da variância total das variáveis originais consideradas. A rotação ortogonal varimax fornece uma clara separação entre os fatores, preservando sua orientação original.

Pode-se observar, na matriz rodada, que o primeiro fator ou componente, sozinho, é responsável pela explicação de 15,43% da variação total das variáveis originais.

Tabela 14. Estrutura fatorial da escala de estratégia de aprendizagem

	Fatores ou Componentes								
	FI	FII	FIII	FIV	FV	FVI	FVII	FVIII	FIX
est.26	,690	-,152	-,062	-,142	,075	,140	,044	,107	-,049
est.04	,663	-,098	-,111	-,235	-,005	,209	-,030	,181	-,127
est.17	,643	,060	-,024	,040	,093	,121	,093	-,013	-,017
est.23	,641	,092	,144	,093	-,095	,006	,082	,066	,045
est.29	,616	,209	,107	,034	-,111	-,086	-,123	,017	,018
est.33	,599	,230	,078	,102	,141	-,145	-,131	-,081	,076
est.27	,597	,102	,126	-,022	-,120	,117	,155	,017	,169
est.24	,529	,102	,018	,020	,166	-,005	,106	-,280	,100
est.21	,518	,018	,001	,072	,044	-,097	,069	,323	-,078

est.06	,492	-,083	-,140	-,105	,003	,317	-,049	,143	-,335
est.15	,477	,006	,058	-,002	,156	,240	,177	-,142	,212
est.34	,401	,324	,122	,156	-,084	-,245	-,089	,120	,130
est.09	,394	,260	,178	,148	,090	,033	,279	-,076	,136
est.25	-,125	,617	,029	,153	,057	,280	,097	-,016	,009
est.22	,140	,608	,071	,196	-,143	-,030	,124	-,059	-,115
est.19	,108	,604	,140	,233	-,015	,061	,065	,034	-,175
est.20	,083	,560	,046	,008	,214	,011	-,071	,178	,139
est.11	,309	,468	,019	,000	,208	-,003	,096	,032	,163
est.03	,325	,333	,138	,211	,127	,157	,013	-,170	,071
est.02	,275	,285	,029	,152	-,056	,262	-,206	,264	-,003
est.31	,069	,081	,644	-,010	,095	,030	,158	,024	,056
est.32	,106	-,040	,639	,056	-,134	-,022	-,028	-,141	-,082
est.37	,042	,050	,620	,097	,104	,049	,109	,112	,166
est.28	,031	,254	,492	,007	,160	-,115	-,102	-,058	-,074
est.38	-,021	,345	,438	-,100	,262	,069	-,004	,056	-,172
est.35	,002	-,106	,414	,047	,127	,108	-,176	-,399	-,201
est.05	,091	,093	,013	,716	-,040	-,100	-,001	,014	-,031
est.07	-,041	,125	,058	,595	,013	,132	,057	,026	,131
est.12	-,010	,122	,007	,587	,251	,078	,078	,207	-,026
est.16	-,078	,239	,011	,478	,002	,406	,020	,028	,072
est.30	,073	-,004	,226	,108	,669	,008	-,026	-,033	-,094
est.08	,106	,317	-,070	,087	,589	-,050	,050	-,285	,109
est.40	-,019	,050	,356	-,046	,467	,082	,200	,214	,064
est.13	,271	,125	,040	,195	,051	,616	,025	-,039	,116
est.10	,338	,254	,075	-,031	-,090	,394	,087	,216	,224
est.14	,087	,043	,014	,044	-,021	,110	,700	-,166	-,030
est.18	,243	,209	,074	,097	,074	-,145	,519	,144	,039
est.01	,111	,057	-,008	,196	-,015	,057	-,111	,644	,034
est.36	,108	-,093	,004	,109	,054	,190	,011	,082	,663
est.39	-,082	-,118	,184	,040	,252	,087	,388	,040	-,421

Extração Método: análise componente principal
Rotação Varimax com normalização de Kaise

Pode-se observar que os três primeiros e principais fatores explicam, juntos, 28,76%, sendo que a compreensão explica 15,426%, a motivação, 7,941%, e a distração, 5,393% da variância total das 40 variáveis originais da escala de estratégia de aprendizagem.

Na Tabela 15, a seguir, é apresentada a estrutura multifatorial contendo os três fatores principais, que são denominados, respectivamente, de FI = compreensão; FII= motivação e FIII= distração e as suas respectivas cargas fatoriais.

Tabela 15. Estrutura multifatorial com três fatores - FI, FII e FIII – rotulados, respectivamente, de compreensão, motivação e distração

Estratégias de Aprendizagem	Carga Fatorial (pesos)
FI: COMPREENSÃO	
est.26 percebe quando não entende o que está lendo	$p_1 = 0,690$
est.04 percebe quando tem dificuldades para aprender algum assunto	$P_2 = 0,663$
est.17 quando estuda, consegue perceber o quanto está aprendendo	$P_3 = 0,643$
est.23 costuma procurar local calmo e bem iluminado para estudar	$P_4 = 0,641$
est.29 antes de começar a estudar você separa todo o material que irá precisar	$P_5 = 0,616$
est.33 durante as aulas copia tudo o que o professor escreve no quadro	$P_6 = 0,599$
est.27 quando não entendeu o que leu, você costuma parar e ler novamente	$P_7 = 0,597$
est.24 tenta manter a calma quando está fazendo uma tarefa difícil	$P_8 = 0,529$
est.21 pergunta a alguém de casa ou aos colegas as ... a matéria estudada	$P_9 = 0,518$
est.06 quando estuda, percebe que não está aprendendo	$p_{10} = 0,492$
est.15 lê e tenta compreender as figuras, gráficos e Tabelas	$p_{11} = 0,477$
est.34 costuma anotar no caderno ou na agenda para lembrar das ...	$p_{12} = 0,401$
est.09 consegue ficar concentrado no estudo	$p_{13} = 0,394$
FII: MOTIVAÇÃO	
est.25 costuma ler outros livros e textos sobre o assunto explicado	$q_1 = 0,617$
est.22 em casa, divide bem as horas livres para ter tempo para estudar e ...	$q_2 = 0,608$
est.19 costuma reler em casa o que escreveu durante as aulas	$q_3 = 0,604$
est.20 procura no dicionário o significado das palavras	$q_4 = 0,560$
est.11 tem vontade de ler e estudar	$q_5 = 0,468$
est.03 costuma verificar se está fazendo a tarefa certo	$q_6 = 0,333$
est.02 sublinha as partes importantes do texto	$q_7 = 0,285$

FIII: DISTRAÇÃO

<i>est.31 costuma ficar pensando em outra coisa quando ... está explicando*</i>	$w_1 = 0,644$
<i>est.32 escuta música ou assiste tv enquanto estuda*</i>	$w_2 = 0,639$
<i>est.37 costuma pensar em outra coisa ou se distrair quando estuda*</i>	$w_3 = 0,620$
<i>est.28 costuma estudar ou fazer o dever de casa de "última hora"*</i>	$w_4 = 0,492$
<i>est.38 costuma se "esquecer" de fazer o dever de casa*</i>	$w_5 = 0,438$
<i>est.35 costuma comer enquanto estuda ou faz o dever de casa*</i>	$w_6 = 0,414$

Serão apresentados, abaixo, os escores correspondentes aos principais fatores extraídos da análise fatorial exploratória, obtidos a partir da combinação linear entre as variáveis originais das estratégias de aprendizagem:

Fator I: COMPREENSÃO (combinação linear de 13 variáveis da EEA)

Fator I = $p_1.est.26 + p_2.est04 + p_3.est17 + p_4.est23 + p_5.est29 + p_6.est33 + p_7.est27 + p_8.est24 + p_9.est21 + p_{10}.est06 + p_{11}.est15 + p_{12}.est34 + p_{13}.est09$, em que os pesos $p_{i's}$ correspondem às cargas fatoriais obtidas na análise fatorial.

Fator II: MOTIVAÇÃO (combinação linear de sete variáveis da EEA)

Fator II = $q_1.est.25 + q_2.est22 + q_3.est19 + q_4.est20 + q_5.est11 + q_6.est03 + q_7.est02$, sendo os pesos $q_{i's}$ correspondentes às cargas fatoriais obtidas na análise fatorial.

Fator III: DISTRAÇÃO (combinação linear de seis variáveis da EEA)

Fator III = $w_1.est.31 + w_2.est32 + w_3.est37 + w_4.est28 + w_5.est38 + w_6.est35$, em que os pesos $w_{i's}$ correspondem às cargas fatoriais obtidas na análise fatorial.

6.6. COMPARAÇÃO DOS ESCORES DOS FATORES FI, FII E FIII VERSUS SEXO DOS ESCOLARES

A seguir, proceder-se-á à análise comparativa entre os fatores compreensão, motivação e distração e a variável sexo (Tabela 16).

Tabela 16. Escores dos fatores FI, FII e FIII dos escolares (grupo com sintomatologia depressiva)

Fatores	Sexo	N	Média	D. Padrão	E.P. Média
FI - Compreensão	Masculino	54	17,73	2,689	0,366
	Feminino	102	17,25	3,092	0,306
FII - Motivação	Masculino	54	7,04	1,463	0,199
	Feminino	102	7,27	1,474	0,146
FIII - Distração	Masculino	54	6,57	1,592	0,217
	Feminino	102	5,67	1,291	0,128

O teste t para comparar duas amostras independentes foi aplicado na comparação dos escores do Fator I: compreensão versus o sexo dos escolares ($média_{(H)} = 17,73$ e $média_{(F)} = 17,25$), fornecendo estatística $t = 0,966$, graus de liberdade (gl) = 154 e significância p-valor = $0,336 > 0,05$; indicando diferença não significativa, e portanto, ao nível de 5%.

- Fator II: Motivação x sexo dos escolares

O teste t para a comparação de duas amostras independentes foi aplicado na comparação dos escores do Fator II: motivação versus o sexo dos escolares ($média_{(H)} = 7,04$ e $média_{(F)} = 7,27$), fornecendo estatística $t = -0,915$, graus de liberdade (gl) = 154 e significância p-valor = $0,362 > 0,05$; indicando diferença não significativa, e portanto, ao nível de 5%.

Fator III: Distração x sexo dos escolares

O teste t para comparar as duas amostras independentes foi aplicado na comparação dos escores do Fator III: Distração versus o sexo dos escolares ($média_{(H)} = 6,57$ e $média_{(F)} = 5,67$), fornecendo estatística $t = 3,819$, graus de liberdade (gl) = 154 e significância $p\text{-valor} = 0,000 < 0,05$; indicando diferença significativa, e portanto, ao nível de 5%, (Teste U: correspondente não paramétrico).

6.7. COMPARAÇÃO DOS ESCORES DOS FATORES FI, FII E FIII VERSUS TIPO DE ESCOLA

A seguir, na Tabela 17, serão comparados os fatores compreensão, motivação e distração e a variável tipo de escola (pública ou privada).

Tabela 17. Escores dos fatores FI, FII e FIII e os tipos de escola

Fatores	Escola	N	Média	D. Padrão	E.P. Média
FI - Compreensão	Pública	88	18,11	2,113	0,225
	Privada	68	16,53	3,608	0,438
FII - Motivação	Pública	88	7,40	1,314	0,140
	Privada	68	6,91	1,617	0,196
FIII - Distração	Pública	88	6,02	1,497	0,160
	Privada	68	5,93	1,425	0,173

Fator I: Compreensão x Escola

O teste t empregado para se compararem duas amostras independentes foi aplicado na comparação dos escores do Fator I: compreensão versus tipo de escola ($média_{(pub)} = 18,11$ e $média_{(pri)} = 16,53$), fornecendo estatística $t = 3,210$, graus de liberdade (gl) = 101,7

e significância p-valor = $0,002 < 0,05$; indicando diferença significativa, e portanto, ao nível de 5%.

- Fator II: Motivação x Escola

O teste t para comparação de duas amostras independentes foi aplicado na comparação dos escores do Fator II: Motivação *versus* tipo de escola ($média_{(pub)} = 7,40$ e $média_{(pri)} = 6,91$), fornecendo estatística $t = 2,049$, graus de liberdade (gl) = 127,3 e significância p-valor = $0,042 < 0,05$; indicando diferença significativa, e portanto, ao nível de 5%.

- Fator III: Distração x Escola

Para comparar as duas amostras independentes, foi aplicado o teste t na comparação dos escores do Fator III: Distração *versus* tipo de escola ($média_{(pub)} = 6,02$ e $média_{(pri)} = 5,93$), fornecendo estatística $t = 0,407$, graus de liberdade (gl) = 154 e significância p-valor = $0,683 > 0,05$; indicando diferença não significativa, e portanto, ao nível de 5%.

6.8. COMPARAÇÃO DOS ESCORES DOS FATORES FI, FII E FIII VERSUS REPETÊNCIA (N=156)

Será demonstrada, a seguir (Tabela 18), a análise comparativa entre os três principais fatores (compreensão, motivação e distração) e a variável repetência.

TABELA 18. Escores dos fatores FI, FII E FIII e a repetência

Fatores	Repetência	N	Média	D. Padrão	E.P. Média
FI – Compreensão	Não	120	15,35	2,741	0,250
	Sim	36	15,58	2,571	0,429
FII – Motivação	Não	120	7,20	1,516	0,138
	Sim	36	7,14	1,321	0,220
FIII – Distração	Não	120	5,90	1,503	0,137
	Sim	36	6,24	1,305	0,217

- Fator I: Compreensão x repetência

O teste t para comparação de duas amostras independentes foi aplicado na comparação dos escores do Fator I: Compreensão *versus* repetência dos escolares ($média_{(sim)} = 15,35$ e $média_{(não)} = 15,58$), fornecendo estatística $t = -0,448$, graus de liberdade (gl) = 154 e significância $p\text{-valor} = 0,655 > 0,05$; indicando diferença não significativa, e portanto, ao nível de 5%, rejeita a hipótese experimental ou alternativa $H_1: \mu_{sim} \neq \mu_{não}$. (Teste U: correspondente não-paramétrico)

- Fator II: Motivação x repetência

O teste t para comparação de duas amostras independentes foi aplicado na comparação dos escores do Fator II: Motivação *versus* repetência dos escolares ($média_{(sim)} = 7,20$ e $média_{(não)} = 7,14$), fornecendo estatística $t = 0,240$, graus de liberdade (gl) = 154 e significância $p\text{-valor} = 0,811 > 0,05$; indicando diferença não significativa.

- Fator III: Distração x repetência

O teste t para comparação de duas amostras independentes foi aplicado na comparação dos escores do Fator III: Distração *versus* repetência dos escolares ($média_{(sim)} = 5,90$ e $média_{(não)} = 6,24$), fornecendo estatística $t = -1,209$, graus de liberdade (gl) = 154 e significância $p\text{-valor} = 0,229 > 0,05$; indicando diferença não significativa, e portanto, ao nível de 5%.

6.9. CORRELAÇÃO ENTRE O USO DE ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM E A IDADE/SÉRIE DOS PARTICIPANTES

Outro aspecto observado foi a existência de correlação entre o uso de estratégias de aprendizagem e a idade e a série (Tabela 19) dos estudantes participantes através da média e do desvio padrão.

Tabela 19. Escores da escala de estratégias de aprendizagem em relação às variáveis idade / série dos escolares

	N	Média	Desvio Padrão
IDADE (anos)			
14	118	87,93	9,375
15	392	88,49	9,777
16	478	86,69	10,658
17	541	87,57	10,299
SÉRIE			
1o. Ano	631	88,02	10,182
2o. Ano	500	86,54	10,355
3o. Ano	404	88,11	10,132
TOTAL	1535	87,56	10,243

O teste de significância para a correlação de Pearson indica uma correlação negativa, porém, não significativa, entre a pontuação da escala de estratégias de aprendizagem com as variáveis idade (anos) – $p\text{-valor} = 0,263 > 0,05$ e série dos escolares (1º, 2º. e 3º. Anos) - $p\text{-valor} = 0,837 > 0,05$, não havendo, portanto, associação ou correlação significativa entre os escores da escala de avaliação das estratégias de aprendizagem com as variáveis idade e série dos escolares.

6.10. CORRELAÇÃO ENTRE AS ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM COGNITIVAS E METACOGNITIVAS E O GÊNERO

Tendo em vista haver entre os sexos inúmeras diferenças, principalmente de comportamento, foi que se procurou observar se haveria alguma modificação no que diz respeito ao uso de estratégias, fossem elas cognitivas ou metacognitivas.

Assim sendo, o teste- t para a comparação de duas amostras independentes foi aplicado na comparação da pontuação das estratégias de aprendizagem, *escore total*, entre os escolares, segundo o sexo ($média_{(M)} = 88,12$ e $média_{(H)} = 86,80$), fornecendo estatística $t = -2,505$, graus de liberdade (gl) = 1445 e significância $p\text{-valor} = 0,012 < 0,05$; indicando diferença significativa, e portanto, ao nível de 5%. A aplicação do teste de Levene rejeita a hipótese de igualdade de variâncias (ou homocedasticidade), fornecendo estatística $F = 3,927$ e $p\text{-valor} = 0,048 > 0,05$.

A fim de verificar o uso de estratégias de aprendizagem escore total em relação ao sexo, optou-se por realizar o teste não paramétrico U de Mann-Whitney, que corresponde ao teste t. Assim sendo, o teste U de Mann-Whitney forneceu resultado estatístico $U = 260776,000$ e $Z = -3,130$ e significância $p\text{-valor} = 0,002 < 0,05$ indicando resultados

significativos ao nível de 5%, isto é, confirmando uma maior pontuação da EAEA pelas mulheres.

Quanto às medidas descritivas do escore total, segundo os tipos de estratégia de aprendizagem cognitivas e o sexo, obtiveram-se, através do teste-*t*, para comparar a pontuação das estratégias de aprendizagem *cognitivas* entre os escolares, segundo o sexo ($média_{(M)} = 21,58$ e $média_{(H)} = 21,15$), com o fornecimento da estatística $t = -2,581$, graus de liberdade (gl) = 1533 e significância p-valor = $0,010 < 0,05$, indicando diferença significativa, e portanto, ao nível de 5%. A aplicação do teste de Levene aceita a hipótese de igualdade de variâncias (ou homocedasticidade), fornecendo estatística $F = 1,576$ e p-valor = $0,210 > 0,05$.

Já em relação às estratégias do tipo metacognitivas, o teste *t* para a comparação de duas amostras independentes, ao ser aplicado na comparação da pontuação das estratégias de aprendizagem *metacognitivas* entre os escolares segundo o sexo ($média_{(M)} = 67,05$ e $média_{(H)} = 65,71$), forneceu estatística $t = -2,069$, graus de liberdade (gl) = 1533 e significância p-valor = $0,039 < 0,05$, o que indica uma diferença significativa, e portanto, ao nível de 5%. A aplicação do teste de Levene aceita a hipótese de igualdade de variâncias e fornece estatística $F = 1,623$ e p-valor = $0,203 > 0,05$.

6.11. USO DE ESTRATÉGIA DE APRENDIZAGEM ENTRE OS ALUNOS SEM SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E FATORES COMO SEXO, INTEGRAÇÃO SOCIAL E REPROVAÇÃO

A análise do uso de estratégias de aprendizagem será realizada nesse momento com os estudantes que não apresentaram sintomatologia depressiva no CDI, $N=1379$ e fatores como sexo, integração social (pais, irmãos, colegas e professores) e a presença ou não de reprovação ao longo da vida estudantil.

Na Tabela 22, apresentam-se as medidas descritivas da amostra sem sintomatologia depressiva, segundo os tipos de estratégia de aprendizagem utilizadas e a variável sexo.

Tabela 20- Relação entre os tipos de estratégia de aprendizagem utilizadas e a variável sexo no grupo sem sintomatologia depressiva

Estratégia de aprendizagem	Sexo	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
EEA – Cognitivas	Masculino	596	21,15	3,273	0,134
	Feminino	783	21,58	3,387	0,121
EEA – Metacognitivas	Masculino	596	65,71	7,828	0,321
	Feminino	783	67,05	8,049	0,288

Estratégias cognitivas:

O teste-*t* para comparação de duas amostras independentes foi aplicado na comparação da pontuação das estratégias de aprendizagem *cognitivas* entre os escolares segundo o sexo ($média_{(M)} = 21,58$ e $média_{(H)} = 21,15$), fornecendo estatística $t = -2,396$, graus de liberdade (gl) = 1377 e significância p -valor = $0,017 < 0,05$. Isso indica uma diferença significativa, e portanto, ao nível de 5%. A aplicação do Teste de Levene aceita a hipótese de igualdade de variâncias (ou homocedasticidade), fornecendo estatística $F = 1,127$ e p -valor = $0,289 > 0,05$.

- Estratégias metacognitivas

O teste *t* para comparação de duas amostras independentes foi aplicado para comparar a pontuação das estratégias de aprendizagem *metacognitivas* entre os escolares segundo o sexo ($média_{(M)} = 67,05$ e $média_{(H)} = 65,71$), fornecendo estatística $t = -3,091$, graus de liberdade (gl) = 1377 e significância p -valor = $0,002 < 0,05$, o que indica diferença

significativa, e portanto, ao nível de 5%. A aplicação do teste de Levene aceita a hipótese de igualdade de variâncias e fornece estatística $F = 0,339$ e $p\text{-valor} = 0,561 > 0,05$.

Abaixo, na Tabela 21, é demonstrada a correlação existente entre o uso das estratégias cognitivas de aprendizagem e a variável interação social.

Tabela 21-Correlação entre estratégias cognitivas de aprendizagem e interação social

	Estratégias -Cognitivas	Relacion_ pais	Relacion_ irmão	Relacion_ colega	Relacion_ professor
Estrat.cog. Correlação de Pearson	1	-0,51	,004	-,079*	-,150
Significância		,058	-,878	,003	,000
N	1379	1359	1263	1369	1367
Relacion_pais Correl. de Pearson	-0,51	1	,114**	,126**	0,69*
Significância	,058		,000	,000	,012
N	1359	1359	1261	1350	1348
Rel.irmão Correlação de Pearson	,004	,114**	1	,054	,082*
Significância	,878	,000		,055	,004
N	1263	1261	1263	1255	1262
Rel colega Correlação de Pearson	-0,79*	126**	,054	1	,193*
Significância	003	,000	,055		,000
N	1369	1350	1255	1369	1360
Rel.prof Correlação de Pearson	-,150**	,069*	,082*	,193**	1
Significância	,000	,012	,004	,000	
N	1367	1348	1252	1360	1367

**Correlação de significância de 0,01 level

* Correlação de significância de 0,05 level

Ao se relacionar, na Tabela acima, a pontuação em estratégias de aprendizagem e os indicadores de integração social (relacionamento com pais, irmãos, colegas e professores), observou-se, através do teste de significância para a correlação de Pearson, uma correlação significativa, porém, negativa, entre a pontuação da EEA *cognitivas* com os indicadores de integração social relação_colega - correlação de Pearson $r = -0,079$ e $p\text{-valor} = 0,000 < 0,05$ e relação_prof - e correlação de Pearson $r = -0,150$ e $p\text{-valor} = 0,003 < 0,05$. No que diz

respeito aos indicadores relação_pais e relação_irmãos, ($r = -0,051$, $p\text{-valor} = 0,058 > 0,05$ e $r = 0,004$, $p\text{-valor} = 0,878$), não houve correlação significativa para ambos indicadores.

Na Tabela 22, a seguir, é realizado o mesmo tipo de correlação da anterior, sendo que, dessa feita, serão consideradas as estratégias metacognitivas de aprendizagem.

Tabela 22-Correlação entre estratégias metacognitivas de aprendizagem e interação social

		Estratégias metacognitivas	Relacion_pais	Relacion_irmão	Relacion_colega	Relacion_professor
Est..metacog.	Correl.de Pearson	1	-0,26	-,003	-,239*	-,142**
	Significância		,322	,917	,000	,000
	N	1535	1507	1392	1523	1519
Relac_pais	Correl. De Pearson	-,026	1	,108**	,150**	,087**
	Significância	,322		,000	,000	,001
	N	1507	1507	1388	1498	1494
Rel_irmão	Correla de Pearson	-,003	,108**	1	,071*	,087**
	Significância	,917	,000		,008	,001
	N	1392	1388	1392	1384	1379
Rel_colega	Correla de Pearson	-,239**	,150**	,071**	1	,223*
	Significância	,000	,000	,008		,000
	N	1523	1498	1384	1523	1512
Rel._prof	Correla de Pearson	-,142*	,087**	,087**	,223*	1
	Significância	,000	,001	,001	,000	
	N	1519	1494	1379	1512	1519

**Correlação de significância de 0,01 level

Na Tabela 22, foi investigada a correlação entre estratégias metacognitivas de aprendizagem e interação social, em que o teste de significância para a correlação de Pearson apresentou uma correlação significativa, porém, negativa, entre a pontuação da EEA *metacognitivas* com os indicadores de integração social relação_colega (correlação de Pearson $r = -0,239$ e $p\text{-valor} = 0,000 < 0,05$) e relação_professor (correlação de Pearson $r = -0,142$ e $p\text{-valor} = 0,000 < 0,05$). Em relação aos indicadores relação_pais e relação_irmãos ($r = -0,026$, $p\text{-valor} = 0,322 > 0,05$ e $r = -0,003$, $p\text{-valor} = 0,917$), não houve correlação significativa para ambos os indicadores.

6.12. USO DE ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM ENTRE OS ALUNOS COM SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA (ESTRATÉGIAS COGNITIVAS E METACOGNITIVAS)

A seguir, será demonstrada a correlação entre o uso de estratégias de aprendizagem do tipo cognitiva e a variável interação social, observando o sentimento de pertença escolar entre os alunos com sintomatologia depressiva (Tabela 23).

Tabela 23 - Correlação entre estratégias cognitivas de aprendizagem e pertença escolar

		Estratégias cognitivas	Gosta_escola	Gosta_professor
Estratégias cognitivas	Correl.de Pearson	1	-,006	,200*
	Significância		,938	,014
	N	156	151	149
Gosta_escola	Correl. De Pearson	-,006	1	,307**
	Significância	,938		,000
	N	151	151	148
Gosta_professor	Correl. de Pearson	,200*	,307**	1
	Significância	,014	,000	
	N	149	148	149

**Correlação de significância de 0,01 level

Na Tabela 23, vê-se que o teste de significância para correlação de Pearson apresentou correlação significativa, positiva, entre a pontuação da escala de estratégias de aprendizagem *cognitivas* com a pertença escolar Gosta_professor (correlação de Pearson $r = 0,200$ e $p\text{-valor} = 0,014 < 0,05$). Em relação à pertença escolar Gosta_escola, não houve significância para a correlação ($r = -0,006$, $p\text{-valor} = 0,938 > 0,05$).

Já a Tabela 24 demonstra a correlação entre o uso de estratégias de aprendizagem do tipo metacognitiva e a variável interação social, observando-se o sentimento de pertença escolar entre os alunos com sintomatologia depressiva.

Tabela 24-Correlação entre estratégias metacognitivas de aprendizagem e pertença escolar

		Estratégias Metacognitivas	Gosta_escola	Gosta_professor
Estratégias Metacognitivas	Correl.de	1	-,015	-,015
	Pearson		,854	,851
	Significância N	156	151	149
Gosta_escola	Correl.de	-,015	1	,307**
	Pearson	,854		,000
	Significância N	151	151	148
Gosta_professor	Correl.de	-,015	,307**	1
	Pearson	,851	,000	
	Significância N	149	148	149

**Correlação de significância de 0,01 level

A Tabela 24 mostra o teste de significância para correlação de Pearson que apresentou correlação negativa, porém, não significativa entre a pontuação da escala de estratégias de aprendizagem *metacognitivas* com a pertença escolar Gosta_escola (correlação de Pearson $r = -0,015$ e $p\text{-valor} = 0,851 > 0,05$) e a pertença Gosta_professor ($r = -0,015$, $p\text{-valor} = 0,854 > 0,05$).

A respeito do uso de estratégias metacognitivas e sua correlação com a pertença escolar, ou seja, sua relação com o professor e com a escola, não houve resultados significativos.

No geral, as estratégias de aprendizagem entre os alunos com sintomatologia depressiva apresentaram correlação significativa negativa com a pertença escolar Gosta_professor ($r = -0,057$, $p\text{-valor} = 0,027 > 0,05$). No caso da pertença Gosta_escola, apresentou correlação negativa, porém, não significativa (correlação de Pearson $r = -0,050$ e $p\text{-valor} = 0,051 > 0,05$).

6.13 ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM MAIS UTILIZADAS NAS CINCO CAPITAIS INVESTIGADAS, DE ACORDO COM O TIPO DE ESCOLA - PÚBLICA E PRIVADA

a) Comparação das estratégias de aprendizagem segundo o tipo de escola em João Pessoa-PB

Ao se estabelecer comparação por cidade, observou-se que os resultados obtidos em João Pessoa demonstraram que as escolas privadas apresentam uma pequena diferença quando comparadas com as públicas, não corroborando, portanto, o resultado inicial.

b) Comparação das estratégias de aprendizagem segundo o tipo de escola em Natal-RN

Em relação à cidade de Natal, não foi observada diferença significativa em nenhum dos itens da escala quando relacionado ao tipo de escola - pública ou privada.

c) Comparação das estratégias de aprendizagem segundo o tipo de escola em Teresina-PI

Na cidade de Teresina/PI, as escolas públicas apresentam, em quase todos os itens, uma frequência superior ao das escolas privadas, quanto ao uso das estratégias de aprendizagem.

d) Comparação das estratégias de aprendizagem segundo o tipo de escola em Recife-PE

Assim como em Teresina, na cidade de Recife/PE, os alunos das escolas públicas apontam uma frequência maior no uso das estratégias de aprendizagem do que os alunos das escolas privadas.

e) Comparação das estratégias de aprendizagem segundo o tipo de escola em Maceió-AL

Em Maceió/AL, também os alunos das escolas públicas remetem a um hábito mais presente do uso das estratégias de aprendizagem quando comparados aos das escolas privadas.

6.14. USO DE ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM ENTRE OS ALUNOS COM REPROVAÇÃO (ESTRATÉGIAS COGNITIVAS E METACOGNITIVAS)

Na Tabela 25 (a seguir), descrevem-se os resultados da correlação entre o uso de estratégias de aprendizagem (cognitiva e metacognitiva) e o aspecto reprovação.

Tabela 25- Correlação entre estratégias metacognitivas de aprendizagem e reprovação

		Número de reprovações	EEA- Escore total	Estrat. Cognit.	Est.metacog.
Número de reprovações	Correlação	1	,028	-,007	,039
	Sig. (2-tailed)		,656	,907	,539
	N	256	256	256	256
EEA - Escore total	Correlação	,028	1	,736	,960*
	Sig. (2-tailed)	,656		,000	,000
	N	256	1535	1535	1535
Estratégias Cognitivas	Correlação	-,007	,736	1	,517*
	Sig. (2-tailed)	,907	,000		,000
	N	256	1535	1535	1535
Estrat. Metac.	Correlação	,039	,960	,517	1
	Sig. (2-tailed)	,539	,000	,000	
	N	256	1535	1535	1535

*Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

O teste de significância para a correlação de Pearson não apresentou significância entre as reprovações dos escolares e as estratégias de aprendizagem (total cognitiva e metacognitiva).

Embora se saiba que o uso de estratégias de aprendizagem favorece a compreensão do assunto estudado, não foi possível afirmar, neste estudo, que haja influência direta do uso delas na questão da reprovação.

Visando confirmar esse resultado, utilizou-se também o teste-t (Tabela 27) para comparar as duas amostras independentes. Também não foram apresentados resultados significativos para as estratégias de aprendizagem (total, cognitivas e metacognitivas) em relação às reprovações (sim, não) dos escolares.

Tabela 26-Teste-t para duas amostras independentes

		Teste de Levene p/igualdade de variâncias		Teste-t p/igualdade de médias		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (p-valor)
	Igualdade de variâncias					
EEA - Escore total	assumida	,349	,555	,849	533	0,065
	Igualdade de variâncias					
Estratégias-Cognitivas	assumida	,254	,614	,935	533	0,350
	Igualdade de variâncias					
Estratégias-Metacognitivas	assumida	,361	,548	,951	533	0,051

Para finalizar, será realizada a investigação da hipótese desta tese, considerada a cerne deste estudo, pois se trata da relação existente entre a presença da sintomatologia depressiva com o uso das estratégias de aprendizagem, de acordo com as variáveis idade, sexo, série e rendimento escolar, trazendo-se também as disciplinas que foram mais citadas como elementos de reprovação pela amostra total, que poderão servir de informação para outros estudos direcionados a dificuldades de aprendizagem em nível nacional.

6.15-ANÁLISE DA RELAÇÃO ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM E DEPRESSÃO

Como o foco desta pesquisa é a relação entre os sintomas depressivos e as estratégias de aprendizagem no contexto escolar, mais especificamente no ensino médio, será observado como se encontram correlacionados, considerando-se as variáveis idade, sexo e série dos participantes.

Visando verificar a presença da sintomatologia depressiva em relação às estratégias de aprendizagem, utilizou-se a correlação de Pearson (Tabela 27).

Tabela 27- Correlação de Pearson para o CDI score total e a escala de estratégias de aprendizagem (EEA)- score total

CORRELAÇÃO	CDI-escore total	EEA-escore total
EEA-escore total	1	$r=-0,217^*$ $p\ valor= 0,000$
CDI- escore total	$r=-0,217$ $p\ valor= 0,000$	1

p-valor < 0,001 indicando resultados significativos.

Os resultados acima demonstrados ressaltam o fato que acreditamos ser o núcleo central desta tese, que é a confirmação da correlação negativa e estatisticamente significativa entre a presença da sintomatologia depressiva e o uso das estratégias de aprendizagem. Portanto, é possível sugerir que quando existe a presença da sintomatologia depressiva, o estudante faz menos uso das estratégias de aprendizagem.

Buscou-se também verificar a relação entre a correlação das estratégias de aprendizagem, CDI e as variáveis sexo, série e idade dos escolares (Tabela 28).

Tabela 28. Correlação de Pearson entre a escala de estratégias de aprendizagem (EEA) e CDI, considerando-se as variáveis sexo, série e idade dos escolares

Variável	N	Correlação r de Pearson	Sig. p-valor
SEXO			
Masculino	50	r = - 0,165	p = 0,000*
Feminino	85	r = - 0,258	p = 0,000*
SÉRIE			
1ª. Série	31	r = - 0,220	p = 0,000*
2ª. Série	00	r = - 0,259	p = 0,000*
3ª. Série	04	r = - 0,147	p = 0,003*
IDADE			
14 anos	18	r = - 0,215	p = 0,019*
15 anos	92	r = - 0,177	p = 0,000*
16 anos	78	r = - 0,252	p = 0,000*
17 anos	41	r = - 0,194	p = 0,000*

* P-valor < 0,01, resultados significativos

Na Tabela 28, é possível observar que, independentemente do controle de idade, sexo ou série, existe uma correlação negativa estatisticamente significativa entre os escores de EEA e os da CDI.

6.16- COMPARAÇÃO DOS ESCORES DO CDI E DO EEA SEGUNDO O RENDIMENTO ESCOLAR (REPROVAÇÃO: SIM, NÃO)

Neste momento, será feita uma análise comparativa entre as medidas descritivas dos escores apresentados pelo CDI e pela EEA, no que diz respeito à presença ou não da reprovação.

Tabela 29- Medidas descritivas do escore total segundo estratégia de aprendizagem, CDI e reprovação

	Reprovação	N	MÉDIA	DP	EPM
EEA – Escore Total	Não	279	7,78	0,166	0,284
	Sim	56	6,48	0,578	0,661
CDI - Escore total	Não	279	,28	5,197	0,145
	Sim	56	,20	6,343	0,396

DP= Desvio Padrão / EPM= Erro Padrão da média

O teste-t para a comparação de duas amostras independentes não apresentou resultados significativos para as estratégias de aprendizagem EEA – escore total, em relação às reprovações (sim, não) dos escolares. No caso dos alunos com sintomatologia depressiva, também não se encontrou uma correlação entre o uso de estratégias de aprendizagem e reprovação. Entretanto, os escores do CDI apresentam uma diferença significativa em relação ao rendimento escolar, isto é, reprovações (sim, não), em que a aplicação do teste-t resultou em estatística $t = -2,168$, $g.l = 327$ com $p\text{-valor} = 0,031 < 0,05$. Ou seja, os estudantes com sintomatologia depressiva apresentaram resultados que correlacionam diretamente o fato de a depressão influenciar negativamente no rendimento escolar. Esse fato comprova a influência direta dos fatores emocionais, no caso, a depressão, no que diz respeito à reprovação.

Serão, doravante, discutidos, à luz do marco teórico, os resultados que são considerados mais significativos nesta tese e que poderão servir para se compreender melhor esse tema tão complexo.

CAPÍTULO 7 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A presente tese teve como objetivo geral analisar a relação entre os sintomas da depressão e o uso de estratégias de aprendizagem pelos alunos do ensino médio. De forma específica, pretendeu: a) Verificar o índice epidemiológico da depressão em adolescentes inseridos no contexto escolar do ensino médio das escolas públicas e privadas das seguintes capitais da região nordeste brasileira: João Pessoa-PB, Natal-RN, Recife-PE, Teresina-PI e Maceió-AL; b) Avaliar o repertório de estratégias de aprendizagem utilizado pela amostra; c) Investigar a relação existente entre sintomas depressivos e o uso de estratégias de aprendizagem; e d) Verificar em que proporção os sintomas de depressão podem variar em função das variáveis sociodemográficas: sexo, idade e escolaridade. Acredita-se que os objetivos propostos tenham sido alcançados. Assim sendo, neste momento, serão discutidos os principais resultados da pesquisa.

7.1-PERSPECTIVAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA

Os estados depressivos, devido à sua prevalência e às dificuldades que acarretam, têm se mostrado cada vez mais importantes como problemas de saúde pública. Estudos epidemiológicos recentes, como o *National Comorbidity Survey* (NCS), nos Estados Unidos, estimam sua prevalência, para o tempo de vida, em 17,1% da população geral, uma vez que atinge diretamente a qualidade de vida, as limitações impostas, o sofrimento que acarreta e seu enorme custo social. No entanto, apesar da gama de transtornos advindos com a depressão, apenas uma pequena parte das pessoas afetadas tem acesso ao diagnóstico e aos tratamentos adequados (Lima, 2004).

Esta tese é sobremaneira significativa para perceber na população de jovens a prevalência dos sintomas depressivos, bem como sua relação com o uso das estratégias de aprendizagem, na tentativa de minimizar os efeitos desses sintomas no processo de

aprendizagem. Assim, teve como intuito quantificar a prevalência de sintomas depressivos e do uso das estratégias de aprendizagem em amostra de estudantes do ensino médio, matriculados em escolas públicas e privadas das cidades de João Pessoa-PB, Natal-RN, Teresina-PI, Maceió-AL e Recife-PE.

Segundo Zavaschi (2002), os estudos epidemiológicos sobre depressão são fundamentais para a investigação de fatores etiológicos e de aspectos que possam alterar o curso da enfermidade, ou seja, os fatores prognósticos. Nesse sentido, é de extrema importância demonstrar variações na prevalência e na incidência de transtornos depressivos em diferentes subgrupos populacionais, ou seja, nas diferentes faixas etárias e níveis socioeconômicos, o que requer um planejamento mais adequado das políticas, dos programas e dos serviços de saúde criados para o cuidado dos indivíduos que apresentam esses quadros.

Os estudos epidemiológicos se tornam ainda mais importantes quando se trata de uma sociedade urbana e com características de grande competitividade, o que termina por proporcionar que os jovens estejam cada vez mais sujeitos a conviver com o estresse e que desenvolvam transtornos psiquiátricos, entre os quais, os depressivos. Pesquisas como as citadas ao longo desta tese, sobre a prevalência dos transtornos depressivos na adolescência, demonstram que sua presença é comum e grave o suficiente para merecer a atenção dos mais diversos profissionais e pesquisadores, ainda mais se considerarmos a possibilidade do aumento de sua prevalência e de seu início cada vez mais precoce.

A partir do acima exposto, damos início às discussões dos resultados obtidos nos estudos. Partindo-se da investigação quanto à variável idade e sua relação com o CDI, não foram encontradas correlações significativas entre as duas variáveis (Pearson: $r = 0,031$; p-valor = 0,230 e Spearman: $r_s = 0,047$; p-valor = 0,067). De acordo com a literatura, o papel da variável idade, como um correlato da depressão tem sido algo impreciso, pois, enquanto alguns autores têm demonstrado que adolescentes costumam apresentar mais sintomas

depressivos do que as crianças mais novas (Black, 1987; Pearce, 1978), outros não têm encontrado qualquer relação entre essas variáveis (Allen & Cols., 2006; Bahls, 2002).

Os resultados do presente estudo corroboram os achados destes últimos, evidenciando que a idade e a depressão não se correlacionaram entre si. Contudo é importante também considerar que, provavelmente, isso tenha acontecido em virtude de certa homogeneidade quanto à faixa etária, porquanto todos se encontram na fase da adolescência.

Quanto à variável gênero, os resultados apontam uma frequência maior do sexo feminino na escola, o que demonstra que está sendo atingida a meta estipulada pela Organização das Nações Unidas (ONU), que busca eliminar a disparidade entre todos os níveis de ensino, o mais tardar, até 2015. Corroborando esta pesquisa, informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2005 indicam que a proporção de mulheres que frequentam a escola é maior que a dos homens em todos os níveis de ensino, inclusive o superior.

Relacionando a variável sexo do respondente com a presença de sintomatologia depressiva, observou-se, neste estudo, que há uma maior prevalência do gênero feminino (63,5%) em relação ao masculino (36,5%) (Tabela 11). Esses resultados confirmam as fortes evidências encontradas na literatura de que há uma consistência no que diz respeito à referência de uma maior predisposição do sexo feminino à depressão (Glieb & Pine, 2002; Weissman & Cols., 1999).

Outros estudos, como os de Kasen e cols. (2001), Marton, Churchard e Kutcher (1993), verificam uma maior prevalência da depressão entre as mulheres. Outras pesquisas apontam o sexo feminino como tendo uma maior predisposição para a depressão, como a de Bahls (2002), que, a partir dos resultados obtidos com o *CDI*, observou que existem 2,6 mulheres para cada homem que apresentam quadro de depressão, e a de Silberg e cols.

(1999), em que se constata maior prevalência de mulheres tanto com sintomas de depressão quanto com quadro bem definido de depressão maior.

Estudos da WHO (2006) verificaram que o risco de se adquirir uma depressão na vida é de 25%, para as mulheres, e 12%, para os homens. Isso significa que há uma prevalência na população de 5,9%, nas mulheres, e 2,3%, em homens. Contudo, no Brasil, alguns autores não têm encontrado diferenças nas pontuações de depressão, em razão do sexo do respondente, como por exemplo, Golfeto e cols. (2002) e Gouveia e cols. (1995).

Quanto ao tipo de escola, apesar da amostra empregada nesta pesquisa apresentar uma participação um pouco maior de alunos da escola privada (783), em relação aos da escola pública (752), esses números dizem respeito, no entanto, aos alunos presentes na sala de aula quando da aplicação dos instrumentos desta tese, e não, necessariamente, às matrículas existentes nas escolas, pois, quanto a esse segundo aspecto, estudos realizados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio mesmo (PNAD), no ano de 2008, e divulgada no dia 18 de setembro de 2009, mostrou que, embora muitas famílias optem pela qualidade do ensino nas escolas privadas, no Brasil, a maioria dos estudantes está matriculada em estabelecimentos públicos. Outro estudo feito pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP), do Ministério da Educação, revela que a participação do ensino particular caiu de 43% para 12% no total de matrículas no ensino médio, em todo o país nos últimos 30 anos.

Outro ponto investigado neste estudo diz respeito à reprovação, cujo índice apresentado neste estudo é bastante elevado, pois 16,7% dos alunos afirmaram que já foram reprovados em algum momento. Desse total, a maioria foi reprovada em Português (30,4%) e em Matemática (29,4%). Os resultados encontrados na amostra total corroboram os índices alcançados pelo Brasil, segundo o Censo Escolar divulgado em 2004 pelo INEP, que apontou que dez, em cada cem estudantes do ensino médio, foram reprovados em 2004, ou seja, mais

de 965 mil jovens; os resultados do censo escolar de 2006 trazem taxas de reprovação de 16,7% (dados do Ministério de Educação e Cultura-MEC/INEP), que são similares aos índices encontrados neste estudo. Outra pesquisa realizada na região nordestina por Gouveia (2009) demonstrou que o quantitativo dos que indicaram fracasso escolar, isto é, reprovação em uma ou mais disciplinas, foi de 31,6%.

Esses resultados são ainda mais contundentes ao observarmos a colocação do Brasil no Programa Internacional de Avaliação dos Alunos (PISA), no qual, em 2006, entre os 57 países concorrentes ficou em 54º lugar em Matemática, em Leitura, a pontuação caiu para 392,89, ficou em 49º lugar e em 52º em Ciências. Esses dados são preocupantes e lastimáveis e ressaltam ainda mais a importância de se buscarem métodos para melhorar o processo de aprendizagem, o que torna o incentivo ao uso das estratégias de aprendizagem ainda mais premente.

Como podemos observar, nos dados acima, no Brasil, as taxas de reprovação ainda são bastante significativas, o que serve de alerta para despertar a atenção de todos os profissionais que trabalham na área para detectar os motivos da falta de interesse dos adolescentes pelas salas de aula, uma vez que a reprovação é um assunto recorrente em todas as esferas da educação e está longe de ser um problema apenas dos alunos, pois é o reflexo da família, da escola, dos professores e, sobretudo, dos problemas enfrentado por determinados grupos sociais.

Estudos como os de Patto (2003) apontam que a reprovação é responsável por uma grande parte do abandono escolar. Todavia, muito mais do que colaborar para a elevação dos índices de evasão escolar, segundo Palitot (2002), ela atinge a autoestima dos alunos e lhes causa traumas que eles carregam pelo resto de suas vidas.

Outro aspecto observado em relação ao perfil sociodemográfico dos participantes da presente tese e que é considerado interessante demonstrar é o que diz respeito à variável

religião, pois, a partir dos resultados desta pesquisa, é possível ter uma visão mais ampla dos sujeitos da amostra. Convém, no entanto, deixar claro que não foi realizada qualquer correlação entre essa variável e as demais, pois isso demandaria a investigação de outros fatores que, no momento, não são objetivos desta tese.

Segundo dados de pesquisas recentes, existem diferenças regionais significativas no que se refere à perda da hegemonia católica e ao crescimento do pluralismo religioso, impulsionado pelo crescimento dos evangélicos. No primeiro aspecto, embora 74% da população brasileira se classifiquem como católicos, o Atlas da Filiação Religiosa e Indicadores Sociais (Jacob, 2003) mostrou que o “ritmo de crescimento do número de católicos” diminuiu em relação ao crescimento da população. A projeção possível é de que, em 2010, o número de católicos caia para 65%.

Assim, quanto ao perfil religioso pesquisado, salvaguardando os limites da pesquisa, observou-se que, em 2009, o Catolicismo foi assumido como confissão religiosa em 67,8% do total de questionários, e 22,4% se declararam evangélicos, bem acima dos números nacionais (15,6%) indicados pelo Censo 2000, enquanto 3% se declararam espíritas, e o número dos “sem religião ou não informados” ficou bem próximo daquele apontado pelo Censo 2000 (7,4), com 7,9% de respostas apontando para a não adesão institucional.

Após demonstrar o perfil da amostra e conhecê-la um pouco mais, serão caracterizadas, de forma mais ampla, as questões relacionadas à depressão e às estratégias de aprendizagem.

7.2. Discussão dos principais sintomas depressivos presentes na amostra total e nos sujeitos com sintomatologia depressiva

A princípio, para a obtenção dos resultados consistentes acerca da presença de sintomatologia depressiva entre os sujeitos da amostra, foi realizada, como demonstrado anteriormente, a avaliação da consistência interna do inventário de depressão – CDI.

Com a aplicação do CDI foi possível observar, ao se adotar o ponto de corte = 17 (correspondente ao escore reduzido $z = 1,77$), que cerca de 10,2% dos escolares investigados atingiram ou ultrapassaram esse valor e apresentaram sintomas de depressão. Os dados da literatura sobre a prevalência da depressão na adolescência têm alta variabilidade. Em um estudo epidemiológico realizado por Bahls (2002), em uma escola pública de Curitiba-PR, com 463 estudantes do Ensino Fundamental e Médio, com faixa etária entre 10 e 17 anos, ele verificou que 20,3% dos participantes apresentaram sintomas depressivos significativos, conforme avaliado pelo CDI. Os estudos de Barbosa, Dias, Gaião e Lourenzo (1996) mostraram uma incidência semelhante. Foram avaliados 807 alunos de escolas da Paraíba, com idades entre 7 e 17 anos, também por intermédio do CDI, sendo que 22% deles apresentaram sintomatologia depressiva.

Outros estudos encontrados na literatura, como os realizados por Coutinho (2007), em pesquisa com adolescentes do ensino médio da cidade de João Pessoa, e utilizando como instrumento o inventário de depressão de Beck (BDI), observaram que, aproximadamente, 8,5% da amostra apresentavam sintomas depressivos; Soares (2003), no Rio Grande do Sul, observou a incidência de sintomas depressivos em 2,3% dos alunos da 4ª série.

Golfeto (2000) observou que 1,48% das crianças de 7 a 14 anos apresentaram sintomas depressivos na cidade de Ribeirão Preto; Rocha et al (2006) aplicaram aos estudantes do ensino médio o formulário SRQ-20 - Self Reporting Questionnaire e

encontraram indicativos de transtorno depressivo em 45,7% dos sujeitos. Outras pesquisas, como as realizadas por German e cols. (1987), Leerhsen e cols. (1987), citados por Cruvinel (2004), sugerem que 6 a 7% de adolescentes e 1,8% de crianças entre 7 e 12 anos apresentam sintomas depressivos. Portanto, os resultados aqui obtidos são os esperados, tendo em vista a literatura da área.

Quanto à distribuição de frequências das respostas do instrumento CDI na amostra total, foram obtidas como mais presentes as seguintes afirmações: em média, 10% dos escolares afirmaram que nunca fazem o que lhe mandam”, “eu me sinto sempre preocupado”, enquanto 7,6% afirmaram “eu sou feio”. Entre as menos presentes, foram apontadas: “eu estou sempre triste”, com apenas 1,6%, e “eu sou sempre mal” ”(questão 5), com 1,9%, bem como “eu quero me matar”(2%).

Analisando as respostas da amostra dos sujeitos com sintomas depressivos, observou-se como resultado que os sintomas mais presentes relatados são: “Eu sempre me sinto sozinha”, “Eu me sinto sempre preocupado”, “Eu sinto vontade de chorar diariamente”, “Eu sou feio”(39,1%), “Eu estou sempre cansado”.

Podemos ressaltar alguns aspectos, tais como a família, o grupo e as mudanças biopsicossociais que podem estar influenciando no fato de os adolescentes se sentirem sozinhos. Segundo Revah-Levy (2007), o adolescente oscila entre quatro ambientes que funcionam como refúgios psíquicos que podem ajudá-lo a organizar seus sentimentos de forma construtiva ou fazê-lo mergulhar na solidão e no abandono. Esses ambientes, a família, o mundo adulto, os grupos de adolescentes e o isolamento são caminhos que, quando percorridos na normalidade, promovem um amadurecimento mais tranquilo. No entanto, quando percorridos de forma que o adolescente promova uma fixação rígida em uma dessas comunidades, torna-se, para o autor, uma psicopatologia.

Portanto, é preciso conhecer a história de vida do adolescente com sintomatologia depressiva, sobretudo, no que diz respeito a sua família e aos relacionamentos sociais. Percebe-se que algumas situações familiares podem ser responsabilizadas como favorecedoras de maior vulnerabilidade do adolescente à ocorrência de problemas, tais como: conflito entre os pais, modelos inadequados, extrema permissividade, extrema rigidez, disciplina inconsciente, contrastes de valores, inadequada educação sexual, entre outras.

Sabe-se que a identificação grupal e a ligação com seus pares são aspectos importantes para o adolescente na construção de seus valores, atitudes e comportamentos. Nessa trajetória para o mundo adulto, a família permanece como marco referencial de modelos e papéis.

Para Gomide (2004), os pais ausentes, em relação ao adolescente, quer concretamente (por morte, separação ou abandono), quer figuradamente (pouco participantes ou omissos) passam a ser substituídos eventualmente por outros familiares. Como consequência disso, algumas vezes, o adolescente fica sem um referencial e toda uma relação específica e necessária ao seu desenvolvimento. Nessas circunstâncias, segundo o autor, o jovem pode ainda enfrentar um segundo núcleo familiar ou a solidão.

Outro fator relevante que conduz à solidão é a baixa autoestima, também presente na nossa amostra, pois, com pouca confiança em si mesmo, é difícil sentir-se apto para criar relacionamentos com outros de sua idade. Esse sentimento surge das avaliações físicas, e a aparência e o comportamento são questões protuberantes na sociedade, que provocam retraimento.

Os sintomas de depressão menos mencionados nas falas dos participantes da pesquisa foram: “nada é divertido pra mim”, “eu sou sempre mal”, “eu quero me matar” (12,2), “eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão e “nada vai dar certo para mim”. A sensação de pessimismo e de tédio é tida como um sintoma frequente na presença da

depressão, assim como a disposição para o suicídio. Segundo Borges e Werlang (2004), o fenômeno do suicídio situa-se entre as três principais causas de morte de pessoas com idade entre 15 e 34 anos e entre as cinco principais causas de mortalidade na faixa dos 15 aos 19 anos. No Brasil, 26 a 30% dos suicídios ocorrem em indivíduos de até 24 anos.

Ferreira (2000) afirma que os fatores considerados de risco podem ser problemas familiares, como separação dos pais, condutas violentas, agressões, abusos e antecedentes de depressão, suicídio e depressão em familiares, acontecimentos estressantes, perda de namorado (a), morte de parentes próximos. O suicídio também ocorre, segundo a autora, quando da existência de doenças psiquiátricas, como depressão e esquizofrenia.

Na amostra total (N=1535), percebe-se a predominância da desobediência, que é um comportamento bastante comum na adolescência, tendo em vista ser uma fase de mudanças e de busca de autoafirmação. Esse processo desencadeia o que se denomina de crise de autoridade. Nesse período, a crise de autoridade é algo bastante forte e se caracteriza por confrontos, atitudes de rebeldia e, muitas vezes, até de desrespeito ao adulto, especialmente para com os pais e outras pessoas que têm autoridade ou exercem determinada função. No entanto, no adolescente, esse comportamento de contestação acaba por torná-lo vulnerável, volúvel, seguidor de líderes, grupos e modas, desenvolvendo preocupações ligadas ao corpo e à aparência (Branco & Cols, 2006).

Comparando-se os resultados apresentados pelos alunos sem sintomatologia com os que apresentam sintomatologia depressiva, é possível observar que, entre as afirmações mais citadas por ambos os grupos, destaca-se “*eu sou feio*”, o que remete à questão de autoaceitação das mudanças ocorridas no próprio corpo e da influência das exigências estéticas dos grupos sociais e da mídia. As mudanças biológicas trazem conflitos e a necessidade de adaptação, sendo que essa adaptação deve ser tanto interna quanto externa. Esses dados são condizentes com o que afirma Lima (2004), pois, segundo ele, nos

adolescentes e adultos depressivos, a autoestima e a confiança em si próprio estão quase sempre reduzidas, estando presentes frequentemente ideias de culpa e de desvalorização.

Ao crescer, brusca e rapidamente, o jovem passa, às vezes, a se sentir envergonhado ou em conflito por causa de seu novo corpo. As modificações corporais, o aparecimento de pelos pubianos e axilares, o aumento da força muscular, a distribuição da gordura, a mudança da voz, o desenvolvimento dos seios ou do pênis, a menarca, a primeira ejaculação e a masturbação são elementos que exteriorizam as mudanças internas com seus reflexos sobre a vida afetiva e emocional dos jovens. Quer dizer, o corpo permite que o adolescente visualize, perceba as mudanças psicológicas que também estão ocorrendo.

Outra afirmação presente em ambos os grupos foi “eu me sinto sempre preocupado”, em que se observa, na literatura, que a adolescência é caracterizada como uma fase de muitas preocupações com a aparência física, com as questões da sexualidade, das cobranças no estudo (vestibular principalmente) e do medo de perder os entes queridos.

A afirmação “eu sinto vontade de chorar diariamente” remonta à questão do choro, que se caracteriza como um dos sintomas clássicos da depressão, e se encontra presente como uma das mais citadas pelos alunos com sintomatologia depressiva. E, embora a afirmação “eu quero me matar” seja considerada com menos frequente em ambos os grupos, é motivo de preocupação, uma vez que mais de 12% da amostra com sintomatologia confirmam esse desejo.

Pesquisas como as realizadas por Beyaert (2000) apontam um aumento do número de suicídios na adolescência, que já é considerado como a segunda causa da morte de jovens entre 15 e 19 anos. Ainda segundo esse autor, entre os fatores psiquiátricos associados ao suicídio, em primeiro lugar está a depressão, alteração afetiva predominante no ato suicida, desde sua ideação, intenção até o suicídio de fato, apesar de vários motivos ou

explicações rodearem o suicídio dos adolescentes, como por exemplo, os fatores de ordem sexual, as drogas, a timidez, o fracasso escolar e problemas sentimentais, de relação familiar.

Diante desse quadro tão preocupante, é necessário que a família e a escola estejam atentas aos sintomas da depressão e aos pedidos muitas vezes emitidos, mas não entendidos. Assim, o primeiro passo é observar mais atentamente seus sinais para iniciar o acompanhamento médico e psicológico necessários.

Outro aspecto importante a ser observado é que não foram encontradas no nosso estudo correlações significativas quanto à presença de sintomatologia depressiva relacionada à idade e à série. Contudo, no que diz respeito ao gênero e à repetência, observou-se que os estudantes do sexo feminino e os repetentes apresentaram uma média mais alta no CDI, havendo, inclusive, diferença significativa entre sintomas depressivos e gênero (estatística $t = -2,665$, $gl = 1459,13$; $p\text{-valor} = 0,008 < 0,05$) e entre sintomas de depressão e repetência (estatística $t = 2,170$, $gl = 321,81$; $p\text{-valor} = 0,031 < 0,05$).

A correlação positiva verificada entre gênero e depressão é corroborada por pesquisas como as realizadas por Lima (1999), Lima (2004) e Calil (2006), que indicam que as mulheres apresentam cerca de duas vezes mais depressão do que homens. No entanto, o sexo feminino parece não ser um fator de risco 'per se', mas sim, o ambiente e suporte social na maioria das culturas. O fato de os homens relatarem menos sintomas depressivos do que as mulheres contribui para esse achado. Kornstein (1997) pontua, em seu artigo de revisão bibliográfica, que mulheres desenvolvem episódios de depressão mais longos e crônicos, são mais sensíveis aos eventos de vida como desencadeantes de episódios depressivos e são mais suscetíveis a tais episódios em função das alterações hormonais constantes.

Além de apresentarem uma incidência aproximadamente duas vezes maior de prevalência de sintomas depressivos que os homens, as mulheres também apresentam diferenças em relação ao curso da doença e às respostas ao tratamento medicamentoso e

psicológico. Estudos realizados por Bahls (2002) demonstraram uma diferença significativa entre os sintomas em relação ao gênero, com maior prevalência em meninas (72,3 %). Entretanto, quanto à idade, encontrou um provável pico de sintomas entre 12 e 15 anos.

Como já citado anteriormente, nas perspectivas sociodemográficas da amostra, o índice de reprovação encontrado foi de 16,7%. Esse percentual foi considerado bastante expressivo. Quanto à relação encontrada entre sintomatologia depressiva e repetência, é importante observar que existem evidências de que dificuldades acadêmicas estão relacionadas à depressão em crianças e em adolescentes, bem como a problemas de comportamento e à baixa autoestima.

Segundo Cruvinel e Boruchovitch (2004), o adolescente pouco competente, acadêmica e socialmente, tende a apresentar maior incidência de sintomas depressivos quando comparado àqueles com sucesso escolar. É, pois, alta a taxa de sintomas depressivos em adolescentes com dificuldades escolares, principalmente quando confrontada com a taxa de prevalência dessa sintomatologia na população infantil sem dificuldades de aprendizagem.

A investigação realizada na presente tese buscou também verificar de que forma o transtorno depressivo, de início precoce, interfere nos relacionamentos familiar, acadêmico e social, o que justifica a importância do diagnóstico e do tratamento nessa faixa etária. Assim, foi investigado como estaria sendo a relação dos adolescentes com a sintomatologia depressiva e a integração social, entendida como o relacionamento favorável com pais, irmãos, colegas e professores. Encontrou-se, então, uma correlação significativa (porém positiva) entre a pontuação da depressão com os indicadores de integração social (relacionamento com pais, irmãos, colegas e professores).

Assim, quanto ao aspecto referente à presença de sintomatologia depressiva e integração social, foi possível observar, na Tabela 12 (correlação entre o CDI e as variáveis de integração - pais, irmãos, colegas e professores), que os alunos com sintomatologia depressiva

apresentaram um relacionamento positivo no que diz respeito à integração social. Essa variável demonstra ser extremamente importante, tendo em vista as relações decorrentes da integração social, entendida como o relacionamento favorável com pais, irmãos, colegas e professores, pois, como bem observou Hirschi (1969), a força dos vínculos com os pais, com os amigos e outros membros convencionais constitui indícios de apego do jovem à escola, o que resulta em comportamentos pró-sociais e maior dedicação à escola.

Corroborando essa afirmação, Santos (2008) deixa clara a importância do compromisso convencional, como por exemplo, o apego aos professores, aos pais e aos amigos convencionais para gerar comportamentos ajustados socialmente, como frequentar uma escola e realizar satisfatoriamente suas atividades acadêmicas.

Segundo Santos (2008), a adesão à sociedade convencional, em geral, aos seus valores e instituições socializadoras, com destaque para a escola, favorece comportamentos convencionais, como dedicar-se aos estudos, e deixa clara a importância do compromisso convencional (por exemplo, apego aos professores, pais, amigos convencionais) para promover comportamentos ajustados socialmente, como frequentar uma escola e realizar satisfatoriamente suas atividades acadêmicas.

Embora, nesta tese, não se tenha realizado um diagnóstico final da presença da depressão nos alunos pesquisados, as indicações de sua presença é marcante, o que demonstra ser cada vez mais necessário aprofundar as pesquisas a respeito desse tema, principalmente no Brasil.

7.3. Relação entre as estratégias de aprendizagem e a CDI

Como ressaltado anteriormente, o instrumento utilizado para investigar o uso de estratégias de aprendizagem foi a escala de estratégia de aprendizagem construída e validada

para a população brasileira por Boruchovitch e Santos (2001). Os resultados obtidos na presente pesquisa demonstram que a maioria dos alunos apresentou escores superiores à média de 90,42 pontos na escala de estratégia, o que indica que a maioria da amostra reporta usar estratégias cognitivas e metacognitivas durante a realização de tarefas escolares e de estudo.

Foram observadas as estratégias de aprendizagem mais e menos utilizadas tanto pelos estudantes da amostra total (Tabela 9) quanto por aqueles que apresentaram sintomatologia depressiva (Tabela 10). Podem-se observar algumas diferenças entre os dois grupos, tais como o fato de que, enquanto a estratégia mais presente pelos sem sintomatologia foi *“faz esquemas usando as ideias principais do texto”*, os com sintomatologia apontaram o fato de *“costumar estudar ou fazer o dever de casa de “última hora”* demonstrando uma possível falta de motivação nesse grupo para com as tarefas escolares.

Como afirmam Sukiennik et al.(2000), é preciso ficar atento a alguns sinais de alerta emitidos pelo adolescente, como a piora progressiva em seu desempenho escolar, tanto pela falta de motivação como também por uma diminuição transitória de sua capacidade cognitiva. Algumas investigações, como as realizadas por Palladino et al. (2001), Pekrun, Goetz, Titz e Perry (2002), demonstram que os sintomas depressivos também afetam os hábitos de estudo dos alunos.

Em ambos os grupos, também foi possível constatar que, entre as estratégias menos usadas, está, principalmente, a que diz respeito ao fato de o adolescente não *perceber quando tem dificuldades para aprender algum assunto*, o que demonstra a dificuldade que os estudantes estão apresentando de se aperceber da sua própria aprendizagem (ou da falta dela). Portanto, os alunos devem se apropriar do saber e criar competências cognitivas. Mas, para isso ocorrer, é preciso estudo, e para que esse estudo aconteça, devem ser criadas situações de aprendizagem significativas e atraentes, que produzam prazer e que induzam os alunos a

fazerem suas tarefas e quererem ir à escola. Como forma de orientá-los para que eles percebam o que foi aprendido, devem-se conduzi-los a compreenderem o sentido dos conteúdos trabalhados e quais são as relações existentes entre eles e sua vida, seu dia a dia e com a sociedade da qual faz parte.

Estudos como os de Cruvinel (2004) e Palladino et al. (2000), corroborados por esta tese, confirmam a ideia de que os fatores afetivos afetam negativamente a aprendizagem do aluno, tais como a questão do monitoramento da compreensão e do conhecimento estratégico, que estão relacionados de forma negativa com sentimentos depressivos.

Pode-se, portanto, perceber que o sistema metacognitivo e o sistema afetivo estão relacionados, e um influencia o outro, explicando que os estudantes com dificuldade escolar apresentam déficits no sistema metacognitivo. Outras estratégias citadas como menos utilizadas pelos estudantes e que confirmam esse déficit no sistema cognitivo dizem respeito à estratégia 27 - *“quando não entendeu o que leu, costuma parar e ler novamente”* - e a 17 - *“quando estuda e consegue perceber o quanto está aprendendo”*. Para Dweck (1986), a dificuldade metacognitiva favorece o desenvolvimento de crenças de desamparo, conduzindo assim a sentimentos depressivos.

Em ambas as amostras (presentes nas Tabelas 9 e 10), os estudantes citaram, na questão 41, que é aberta, algumas estratégias que constam da escala de estratégia de aprendizagem, como por exemplo, sublinhar o texto e perguntar ao professor quando tem dúvidas. Mas surgiram também algumas estratégias não elencadas no instrumento, como: formar grupos para estudar juntos, e cada um ministrar aulas sobre o que mais entende; pedir para uma terceira pessoa, geralmente a mãe, ir acompanhando enquanto vão repetindo o que estudaram. Houve, ainda, quem dissesse ministrar aulas para os seus bonecos ou alunos imaginários como forma de aprender e/ou relembrar o conteúdo da disciplina.

Buscou-se também verificar o fato de a estratégia de aprendizagem ser melhor representada por uma estrutura multifatorial, o que foi confirmado após análise fatorial exploratória para as 40 questões da escala de estratégias de aprendizagem, momento em que foi aplicado o método de análise das componentes principais, optando-se pelo número de fatores do critério de Normalização de Kaiser ou Critério da Raiz Latente (autovalores > 1).

Depois de se proceder à aplicação da análise fatorial, obteve-se, inicialmente, uma estrutura multifatorial constituída de nove fatores que explicaram 46,47% da variância total das variáveis originais consideradas. Contudo, posteriormente, foram considerados como resultado final da análise fatorial os três primeiros e principais componentes ou fatores, denominados de compreensão, motivação e distração. Esses fatores, advindos da Análise Fatorial de Correspondência (AFL), elencados na Tabela 15, são bastante significativos para o processo de aprendizagem. Segundo Piaget (1978), compreender é conseguir dominar, em pensamento, as mesmas situações até poder resolver os problemas por elas levantados, em relação ao porquê e ao como das ligações constatadas. Por outro lado, utilizadas na ação, pode-se, então, afirmar que, se existe compreensão, há aprendizagem.

Segundo Boruchovitch (2001), a compreensão é resultante da capacidade de monitoramento apreendida pelos alunos, pois aqueles que são tidos como bem-sucedidos apresentam a capacidade de monitoramento desenvolvida, são capazes de monitorar a compreensão, o uso de estratégias, o investimento de esforço e o engajamento nas tarefas, além de outras atividades.

As estratégias de monitoramento da compreensão vão exigir, principalmente, que o indivíduo esteja constantemente com a consciência realista de o quanto está sendo capaz de captar e absorver do conteúdo que está sendo ensinado para que possa tomar alguma providência quando perceber que não entendeu, assim como também estará apto a se autoquestionar, a fim de investigar se houve compreensão para, então, estabelecer metas e

acompanhar o progresso em direção à sua realização e modificar as estratégias utilizadas caso considere necessário.

Relacionando o fator compreensão à variável sexo (Tabela 16), observou-se que não houve diferença significativa, ou seja, não se pode afirmar que existam diferenças entre homens e mulheres no que diz respeito à compreensão do conteúdo estudado ao utilizarem as estratégias de aprendizagem.

Contrariando o senso comum, que rotula os estudantes de escolas públicas como sendo menos competentes academicamente, os resultados obtidos na Tabela 17 demonstram que, ao fazerem uso das estratégias de aprendizagem, eles demonstram uma diferença significativa no nível de compreensão quando comparados aos das escolas privadas. Esse resultado reforça a urgência de se investir mais nos alunos da rede pública, pois eles têm um potencial que não deve ser desprezado, e de capacitar os docentes a reconhecerem a importância do uso das estratégias para potencializar a aquisição da aprendizagem, pois os próprios educadores pouco utilizam ou valorizam habilidades estratégicas como um recurso facilitador para a compreensão do conteúdo, como constatou Kopke Filho (2002) em suas pesquisas.

Em relação ao segundo fator – a motivação (Tabela 15) – é importante observar que o processo de aprendizagem tem um caráter eminentemente interativo, sistêmico, de modo que, para iniciá-lo, é necessária motivação, que consiste no ponto de partida, no desejo, na orientação mental do aluno para o começo das tarefas que o possibilitarão atingir a meta final, uma vez que os alunos não prestam atenção, a menos que estejam preocupados com as consequências de seu trabalho. Assim, a motivação, mesmo sendo um elemento essencial para que ocorra a aprendizagem, e estando presente em parte da nossa amostra, não corresponde ao ideal esperado, posto que se aprende melhor e mais depressa se houver interesse pelo assunto que se está estudando.

A motivação é o aspecto dinâmico da ação; é o que leva o sujeito a agir, a orientá-lo em função de certos objetivos, é, portanto, o processo que mobiliza o organismo para a ação, a partir de uma relação estabelecida entre o ambiente, a necessidade e o objeto de satisfação (Bock, 2001).

Considerando-se que uma das grandes virtudes da motivação é melhorar a atenção e a concentração, pode-se dizer que a motivação é a força que move o sujeito a realizar atividades, pois, ao sentir-se motivado, ele tem vontade de fazer alguma coisa e se torna capaz de manter o esforço necessário durante o tempo necessário para atingir o objetivo proposto. É imprescindível compreender, também, que o uso eficiente das estratégias de aprendizagem depende das condições internas do aprendiz. Assim sendo, é preciso que se estimulem as estratégias afetivas que são voltadas, principalmente, para a eliminação de sentimentos desagradáveis e para a busca da manutenção da motivação, da atenção, da concentração e do controle da ansiedade. Estudos como os realizados por Pozo (1996), Silva e Sá (1997) afirmam que a capacidade do aluno para refletir sobre os seus processos cognitivos, motivação, iniciativa e comportamento autônomo, está relacionada ao processo de autorregulação que envolve, sobretudo, a metacognição.

Através de pesquisas, como as realizadas por Cruvinel (2004), Boruchovitch e Santos (2006) que, ao relacionar estratégias de aprendizagem com rendimento acadêmico dos alunos com alto desempenho escolar, observaram um uso mais amplo e eficiente de estratégias. Corroborando essa afirmação, estudos como os realizados por Loranger (1994) demonstram que os estudantes com alto desempenho escolar manifestaram mais motivação para obter sucesso, mostrando-se mais ativos e flexíveis no emprego das estratégias. Enquanto que os alunos com baixo desempenho demonstraram falta de conhecimento das estratégias e pouca habilidade para utilizá-las.

Segundo Dembo (2000), para que o estudante seja bem sucedido, precisa controlar seis componentes: motivação, métodos de aprendizagem, manejo do tempo, ambiente físico, ambiente social e performance acadêmica. O primeiro componente, a motivação, é considerada como um processo interno, que proporciona ao comportamento energia e direção. Para controlar a motivação, é indispensável determinar e desenvolver metas positivas no que se refere à própria habilidade para resolver tarefas escolares, bem como manter a motivação frente às dificuldades.

Observa-se que grande parte dos problemas relativos aos baixos resultados nos estudos tem sua origem na pouca consciência dos estudantes em realizar atividades de aprendizagem por iniciativa própria. Ou seja: dedicar tempo às tarefas de estudo-aprendizagem, por opção pessoal, de modo autônomo, por perceber que estudar é uma atividade importante, não por ordem externa, mas por motivação intrínseca, pois, caso não haja empenho pessoal na realização das tarefas para as quais é capaz, não terá como atingir o objetivo a que se propõe.

A distração, terceiro fator encontrado, reflete um aspecto negativo do processo de aprendizagem, tendo em vista que, se não houver uma atenção direcionada para o que se está estudando, dificilmente a aprendizagem se fará presente, porquanto o tema abordado não será compreendido. O que se observa é que tanto a distração quanto a falta de compromisso com o estudo têm sido fenômenos muito presentes nas salas de aula e em casa, e isso dificulta a realização dos deveres escolares, conseqüentemente, a aprendizagem não tem sucesso.

A distração envolve aspectos relacionados, sobretudo, à falta de atenção relatada pelos estudantes durante as aulas ou quando realizam suas atividades escolares. Observou-se, nas respostas dadas à escala de avaliação de estratégias de aprendizagem, uma gama de comportamentos que não são condizentes com a aquisição da aprendizagem. Entre eles, destacam-se: ficar pensando em outra coisa quando o professor está explicando; escutar

música, assistir à TV, distrair-se e comer enquanto estuda ou faz a tarefa de casa. Ao contrário dos dois fatores anteriores, o terceiro deles – a distração – foi o mais presente entre os alunos da escola privada.

Segundo Sprenger (2008), a percepção da atenção, ou da falta dela, é essencial, pois esse processo cognitivo permitirá o controle dos estímulos irrelevantes, a percepção de estímulos importantes e a passagem de um estímulo para outro. Diante do grande transtorno que a distração representa para a aprendizagem, Carrasco (2004) aconselha que se devem empregar estratégias de atenção porque elas favorecem o controle e o direcionamento de todo o sistema cognitivo para a informação relevante de cada contexto. Essas estratégias são ainda mais necessárias quando um quadro depressivo se apresenta, pois, entre os sintomas cognitivos da depressão, o rebaixamento na atenção, nas funções executivas e na memória é a alteração neuropsicológica que corresponde mais diretamente ao critério cognitivo “prejuízo na capacidade de pensar ou concentrar”, definido pelo DSM-IV-TR como diagnóstico de depressão maior (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

Tendo em vista os resultados obtidos na Tabela 16, a partir dos escores dos fatores FI, FII e FIII dos escolares (grupo com sintomatologia depressiva), é possível observar que o fator compreensão, embora apresente uma média maior em relação ao sexo masculino – posto que os homens parecem compreender mais os conteúdos da aprendizagem ao usar estratégias de aprendizagem - ao se realizar o teste t, essa diferença aparece como não significativa. Assim, não se pode afirmar que um dos sexos compreenda mais do que o outro.

Ainda na Tabela 16, a respeito do fator motivação, percebe-se que as mulheres se mostram um pouco mais motivadas do que os homens para o uso das estratégias de aprendizagem. Entretanto, novamente ao ser realizado o teste t, essa diferença não se mostrou significativa. Já em relação ao fator distração, de acordo com a Tabela 16, os homens

apresentam uma diferença significativa em relação às mulheres, isto é, são mais distraídos do que as mulheres no uso das estratégias de aprendizagem.

No que concerne aos fatores I, II e III e aos tipos de escola, os resultados presentes na Tabela 17 demonstram que os alunos das escolas públicas compreendem mais ao fazer uso das estratégias de aprendizagem do que os das escolas da rede privada.

Em relação ao fator II (motivação), os alunos das escolas públicas demonstram estar mais motivados para estudar do que os das escolas privadas. Quanto ao fator distração, o que se percebe é que, relacionado ao tipo de escola, não existem diferenças significativas.

Posteriormente, na Tabela 18, em que se apresentam os escores dos fatores I, II e III, não houve diferenças significativas a respeito da variável repetência, tanto em relação ao fator compreensão, quanto à motivação ou à distração.

Embora os resultados do presente estudo tenham sido negativos para a relação estratégias de aprendizagem e idade (Tabela 19), observa-se que, assim como ocorreu com a correlação CDI e idade, também quanto ao uso de estratégias de aprendizagem e às variáveis série e idade não foram identificadas diferenças significativas, podendo-se supor que o fato de não haver grandes variações quanto à faixa etária dos alunos seja o fator responsável por esses resultados.

Outros estudos, como os realizados por Willoughby, Porter, Belsito e Yearsley (1999) sobre o fator idade, demonstram que, mesmo as crianças mais jovens têm competência cognitiva para adquirir e utilizar as estratégias de aprendizagem e são beneficiadas pelas intervenções em estratégias de aprendizagem. O mesmo acontece com a variável série. Contudo, os resultados encontrados em Boruchovitch (1999) demonstram que o uso das estratégias de elaboração e a preocupação em manter um ambiente de estudo adequado estavam relacionados ao aumento da idade e à escolaridade.

Na correlação observada entre os tipos de estratégias de aprendizagem (cognitiva e metacognitiva) e a variável sexo (Tabela 20), constatou-se que tanto em relação às estratégias cognitivas quanto às metacognitivas houve uma diferença significativa. Os resultados obtidos apontaram para o fato de o sexo feminino fazer mais uso das estratégias de aprendizagem (cognitivas e metacognitivas) que o masculino.

Embora se especifiquem as estratégias, estudos como os de Schlieper (2001) e Costa (2001), citados por Cruvinel, em que eles abordam as variáveis demográficas, demonstraram que a estratégia de solicitar auxílio e a de ensaio foram mais utilizadas pelos alunos do sexo feminino, enquanto as de controle da atenção foram mais frequentes entre as mulheres. Cruvinel (2004) também se reporta a pesquisas realizadas sobre gênero, como as de Zimmerman e Martinez-Pons (1990) e Ablard e Lipschultz (1998), que observaram um maior uso de estratégias de autorregulação, como retenção, monitoramento, estruturação do ambiente, levantamento de metas e planejamento pelos estudantes do sexo feminino. Esses estudos também constataram que as jovens tendem a usar mais estratégias que aperfeiçoem o ambiente e a regulação pessoal do que os meninos, em determinadas situações de aprendizagem, como, por exemplo, em tarefas de leitura e escrita ou na execução de uma tarefa difícil.

É importante também pontuar os resultados obtidos nas Tabelas 21 e 22, que trazem a correlação entre estratégias cognitivas e metacognitivas de aprendizagem e interação social. Em relação ao uso de estratégias cognitivas, os estudantes que fazem menos uso desse tipo de estratégia têm dificuldades de se relacionar com os colegas. Já com os demais grupos sociais - pais, irmãos e professores - não foram verificadas diferenças significativas.

Nas Tabelas 23 e 24, observou-se que, tendo em vista a correlação entre o uso de estratégias - tanto cognitiva quanto metacognitiva - ter sido negativa, é possível então afirmar que a falta de interação entre os estudantes, na sala de aula, dificulta a busca por compreender

mais os conteúdos ministrados pelos professores, o que favorece a manutenção da dúvida e, conseqüentemente, promove déficit de aprendizagem.

Essa análise da interação social é extremamente importante, pois um dos fatores sociais de que o aluno pode dispor para autorregular a sua aprendizagem é a procura de ajuda. Essa estratégia é influenciada por fatores pessoais e contextuais. Os fatores pessoais incluem as percepções dos alunos acerca da sua competência social e acadêmica, a natureza dos seus objetivos e atitudes. Por sua vez, os fatores ambientais incluem, entre outros, o comportamento do professor e a estrutura da sala de aula. Por exemplo, estruturas de sala de aula mais abertas, assim como um comportamento mais democrático do professor, facilitam os pedidos de ajuda por parte dos alunos. (Ryan & Pintrich, 1997)

Assim sendo, quanto mais estratégias de aprendizagem cognitiva o aluno utiliza maior será a sua interação com o professor. Já em relação à escola, não houve uma correlação significativa.

Ao se investigar o tipo de estratégia de aprendizagem (cognitiva e metacognitiva) utilizada pelos alunos e sua relação com reprovação (Tabela 25), não se verificou, nesta pesquisa, significância na relação, seja através do teste de significância para a correlação de Pearson ou do teste-t para a comparação de duas amostras independentes. No entanto, em pesquisas como as realizadas por Costa (2000), por exemplo, a repetência foi um fator que se mostrou associado à utilização das estratégias de aprendizagem. Segundo estudos feitos por Boruchovitch (2001), os alunos repetentes, quando comparados com os não repetentes, revelaram um repertório mais simples de estratégias de compreensão de leitura.

Foi observado também que, independentemente do controle de idade, sexo ou série, existe correlação negativa estatisticamente significativa entre os escores da escala de estratégias de aprendizagem e os escores do CDI, o que sugere que, quanto maior o número de sintomas de depressão, menor o relato de uso de estratégias de aprendizagem pelos

participantes. Foram encontrados também resultados similares em estudos prévios, ratificando a ideia de que os fatores afetivos afetam negativamente a aprendizagem do aluno.

Palladino e cols. (2000), ao verificar a existência de uma correlação negativa entre o monitoramento da compreensão e o conhecimento estratégico com os sentimentos depressivos, chegaram à conclusão de que o sistema metacognitivo e o sistema afetivo têm estreita correlação, ou seja, um influencia diretamente no outro, o que justifica o fato de estudantes com dificuldade escolar apresentarem *déficits* no sistema metacognitivo.

Mesmo que o teste-t para a comparação de duas amostras independentes não tenha apresentado resultados significativos para as estratégias de aprendizagem, EEA – escore total, em relação às reprovações (sim, não) dos escolares, os escores do CDI apresentaram diferença significativa em relação ao rendimento escolar, isto é, reprovações (sim, não), demonstrando que os estudantes com sintomatologia depressiva fazem menos uso das estratégias de aprendizagem do que aqueles sem sintomatologia depressiva. Neste estudo, verificou-se alta incidência de reprovação, sobretudo nas disciplinas de Português (30,4%) e Matemática (29,4%) e literatura, em que foram encontradas pesquisas como a realizada por Pérez e Urquijo (2001), com 888 adolescentes, em que se verificou que o aumento dos níveis de depressão dos estudantes correlaciona-se com a diminuição do desempenho escolar em línguas e em Matemática. Dell’Aglío e Hutz (2002) também verificaram uma correlação negativa entre os sintomas depressivos e o desempenho escolar de alunos.

Os dados obtidos nesta tese tornam-se ainda mais significativos diante da realidade escolar brasileira, em que há um grande número de alunos com desempenho escolar abaixo do esperado. Pode-se constatar, no Exame Nacional de Ensino Médio (ENEM) de 2005, considerando apenas as questões objetivas, que 60,2% participantes tiveram desempenhos na faixa de insuficiente a regular, 34,9%, entre regular e bom, e apenas 4,9% bom a excelente (INEP, 2005). Urge, então, a necessidade de se expandir a compreensão das

possíveis variáveis que influenciam o desempenho escolar, de forma a promover procedimentos interventivos eficazes.

Nesse contexto, o estudo das relações entre depressão, estratégias de aprendizagem e desempenho escolar é fundamental, pois, embora não se possa afirmar que os transtornos afetivos, especificamente a depressão, sejam a causa do baixo rendimento escolar, não se pode descartar também a possibilidade real de sua intervenção negativa no processo de aprendizagem. E mesmo que alguns teóricos defendam que conhecer as estratégias não é suficiente para melhorar o rendimento escolar dos estudantes, os alunos precisam compreender como e quando usá-las, pois, segundo Hattie, Biggs e Purdue (1996), se, por um lado, o ensino de estratégias de aprendizagem é capaz de melhorar significativamente o rendimento escolar dos alunos, por outro, não há dúvidas de que o mero treinamento em estratégias é infrutífero para se desenvolver a capacidade do aluno para aprender a aprender, se ao ensino de estratégias não forem acopladas estratégias de apoio afetivo destinadas a modificar variáveis psicológicas, tais como: ansiedade, autoeficácia, autoconceito, atribuição de causalidade, muitas vezes incompatíveis com o uso apropriado das estratégias.

As estratégias de aprendizagem devem permitir a tomada de consciência do próprio processo de aprendizagem e do ato de conhecer, o que, certamente, fará crescer a liberdade de operar com o conhecimento adquirido em outros contextos e auxiliará não só o aluno, mas também o professor, que será o mediatizador dessa aprendizagem.

É importante se observar, também, tal como afirmam Silva e Sá (1993), que a eficácia da aprendizagem não depende apenas da idade, da experiência e do nível intelectual, mas, sobretudo, da aquisição de estratégias cognitivas e metacognitivas que possibilitem ao aluno planejar e monitorar o seu desempenho escolar, o que promoverá uma conscientização dos processos que serão usados para aprender bem, como a tomada de

decisão apropriada sobre que estratégia utilizar em cada tarefa e, ainda, avaliar a sua eficácia, substituindo-as quando não produzirem os resultados desejados.

Os resultados que, ao longo deste estudo, foram surgindo convergem para os investigadores sobre a temática da depressão e o uso das estratégias de aprendizagem (Zimmerman, 2000^a; 2000^b; Boruchovich, 1994; 1999; 2006; Cruvinel, 2004; Coutinho, 2007), demonstrando que os alunos sem transtornos afetivos (mais precisamente, a depressão) utilizam, de forma eficaz, as estratégias de aprendizagem, são mais autorregulados, exibem um elevado sentido de eficácia pessoal nas suas capacidades para aprender – o que influencia o seu envolvimento e comprometimento com os objetivos educacionais e as atividades de estudo. E o resultado disso é um bom rendimento escolar.

Assim, é possível observar a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre a presença da sintomatologia depressiva nos estudantes - seja de escola pública ou privada do ensino médio - e o uso que eles fazem das estratégias de aprendizagem. Diante de todos os resultados obtidos com a investigação realizada na presente tese, pode-se apreender que, quando existe a presença da sintomatologia depressiva, o estudante faz menos uso das estratégias de aprendizagem.

A série de associações que emerge da análise dos dados recolhidos na amostra desta tese permite-nos constatar que existem diferentes variáveis que apresentam um impacto significativo nas estratégias de aprendizagem que os alunos empregam. Constata-se, ainda, que uma multiplicidade de fatores interage no processo da autorregulação da aprendizagem, e disfunções ocorridas em qualquer um deles poderão comprometer seriamente o desenvolvimento da aprendizagem.

Foi possível perceber também que o desenvolvimento da aprendizagem está estreitamente relacionado com a existência de ambientes sociais e afetivos que suportem e promovam muitas oportunidades para a sua prática. Nesse sentido, a integração do ensino das

estratégias de aprendizagem na dinâmica própria de cada uma das áreas curriculares poderá ser a metodologia mais eficaz a ser promovida na sala de aula, uma vez que, devem-se trabalhar as estratégias de autorregulação da aprendizagem, de modo contextualizado, como ferramenta útil para aplicar em diversos domínios e, não, apenas como técnicas de estudo avulsas e descontextualizadas. A presente tese poderá, então, contribuir de forma significativa para a obtenção de uma melhor aprendizagem, sobretudo no que diz respeito aos alunos que têm problemas relacionados à depressão.

CONCLUSÕES

Com o objetivo principal de averiguar a relação existente entre a presença de sintomatologia depressiva e o uso de estratégias de aprendizagem pelos alunos do ensino médio de escolas públicas e privadas, realizamos uma ampla investigação, através do método quantitativo, nas cidades de João Pessoa/PB, Natal/RN, Recife/PE, Maceió-AL e Teresina-PI, buscando constatar uma real correlação entre os transtornos psicoafetivos, no caso, a depressão, e o uso das estratégias de aprendizagem.

A elevada taxa de prevalência de sintomas depressivos encontrada nesta pesquisa acarreta questionamentos sobre os fatores que podem contribuir para o aumento da presença desses sintomas nos adolescentes. É possível encontrar na literatura uma diversidade de fatores, entre eles, destacam-se: os familiares, os sociais, os emocionais e os econômicos, que poderão estar intervindo nos dados de prevalência. Ao se realizar uma analogia entre o passado e o presente, observou-se que o cotidiano do adolescente passa a ser um fator *sine qua non* para sua qualidade de vida. Realizando-se, então, uma comparação com o passado, é possível observar que, nos dias atuais, mudanças sociais alteraram de modo contundente a estrutura familiar, conseqüentemente, os hábitos cotidianos transformaram-se radicalmente, os ritmos e as rotinas dos jovens.

Os estudos a respeito da depressão na adolescência têm merecido destaque, principalmente aqueles relacionados à identificação do problema. No entanto, verifica-se que ainda são poucas as pesquisas que envolvem a aplicação de estratégias de intervenção e ações preventivas (Benetti et.al., 2007). Diante disso, observa-se a necessidade de que sejam realizados novos estudos orientados para prevenir a depressão na adolescência e intervir em seu processo. Outro ponto importante é que tais estudos sejam acompanhados de orientação para a família, para os professores e os educadores, cujo conhecimento e participação

poderiam minimizar os eventos estressores na escola e na família, atuando como medidas preventivas para a saúde mental dos adolescentes.

Embora o presente estudo contribua para a compreensão dos aspectos relacionados à depressão na adolescência, cabe destacar que são reconhecidas algumas de suas limitações, especialmente as que envolvem a realização desta pesquisa, entre as quais, podemos citar o fato de não ter sido possível nos aprofundarmos no diagnóstico da depressão e realizar uma investigação mais ampla de fatores que podem ocasionar o uso insuficiente das estratégias de aprendizagem, como o fato de os professores, a família ou os próprios alunos desconhecê-las. Assim, concluímos que futuras pesquisas com populações de outras realidades socioeconômicas e culturais devem ser conduzidas.

O percurso metodológico adotado nesta tese permitiu a identificação e a análise das informações obtidas através do CDI, instrumento utilizado para averiguar o índice de sintomatologia depressiva; da Escala de Estratégias de Aprendizagem, para verificar as estratégias mais e menos utilizadas pelos alunos e o questionário sociodemográfico, que favoreceu um conhecimento da população alvo.

No que diz respeito ao perfil sociodemográfico dos adolescentes da nossa amostra, constatamos a predominância do gênero feminino nas salas de aula e a prevalência de sintomas depressivos também nos estudantes do sexo feminino.

Relacionado aos indicadores da depressão, por meio dos resultados da avaliação psicológica do CDI (Inventário de Depressão Infantil), os resultados encontrados no nosso estudo realçam as similaridades e as diferenças entre os adolescentes depressivos e os sem sintomatologia da depressão, no que tange ao uso das estratégias de aprendizagem para a obtenção do sucesso escolar.

Segundo Martinelli (2001), não existe um consenso a respeito da maneira como os fatores afetivos interferem no desempenho cognitivo, no entanto, sabe-se que não há conduta

afetiva sem a presença de cognição assim como não existem elementos cognitivos sem afeto. Neste sentido, os achados da nossa pesquisa revelaram também que a presença de sintomatologia depressiva interfere na escolha e no uso de estratégias de aprendizagem, havendo, sobretudo, uma diferença quanto ao uso das estratégias cognitivas, tendo em vista a constatação de que ambos os grupos (os que apresentaram sintomatologia de depressão e os que não apresentaram) fazem uso, com maior frequência, das estratégias metacognitivas.

Esses resultados são relevantes na medida em que nos dão alguns indícios de como pode ser a postura da escola e do professor em sala de aula, no sentido de prevenir ou de aprender a lidar melhor com as dificuldades acadêmicas e emocionais de seus alunos. De modo geral, este estudo indica a necessidade de intervenções e medidas preventivas em todos os níveis, direta ou indiretamente, considerando-se o desempenho acadêmico, a família e o ambiente escolar, além do próprio adolescente.

Assim sendo, com base nos dados da literatura expostos, buscamos identificar, descrever e analisar possíveis relações entre a presença de sintomatologia depressiva e o uso de estratégias de aprendizagem, comparando os alunos depressivos com aqueles sem dificuldade de aprendizagem, com o objetivo de alertar a escola e a família sobre quão importante é o aspecto psicoafetivo no desempenho acadêmico e como o uso ou não de estratégias de aprendizagem também pode ser um indicador da presença de transtornos como a depressão.

Os resultados apontam para a necessidade de se criarem intervenções para os adolescentes que apresentam problemas emocionais e a urgente necessidade de se elaborarem programas de capacitação voltados para os professores, no sentido de instrumentalizá-los para lidarem melhor com essa realidade, pois, tendo em vista que a depressão interfere no uso de estratégias de aprendizagem e, conseqüentemente, no rendimento acadêmico do aluno, é necessário que haja também intervenções com o objetivo de aprender estratégias afetivas ou

de apoio e de aperfeiçoar o uso de estratégias de aprendizagem, de forma que o desempenho escolar dos adolescentes com transtornos psicoafetivos não seja tão prejudicado em função da interferência das emoções na motivação, no uso de estratégias de aprendizagem e no desempenho escolar (Pekrun & Cols.2002).

Aos professores cabem maior conhecimento e conscientização a respeito do desenvolvimento psicológico do adolescente, assim como de problemas emocionais comuns nessa fase. Relacionados às implicações educacionais, os resultados apresentados na presente tese confirmam a importância da promoção do desenvolvimento metacognitivo e da autorregulação da aprendizagem, tendo em vista que a autorregulação é um elemento que consiste na capacidade do aluno em se conscientizar e controlar seu pensamento, com o intuito de manter um estado afetivo e motivacional favorável à aprendizagem. Acreditamos, portanto, que a implantação de intervenções orientadas para o desenvolvimento da autorregulação e da capacidade metacognitiva poderia tornar os alunos mais eficientes no controle do comportamento.

É essencial, portanto, que a escola crie um ambiente que favoreça a aprendizagem, desenvolvendo e aperfeiçoando as estratégias cognitivas e metacognitivas, e estimule a ocorrência de situações que conduzam o aluno a um comportamento de autorregulação, contribuindo para que ele passe a ter uma postura reflexiva, de autocrítica e de autocontrole perante seus próprios processos cognitivos e afetivos. Contudo, como afirma Costa (2000), geralmente, no ensino tradicional, não existe uma preocupação em ensinar o aluno a “aprender a aprender” e, conseqüentemente, os estudantes não têm o hábito de pensar sobre seus processos cognitivos.

Busca-se, então, com esta tese de doutoramento, contribuir para a investigação e maior compreensão da sintomatologia depressiva em adolescentes, através da realidade da incidência desse transtorno nas escolas das capitais estudadas, procurando evidenciar a

importância do reconhecimento precoce da depressão, a fim de que se possa minimizar o seu impacto no rendimento escolar.

Como foi possível observar, o tema da depressão na adolescência e a sua relação com a escola e a aprendizagem ainda são, no Brasil, sobretudo na Região Nordeste, insuficientes, principalmente no que diz respeito à relação entre sintomas depressivos e o uso de estratégias de aprendizagem. Então, esperamos que, a partir dos resultados obtidos, a presente tese possa contribuir futuramente para a qualidade de vida desses jovens, através de práticas, principalmente, preventivas.

Esperamos, também, que possa auxiliar para a construção do saber prático, a fim de mobilizar novas ações na *práxis* psicológica, sobretudo na elaboração de intervenções conjuntas entre estratégias afetivas, cognitivas e de autorregulação no próprio ambiente escolar, visando à melhoria e à prevenção de problemas relacionados à presença da depressão e ao uso de estratégias de aprendizagem por parte dos alunos do ensino médio.

REFERÊNCIAS

- Aberastury, A., Knobel, M. (2000). *Adolescência normal*. Porto Alegre: Artmed.
- Alexander, P. A., Murphy, K. P., Guan, J. (1998). The learning and study strategies of highly able female students in Singapore. *Educational Psychology, 18*, 391-407.
- Allen, J. P., Insabella, G., Porter, M. R., Smith, F. D., Land, D. & Philipe, N. (2006). A social-interactional model of the development of depressive symptoms in adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 55-65.
- Alves, M.A., Almeida, L.S. & Barros, A. (1997). Diversificação de materiais e de estratégias no ensino aprendizagem da matemática: uma experiência com a teoria dos números. *Revista Portuguesa de Educação, 10*(1), 147-163.
- Almeida, L. S. (1992). Inteligência e aprendizagem: Dos seus relacionamentos à sua promoção. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 8*, 277-292.
- Almeida, H. J. F., Gaião, A.A, Gouveia, V.V., Barbosa, G.A, (1995). Inventário de depressão infantil (CDI)-estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 44*, 345-9.
- Almeida, A.R.S. (2004). *A emoção na sala de aula*. Campinas-SP: Papirus.
- Amâncio, L., Oliveira, A, Sampaio, D. (2005). Arriscar morrer para sobreviver: olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica V19 n.4*, p.509-521.
- American Medical Association. (2002). *Guia essencial de depressão*. São Paulo: Aquariana.
- Amaral, J.G.P.D. (2006). Os destinos da tristeza na contemporaneidade: uma discussão sobre depressão e melancolia. Dissertação de Mestrado, PUC-RJ.
- Andrade, J. E. B. (1982). Eventos da instrução: uma proposta derivada das teorias de processamento de informações. *Tecnologia Educacional, 11*, 27-34.
- Antonijevic, N. e Chadwick, C. (1983). *Estrategias cognitivas y meta-cognición en la educación del futuro*. Caracas, Venezuela: Cinterplan.
- Àries, P.(1991). *História social da criança e da família*. 2ª.ed. Rio de Janeiro: Guanabara.

- Bahls, S.C.(2002a). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes: características clínicas. *Jornal de Pediatria*, 78, 359-66.
- Bahls, S.C & Bahls, F.R. (2002).Depressão na adolescência: características clínicas. *Revista Interação em Psicologia*, 6(1), 49-57.
- Ballone G.J, Ortolani I.V, Pereira Neto, E (2002). *Da Emoção à Lesão*. São Paulo: Manole.
- Bandim, J.M, Sougey, E.B., & Carvalho, T.F.R.. (1995). *Depressão em crianças: características demográficas e sintomatologia*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 44(1), 27-32.
- Bandura, A. (1964). The stormy decade: fact or fiction? *Psychology in the schools*, 1, 224-231.
- Baptista, M., Baptista, A. & Dias, R. (2001). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21, 56-61.
- Barbosa, G. A. & Gaião, A. A. (2001). *Apontamentos em Psicopatologia infantil*. João Pessoa-PB: Idéia
- Barbosa, G. A., Dias, M. R., Gaião, A. A., & Lorenzo, W. C. G. (1996). Depressão infantil: um estudo de prevalência com o CDI. *Infanto – Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 14(3), 36-40.
- Barbosa, G A e Lucena, A. (1995). Depressão infantil. *Infanto*. [S.l].2, 23-30.
- Baron, P. & Campbell, T.L.(1993). Gender differences in the expression of depressive symptoms in middle adolescents: an extension of early findings. *Adolescence*, 28 (112), 903-911.
- Barros, A.P.R., Coutinho, M.P.L.C., Araújo, L. F & Castanha, A. R. (2006). As representações sociais da depressão em adolescentes no contexto do Ensino médio. *Estudos de Psicologia*. 23 (1) 19-28.

- Benetti, S. P. C., Ramires, V.R.R., Schneider, A.C., Rodrigues, A.P.G. & Tremarin, D. (2007). Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(6), 1273-1282.
- Beyaert F. & Erlicher P. (1999). Adolescence and suicidal tendencies, *Imago*, 6, 1, 5-12
- Biaggio, A.M.(2000). *Psicologia do desenvolvimento*. Petrópolis-RJ: Vozes.
- Birmaher, B, Ryan, N.D., Brent, D.A, Kaufman, J. & Dahl, R.E. (1996) Childhood and Adolescent Depression: a review of the past 10 years, Part I. *JAM Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 35(11): 1427-39.
- Black, D. (1987). Depression in children. *British Medical Journal*, 294, 462-463.
- Bock, A. M. (2001). *Psicologias: uma introdução ao estudo de Psicologia*. 13ª ed. São Paulo: Saraiva.
- Borges, V. R. & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 anos. *Psic., Saúde & Doenças*,7(2): 195-209.
- Boruchovitch, E. (1993). A Psicologia cognitiva e a metacognição: Novas perspectivas para o fracasso escolar brasileiro. *Tecnologia Educacional*, 22 (110/111), 22-28.
- Boruchovitch, E. (1994) As variáveis psicológicas e o processo de aprendizagem: uma contribuição para a psicologia escolar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 10 (1), 129-139.
- Boruchovitch, E. (1999). Estratégias de aprendizagem e desempenho escolar: considerações para prática educacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12 (2), 361-376.
- Boruchovitch, E., Santos, A.A.A., Costa, E.R., Neves, E.R., Cruvinel,M. & Primi, R., Guimarães, S.R. (2006). A construção de uma escala de estratégias de aprendizagem para alunos do ensino fundamental. *Psicologia.:Teoria e Pesquisa*. 2(3), 257-304.
- Branco, L. M., hilario, M.O.E. & Cintra, I.P. (2006) Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. *Rev. psiquiatr. Clínica*,.33, 292-296.

- Brasil, M. A., Grohs, G. E. & Peregrino, A. (2006) Depressão. Disponível em: www.abpbrasil.org.br/comunidade/exibComunidade/ acesso em: 8/05/2008
- Brumback, R. A., Jackoway, M. K. & Weinberg, W.A, (1980). Relation of Intelligence to childhood depression in children referred to na Educational Diagnostic Center. *Perceptual and Motor Skills*, 50, 11-17.
- Cabral, A. & Nick, E. (2001) *Dicionário técnico de psicologia* (12ª ed.). São Paulo: Cultrix.
- Calil, H.M & Justo, L.P (2006) Depressão o mesmo acontecimento para homens e mulheres. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33, 535-243
- Calil, H. M.. & Guerra A. B.(2004) Guerra. Depressão uma doença Mental? *Rev.Ciência Hoje*. São Paulo, v. 34, n. 201, p.28-37.
- Calil, H. & Pires, M. L. (2000). Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. Em C.Gorenstein, L. Andrade & A. Zuardi (Orgs.). *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia* (65-69). São Paulo: Lemos-Editorial.
- Carlini-Cotrim, B., Gazal-Carvalho, C. & Gouveia, N. (2000). Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 34, 636-645.
- Carrasco, J. B.(2004).*Estratégias de Aprendizaje: para aprender más y mejor*. Madrit: Rialp.
- Censo 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo/>. Acesso em: 25 de setembro de 2008.
- Cibois, P. (1998). Soft Tri-Deux-Mots. Versão 2.2. Ufr. Paris. Sciences Sociales.
- Claes, M. (1985) *Os problemas da adolescência*. Lisboa: Verbo.
- Coimbra, L. B. S. (1999). Desenvolvimento interpessoal e moral. *Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens*. Lisboa: Universidade Aberta.

- Costa, E.R.& Boruchovitch, E.(2004) Compreendendo Relações entre Estratégias de Aprendizagem e ansiedade de Alunos do Ensino Fundamental de Campinas.*Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(1),15-24
- Coutinho, M.P.L. (2001). *Depressão infantil e representação social* (2a.ed.) João Pessoa-PB:Editora Universitária.
- Coutinho, M.P.L. & Saldanha, A.A.W. (2005). *Representação social e práticas de pesquisa*. João Pessoa PB: Editora Universitária.
- Coutinho, M.P.L., Monteiro, F. R. & Araujo, L.F. (2007) Sintomatologia depressiva em adolescentes do Ensino médio: um estudo das representações sociais. *Psicol. cienc. prof.*, 27(2)224-235.
- Cruvinel, M. & Boruchovitch, E. (2004) Sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar de alunos do ensino fundamental. *Psicologia em Estudo*, 3 (9), 369-379.
- Dalgalarondo, P. (2000). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Ed. Artmed.
- Dell'aglio, D. D. & Hutz, C. (2002). Estratégias de coping de crianças e adolescentes em eventos estressantes com pares e adultos. *Psicologia USP*, 13 (2), 203-225.
- Dell'aglio, D. D. & Hutz, C. S. (2004). Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. *Psicologia Reflexão & Crítica*, 17(3), pp. 351-357.
- Del Porto (1999). Depressão. *Revista Brasileira de Medicina*, 56,89-103.
- Duarte, A. (2002). *Aprendizagem, ensino e aconselhamento educacional: uma perspectiva cognitivo-motivacional*. Porto: Porto Editora.
- Dweck, C.S. (1986). Motivational processes affecting learning. *American Psychology*, 41,1040-1048.

- Di giacomo, J.P. (1981). Aspects méthodologiques de l'analyse de représentations sociales. *Cahiers de psychologie cognitive*, 1,397-422.
- Dutra, E.M.S. (2001) Depressão e suicídio em crianças e adolescentes. *Mudanças Psicoterapias e estudos Psicossociais*, 9,15, 27-35.
- Fassler, D. E. & Dumas, L. (1998) *Help Me, I'm Sad: Recognizing, Treating and Preventing Childhood and Adolescent Depression*. Berkley: Penguin Publisher.
- Ferreira, M. G.(2000). *Concepções de subjetividade em psicologia*. Maranhão: Pontes.
- Feshbach, N. D. & Feshbach, S. (1987) Affective Processes and Academic Achievement. *Child Development*, Londres, 5 (58), 1335-1347.
- Flavell, J. H., Miller, H. P. & Miller, S. A. (1999). *Desenvolvimento cognitivo* (Trad. Claudia Dornelles). Porto Alegre. Artmed.
- Fonseca, M.H.G, Ferreira, R.A., Fonseca, S.G.(2005). Sintomas depressivos em escolares. *Pediatria* 27(4),223-32.
- Foucault, M. (2000). *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes.
- Franco, O. C. M.(2002). *Práticas familiares em relação ao dever de casa: um estudo junto às camadas médias de Belo Horizonte*. Dissertação de Mestrado, UFMG, Belo Horizonte-MG.
- Freud, S. (1905). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. V.VII. Rio de Janeiro: Editora Imago.
- Furegato, A.R.F., Silva, E.C., Campos, M.C. & Cassiano, R.P.T. (2006). Depressão e autoestima entre acadêmicos de enfermagem. *Psicologia USP*, 33(5).
- Glied, S. & Pine, D. S. (2002). Consequences and correlates of adolescent depression. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 156, 1009-1014.
- Golfeto, J.H., Veiga, M.H., Souza, L. & Barbeira, C.(2002). Propriedades psicométricas do Inventário da Depressão Infantil (CDI) aplicado em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto. *Revista Psiquiatria Clínica*. 29 (2), 66-70.

- Gomide, P. I. C. (2004). *Pais presentes, pais ausentes: regras e limites*. Petrópolis: Vozes.
- Gonzalez Rey, F. L. (2002). *Pesquisa qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F. & Gaião, A. A. (1995). Inventário de Depressão Infantil – CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44, 345-349.
- Gouveia, R.S.V. (2009). *Engajamento escolar e depressão: um estudo correlacional com crianças e adolescentes*. Tese de Doutorado em Psicologia Social. UFPB.
- Hattie, J., Biggs, J. & Purdie, N. (1996). Effects of learning skills interventions on students: A meta analysis. *Review of Educational Research*, 66, 99-136.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP (2005).Disponível em: <http://www.inep.gov.br> . Acesso em: 20 de maio de 2009.
- Jacob, C. R. (2003). *Atlas da filiação religiosa e indicadores sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: PUC-RJ/ Loyola.
- Jalles, C. M. C. R. (1997). *O efeito de instruções sobre estratégias metacognitivas de crianças pré-escolares em solução de problema geométrico*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Jatobá, J.D.V.N. & Bastos, O.(2007). Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56, (3): 171-179.
- Jimerson, S. R., Campos, E. & Greif, J. L. (2003). Toward and understanding of definitions and measures of school engagement and related terms. *The California School Psychologist*, 8, 7-27.
- Halbe, W & Halbe, A.F.P. (2000).A saúde da adolescente. *Revista Brasileira de Medicina*, 3, 152-156.

- Kaplan, H. I., Saddy, B.J, Grebb, J.A.(2006) *Compêndio de Psiquiatria a– Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 7.ed Tradução: Dayse Batista. Porto Alegre: Artmed.
- Kasen, S., Cohen, P., Skodol, A. E., Johnson, J. G., Smailes, E. & Brook, J. S. (2001). Childhood depression and adult personality disorder. *Archives General of Psychiatry*, 58, 231-236.
- Kornstein, S. G. (1997). Gender differences in depression: implications for treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(15), 12-18.
- Kopke Filho, H. (2002). Repertório de estratégias de compreensão da leitura e conhecimento metacognitivo de professores de língua portuguesa. *Psicologia Escolar e Educacional*, 6, 67-80.
- Leal, E.Q. (2001). *Stress em adolescente: avaliação dos principais sintomas*. Dissertação (mestrado) UFPB.
- Lemos, C.G. (2001). *Adolescência e escolhas da profissão no mundo do trabalho atual*. São paulo: Vetor.
- Levisky, D. L. (2001). *Adolescência: reflexões psicanalíticas* (2a ed). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lima D. (2004). Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 8(2).
- Lima, M. S. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Rev. Bras. Psiquiatria*, 2, 01-05.
- Lopes, P, Barreira, D.P. & Pires, A. M.(2001). Tentativa de suicídio na adolescência: avaliação do efeito de gênero na depressão e personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), 47-57.
- Lopes, M. C. C. (1997). *O uso de estratégias cognitivas e metacognitivas no ensino/aprendizagem da leitura no 1o Grau: uma proposta de intervenção*. Dissertação de

- Mestrado, Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Loranger, A. L. (1994). The study strategies of successful and unsuccessful high school students. *Journal of Reading Behavior*, 26, p.347-360.
- Lesourd, S. (2004) *A construção adolescente no laço social*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Maldonato, M. (2006) Os aposentos vazios da depressão. *Rev. Viver mente e cérebro*. São Paulo, n. 160, p. 38-45.
- Marconi, M. A., Lakatos, E. M. (2001). *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados* (4a ed.) São Paulo: Atlas.
- Martinelli, S. C. (2001). Os aspectos afetivos das dificuldades de aprendizagem. In: *Dificuldades de aprendizagem no contexto psicopedagógico*. Petrópolis- RJ: Vozes.
- Martini, M., Prette, Z. (2005). Atribuições de Causalidade e Afetividade de Alunos de Alto e Baixo Desempenho Acadêmico em Situações de Sucesso e de Fracasso Escolar. *Revista Interamericana de Psicología / Interamerican Journal of Psychology*, 39 (3), 355-368.
- Marton, P., Churchard, M. & Kutcher, S. (1993). Cognitive distortion in depressed adolescents. *Journal of Psychiatry and Neurosciences*, 18, 103-107.
- Maturana, H. (2001). *Da Biologia à psicologia*. Porto Alegre-RS: Artes Médicas.
- Medeiros, P.C., Loureiro, S.R., Linhares, M.B.M. & Marturano, E. M.(2000) A auto-eficácia e os aspectos comportamentais de crianças com dificuldade de aprendizagem. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 13(3), 327-336..
- Mello, M. F. & Mello, A. A. F. *O que sabemos sobre a depressão* “um livro para não psiquiatras”, disponível em: www.unifesp.br. acesso em: 15/02/2009

- Mercuri, E. (1992). *Condições espaciais, materiais, temporais e pessoais para o estudo, segundo depoimentos de alunos e professores de cursos de graduação da UNICAMP*. Campinas, 1992. Tese de doutorado- UNICAMP.
- Minervino, C.A.S.M., Silveira & N.J.D.F, Ferreira, A.A.(2005). Estudo de validação da escala de estratégias de estudo. *Avaliação psicológica*,4(2), 115-123.
- Miyazaki, M.C.O.S. (2002). Aspectos teóricos e metodológicos do estudo da depressão na infância. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 12(3), 67-78.
- Molina, O. (1983). Desenvolvimento de habilidades de estudo: Uma estratégia ao alcance do professor. *Educação e Seleção*. Fundação Carlos Chagas, 8.
- Monereo, C. F.(2000) *Estrategias de aprendizaje*. Madrid: Visor, 2000
- Montero, C. R., & Torres, M. G. (1998). Capacidad de autorregulación del proceso de aprendizaje. In González-Pienda, J. A. & Núñez Pérez (coordinadores), *Dificultades del aprendizaje escolar*,(pp. 239-259). Madrid: Psicología Pirámide.
- Moreno, A. R. & Moreno, D. H. (2000). Escalas de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Åsberg (MADRS). Em Gorestein, C., Andrade, L.H.S.G. & Zuardi, A. W. (Orgs.). *Escalas de Avaliação Clínica em Psicologia e Psicofarmacologia* (71-87). São Paulo: Lemos - Editorial.
- Moreno, V. & Di Vesta,F. (1991). Cross cultural comparisons of study habits. *Journal of Educational Psychology*, 83(2), p.231-239.
- Moujan, O. P. (1986). *Abordaje teorico y clínica del adolescente*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Nóbrega, S.M. & Coutinho, M.P.L. (2003). O Teste de Associação Livre de Palavras. In:Coutinho et al. *Representações Sociais: abordagem interdisciplinar*. João Pessoa: Editora Universitária/ UFPB.
- Osório, L.C. (1989). *Adolescente Hoje*. Porto Alegre:Artes Médicas.

- Outeiral, J. O. (2003). *Adolescer: estudos sobre adolescência*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Palácios, J. (2005). O que é adolescência. In: Coll, C. Palácios J., Marchesi, A. *Desenvolvimento Psicológico e Educação: psicologia evolutiva*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Palitot, M.D. (2002). *Separação de pais: impacto na aprendizagem dos filhos- alunos da rede pública*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa - PB.
- Palladino, P., Poli, P., Masi, G., & Marcheschi, M., (2000). The relation between metacognition and depressive symptoms in preadolescents with learning disabilities: data in support of Borkowski's Model, *Learning Disabilities. Research & Practice*, 15(3), 142-148.
- Pasquali, L., Gouveia, V.V., Andriola, W. B., Miranda, F. J. & Ramos, A. (1994). Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG): Adaptação brasileira. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 10, 421-437.
- Pearce, J. B. (1978). The recognition of depressive disorder in children. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 71, 494-500.
- Pekrun, R., Goetz, T., Titz, W. & Perry, R.P. (2002). Academic emotions in students' self-regulated learning and achievement: a program of qualitative and quantitative research. *Educational Psychologist*, 37 (2), 91-105.
- Pereira, E. D. (2004). Adolescência: um jeito de fazer. *Revista da UFG* 6(1), 66-70.
- Peres, U.T. (2003). *Depressão e Melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Pérez, M. V. & Urquijo, S. (2001). Depresión en adolescentes: relaciones com el desempeño académico. *Revista de Psicología Escolar e Educacional*, 5, 49-58.

- Perrenoud, P. (1999). *Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens: entre duas lógicas*. Porto Alegre: Artmed.
- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) – 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1455&id_pagina=1. Acesso em: 20 de novembro de 2009.
- Petersen, A., Compas, B., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S. & Grant, K. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48, 155-168.
- Piaget, J. (1978) *Fazer e Comprender*. São Paulo: Melhoramentos, EDUSP.
- Pontes, C.B. (2003). *Depressão: o que Você Precisa Saber*. Fortaleza : Multigraf.
- Pozo, J. J. (1996). Estratégias de Aprendizagem. In: Palácios, J. E Marchesi, A. (orgs.) *Desenvolvimento Psicológico e Educação. Psicologia da Educação*, 2, Porto Alegre-RS:Artes Médicas.
- Purdie, N. & Hatie, J.(1996). Cultural differences in the use of strategy for selfregulated learning. *American Educational Research Journal*, 33(4), 845-871.
- Reis, R. L. R. & Figueira, I. L. V. (2001). Transtorno depressivo na clínica pediátrica. *Revista Pediatria Moderna*, 37, 212-222.
- Reppold, C., Pacheco & Hutz, C. (2003). Prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes no Rio Grande do Sul. *Avaliação Psicológica*, (2)2, 175-184
- Ribeiro, C. (2003). Metacognição: um apoio ao processo de aprendizagem. *Psicologia Reflexão e Crítica*. Porto Alegre, 16 (1).
- Rocha,T.H., Ribeiro, J.E.C, Pereira, G.A, Aveiro, C.C & Silva, L.C. (2006) Sintoma depressivos em adolescentes de um colégio particular . *Psico-USF*, 11(1), 95-102.
- Romero, L.M., Casas, M,F., Carbelo, B.B. (2006). La Autoestima. Disponível em <http://www.pntic.mec.es/recursos/infantil/salud/autoestima.htm>. Acesso em: 05/10/2008.
- Rodrigues, M. J.(2000). O Diagnóstico de Depressão. *Psicologia USP*, 11(1), 155-187.

- Rudinesco E. & Plon M. (2000). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editora,
- Weinstein, C.E. & Mayer, R.E. (1985). The teaching of learning strategies. Em M. Wittrock (Org.), *Handbook of research on teaching* (pp.315-327). New York: Macmillan.
- World Health Organization. WHO initiative on depression in public health. 2006. Disponível:http://www.who.int/mental_health/management/depression/depressioninph/en. Acesso em 01/05/2008.
- Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I. & Falissard B. (2007). The adolescent depression rating scale (ADRS): a validation study. *BMC Psych*, 7, 2-10.
- Ryan, R. M. & Pintrich, P. R. (1997). Should I ask for help? The role of motivation and attitudes in adolescents' help seeking in math class. *Journal of Educational Psychology*, 89, 329-341.
- Roberts, D. A. (1988). *Adolescência*. *Nursing*, 10, 23-27.
- Sadler, L. (1991). Depression in adolescent: Context, manifestations, and clinical management. *Nursing Clinics of North American*, 26, 559-572.
- Salle, E., Segal, J. & Sukiennik, P. (1996). Transtornos depressivos. Em P. B. Sukiennik (Org.), *O aluno problema: Transtornos emocionais de crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Mercado Aberto.
- Santos, W. S. (2008). *Explicando comportamentos socialmente desviantes: Uma análise do compromisso convencional e afiliação social*. Tese de Doutorado. Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Schlieper, M.D.M.J. (2001) *As estratégias de aprendizagem e as atribuições de causalidade de alunos do ensino fundamental*. Campinas. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação, UNICAMP

- Scivoletto, S. & Tarelho, L. G. (2002). Depressão na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Medicina*, 59(8), 555-557.
- Silberg, J., Pickles, A., Rutter, M., Hewitt, J., Simonoff, E., Maes, H., Carbonneau, R., Murrelle, L., Foley, D. & Eaves, L. (1999). The influence of genetic factors and life stress on depression among adolescent girls. *Archive General of Psychiatry*, 56, 225-232.
- Sisto, F. F., Boruchovitch, E. & Fini, L. D. T. (2001). *Dificuldades de Aprendizagem no Conteúdo Psicopedagógico*. Petrópolis-RJ: Vozes.
- Silva, A.L, Duarte, A., Sá, I. & Simão, A. (2004). *Aprendizagem autorregulada pelo estudante: perspectivas psicológicas e educacionais*. (pp. 11-39). Porto: Porto Edit.
- Silva A.L. & Sá, L. (1997). *Saber estudar e estudar para saber*. Coleção Ciências da Educação. Porto, Portugal: Porto Editora.
- Smucker, M.R, Craighead,W.E & Craighead, L.W, Green, B.J.(1986). Normative and reliability data for the Children's Depression Inventory. *J Abnorm Child Psychol*, 14, 25-39.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE DINÂMICA. Depressão: o mal do século.*
Disponível em: Acesso em: 5/04/2009
- Solomon, A. (2002). *Demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão*. Rio de Janeiro: Objetiva
- Souza, F. G. M.(1999) Tratamento da depressão. *Rev. Brasileira de Psiquiatria*, 21,18-22.
- Sprenger, M. (2008). *Memória: como ensinar para o aluno lembrar*. Porto Alegre:Artmed.
- Steinberg, L. (2001). *Adolescence* (6a ed.). New York: McGraw-Hill.
- Sukiennik, P.B., Piltcher, R.B., Teruchkin, B. & Preussler, C.M. (2000). Implicações da depressão e do risco de suicídio na escola durante a adolescência. *Adolescencia Latinoamericana*, 2 (1), 36-44.
- Suplicy, M. (2000). *Conversando sobre sexo*. 17 ed. Petrópolis: Vozes.

- Swanson, H.L. (1990). Influence of metaconitive knowledge and aptitude on problem solving. *Journal of Educational Psychology*, 82(2), 306-314.
- Vasconcelos, C. (2003). *Como Abordar... O Estudo Acompanhado*. Porto: Areal Editores.
- Versiani, M., Reis, R. e Figueira, I. (2000). Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. *J. Bras. de Psiquiatria*, 49(10-12), 367-382
- Vigotsky, L.S. (2004). *Teoria e método em Psicologia* (3a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Weissman, M. M., Wolk, S., Goldstein, R. B., Adams, P., Greenwald, S., Klier, C. M., Ryan, N. D., Dahl, N. D. & Wickramaratne, P. (1999). Depressed adolescents grown up. *Journal of American Medical Association*, 281, 1707-1713
- Wenzel, A., Steer, R.A., Beck, A.T.(2005). Are there any differences in frequency of self reported somatic symptoms of depression? *J Affect Disord* 89(1-3), 177-81
- Willoughby, T., Porter, L., Belsito, L., & Yearsley. (1999). Use of elaboration strategies by students in grades two, four and six. *The Elementary School Journal*, 99(3), 221-231.
- Zavaschi, M. L. S, Satler, F., Poester, D. Vargas, C. F., Piazenski, R., Rohde, L. A. P. & Eizirik, C. L. (2002). Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 189-195.
- Zimmerman, B. (2000). Attaining self-regulation: a social cognitive perspective. Em: M.Boekaerts, P. Pintrich e M. Zeidner (eds.). *Handbook of Self-Regulation* (13-39). New York: Academic Press.
- Zimmerman, B.J., Bonner, S. & Kovach, R . (1996). *Developing self-regulated learners: Beyond achievement to self-efficacy*. Washington: American Psychological Association.
- Zimmerman, B. J. & Martinez-PONS, M. (1990). Student differences in self regulated learning relating grade, sex, and giftedness to self-fficacy and ststrategy use. *Journal of Educational Psychology*, 82, p.51-59.

A N E X O S _____

ANEXO I. Inventário de Depressão Infantil

Por favor, leia atentamente cada um dos 20 itens abaixo, escolhendo entre as três opções de cada um a que mais se aproxima de como você tem se sentido. Faça isso marcando para cada item uma única letra.

- 01) a) Eu fico triste de vez em quando.
b) Eu fico triste muitas vezes.
c) Eu estou sempre triste.
- 02) a) Para mim tudo se resolverá bem.
b) Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim.
c) Nada vai dar certo para mim.
- 03) a) Eu faço bem a maioria das coisas.
b) Eu faço errada a maioria das coisas.
c) Eu faço tudo errado.
- 04) a) Eu me divirto com muitas coisas.
b) Eu me divirto com algumas coisas.
c) Nada é divertido para mim.
- 05) a) Eu sou mal (ou má) de vez em quando.
b) Eu sou mal (ou má) com frequência.
c) Eu sou sempre mal (ou má).
- 06) a) De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer.
b) Eu temo que coisas ruins me aconteçam.
c) Eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão.
- 07) a) Eu gosto de mim mesmo.
b) Eu não gosto muito de mim mesmo.
c) Eu me odeio
- 08) a) Normalmente eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem.
b) Muitas coisas ruins que acontecem são minha culpa.
c) Tudo de mal que acontece é por minha culpa.
- 09) a) Eu não penso em me matar.
b) Eu penso em me matar, mas não o faria.
c) Eu quero me matar.
- 10) a) Eu sinto vontade de chorar de vez em quando.
b) Eu sinto vontade de chorar frequentemente.
c) Eu sinto vontade de chorar diariamente.
- 11) a) Eu me sinto preocupado de vez em quando.
b) Eu me sinto preocupado frequentemente.
c) Eu me sinto sempre preocupado.

- 12) a) Eu gosto de estar com pessoas.
b) Frequentemente eu não gosto de estar com pessoas.
c) Eu não gosto de estar com pessoas
- 13) a) Eu tenho boa aparência.
b) Minha aparência tem alguns aspectos negativos.
c) Eu sou feio.
- 14) a) Eu durmo bem à noite.
b) Eu tenho dificuldades de dormir algumas noites.
c) Eu tenho sempre dificuldades para dormir à noite.
- 15) a) Eu me canso de vez em quando.
b) Eu me canso frequentemente.
c) Eu estou sempre cansado.
- 16) a) Eu não me sinto sozinho.
b) Eu me sinto sozinho muitas vezes.
c) Eu sempre me sinto sozinho.
- 17) a) Eu me divirto na escola frequentemente.
b) Eu me divirto na escola de vez em quando.
c) Eu nunca me divirto na escola
- 18) a) Sou tão bom quanto outras crianças.
b) Se eu quiser posso ser tão bom quanto outras crianças.
c) Não posso ser tão boa quanto outra crianças.
- 19) a) Eu tenho certeza que sou amado por alguém.
b) Eu não tenho certeza que alguém me ama.
c) Ninguém gosta de mim realmente.
- 20) a) Eu sempre faço o que me mandam.
b) Eu sempre faço o que me mandam com frequência.
c) Eu nunca faço o que me mandam.

ANEXO II. Escala de Avaliação de Estratégias de Aprendizagem

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

	SEMPRE	ALGUMAS VEZES	NUNCA
Estratégia 1- você repete em voz alta quando vai lendo um texto para aprender melhor			
Estratégia 2- você costuma passar uma linha embaixo das partes mais importantes			
Estratégia 3- quando você faz a tarefa costuma verificar se fez bem e se está certo.			
Estratégia 4- você percebe quando está com dificuldade de aprender determinada matéria			
Estratégia 5- você resume o texto para entender melhor			
Estratégia 6- quando você estuda você percebe que não está conseguindo aprender			
Estratégia 7- quando você lê um texto procura escrever com suas palavras o que entendeu			
Estratégia 8- você consegue ir até o final de uma tarefa mesmo ela sendo difícil ou chata			
Estratégia 9- você presta atenção e consegue ficar concentrado no estudo			
Estratégia 10- você costuma parar durante a leitura para saber se está compreendendo			
Estratégia 11- você tem vontade de ler e de estudar			
Estratégia 12- você cria perguntas e respostas sobre o assunto que está estudando			
Estratégia 13- você tenta descobrir quais são as idéias principais do texto que está lendo ou estudando			
Estratégia 14- você consegue controlar seu medo quando precisa mostrar ao professor o que sabe da matéria			
Estratégia 15- você lê e tenta compreender as figuras e Tabelas no texto			
Estratégia 16- você costuma fazer esquemas			
Estratégia 17- quando estuda você consegue perceber o quanto está aprendendo			
Estratégia 18- você costuma pedir ajuda aos professores quando não entende o que ele explica			
Estratégia 19- você costuma olhar novamente em casa o que você escreveu durante as aulas			
Estratégia 20- você procura no dicionário o significado das palavras			
Estratégia 21- você costuma pedir ajuda quando não entende a matéria			

Estratégia 22 -em casa você procura dividir as horas			
Estratégia 23 -você costuma procurar um local calmo e iluminado para estudar			
Estratégia 24 -você tenta manter a calma quando está fazendo uma tarefa muito difícil			
Estratégia 25 -você costuma ler outros textos e livros sobre o assunto estudado			
Estratégia 26 -você percebe quando não entende o que está lendo			
Estratégia 27 -quando você percebe que não entendeu você lê novamente			
Estratégia 28 -você costuma fazer o dever de casa na última hora			
Estratégia 29 -antes de começar o dever você separa o material			
Estratégia 30 -você costuma desistir quando uma tarefa é muito difícil ou chata			
Estratégia 31 -você fica pensando em outra coisa quando o professor está explicando			
Estratégia 32 -você escuta música ou vê TV enquanto estuda			
Estratégia 33 - durante as aulas você copia com atenção tudo o que o professor escreve no quadro			
Estratégia 34 -você costuma escrever bilhetes no caderno ou na agenda para não esquecer as tarefas pedidas pelo professor			
Estratégia 35 -você costuma comer enquanto estuda			
Estratégia 36 -antes de começar a ler um texto você tenta descobrir o assunto a partir das figuras ou do título do texto			
Estratégia 37 - você costuma se distrair enquanto estuda			
Estratégia 38 -você costuma esquecer de fazer o dever de casa			
Estratégia 39 -quando você faz suas tarefas ou exercícios costuma se sentir nervoso e com medo de fazer tudo errado			
Estratégia 40 -você se sente cansado quando lê ou estuda ou faz o dever de casa			
Estratégia 41 -você usa outros tipos de estratégias diferentes das citadas? Quais?			

ANEXO III. Questionário sócio-demográfico

Finalmente, gostaríamos de saber algumas informações sobre você

Escola: _____

Idade: _____ Escolaridade: _____

Sexo: M () F ()

Religião: _____

Habita com os pais () avós () outros ()

Reprovação: sim () não () quantas vezes? _____

Se sim, qual(is) a(s) disciplina(s) _____

Como você se relaciona com os colegas bem() razoável() mal()

Como você se relaciona com os professores bem() razoável() mal()

Você participa das atividades recreativas sim () não ()

Por que? _____

Você pratica algum tipo de esporte. Sim () não ()

Qual? _____

Você gosta desta escola. Sim () não ()

Por que? _____

Você gosta dos seus professores. Sim () não ()

Por que? _____

Você se relaciona bem com seus pais. Sim () não ()

Por que? _____

E com seus irmãos. Sim () não ()


Por que? _____

ANEXO IV. Análise da Escala de Estratégias de Aprendizagem item por item relacionado ao tipo de estratégia de aprendizagem

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

23. Regulação – organização do ambiente (estratégia metacognitiva)
24. Controle das emoções (estratégia metacognitiva)
25. Compreensão da leitura (estratégia metacognitiva)
26. Compreensão da leitura (estratégia metacognitiva)
27. Monitoramento da compreensão da leitura (estratégia metacognitiva)
28. Regulação – gerenciamento do tempo (estratégia metacognitiva)
29. Regulação – organização do ambiente (estratégia metacognitiva)
30. Motivação e persistência (estratégia metacognitiva)
31. Monitoramento da atenção (estratégia metacognitiva)
32. Regulação – organização do ambiente (estratégia metacognitiva)
33. Ensaio (estratégia cognitiva)
34. Planejamento (estratégia metacognitiva)
35. Regulação – organização do ambiente (estratégia metacognitiva)
36. Elaboração (estratégia cognitiva)
37. Monitoramento da atenção (estratégia metacognitiva)
38. Planejamento (estratégia metacognitiva)
39. Controle das emoções (estratégia metacognitiva)
40. Controle das emoções (estratégia metacognitiva)

ANEXO V. Carta de Apresentação e Esclarecimento

	Profa. Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho Universidade Federal da Paraíba CCHLA – Departamento de Psicologia Núcleo de Pesquisa APPC 58051-900 João Pessoa, PB
	Telefone +55 (83) 32167006 Fax +55 (83) 32167064 E-mail: penhalcoutinho@yahoo.com.br

Prezado(a) Diretor(a),

Sou Professora do Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba, onde coordeno o *Núcleo de Pesquisa Aspectos Psicossociais da Prevenção e da Saúde Coletiva (APPC)*. Na condição de Pesquisadora de Produtividade do *CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico)*, coordeno uma pesquisa a ser realizada em todos os estados na região Nordeste com o objetivo principal de conhecer a incidência de depressão entre crianças e adolescentes que estão regularmente matriculados em alguma escola, assim como avaliar o impacto que este quadro psicológico possa ter no ajustamento e desempenho escolar destes jovens.

Consideramos que este projeto, que apenas poderá ser levado a cabo com a colaboração da escola sob sua direção, colocando algumas salas de aula, a partir da 4ª série do ensino fundamental, e todos os anos do ensino médio. Pretendemos (a) rastrear o índice epidemiológico dos transtornos psicoafetivos e (b) conhecer em que medida tais transtornos podem influenciar no desempenho acadêmico dos jovens. Certamente, este estudo permitirá subsidiar práticas sociais voltadas à melhoria da qualidade de vida e bem-estar subjetivo nestas fases do desenvolvimento. Concretamente, seus resultados subsidiarão a re-elaboração

de práticas sociais preventivas de saúde e educação, objetivadas em três níveis de atuação: (1) formação de enfrentamentos de vivências aversivas da depressão por parte de crianças e adolescentes, (2) formação de competências psicossociais nos familiares que lidam no seu cotidiano com a depressão e (3) formação e competência psicossociais de profissionais que atuam na área da depressão.

Frente, ao antes exposto, vimos através desta solicitar sua autorização para que possamos realizar nossa pesquisa em sua escola. Para isso, necessitamos que o(a) Sr(a) assine o termo de consentimento livre e esclarecido, que segue em anexo. Podemos assegurar que todos os preceitos éticos serão respeitados, e que não se pretenderá identificar qualquer jovem. Neste caso, não haverá possibilidade de identificação no questionário; portanto, orientaremos a que não escrevam seu nome ou assinem qualquer coisa, assegurando o pleno anonimato. As respostas dadas serão mantidas em sigilo, sendo tratadas no seu conjunto e apenas os responsáveis por este estudo terão acesso a elas.

Queremos deixá-lo(a) ciente que sua autorização implica que tenha conhecimento e que concorde com o presente estudo, possibilitando que os dados sejam utilizados para possíveis dissertações de mestrado ou teses de doutorado, apresentações em congressos e/ou artigos científicos. Em todos os casos, no entanto, seguir-se-á assegurando o anonimato dos participantes do estudo e a omissão do nome de sua escola.

Em razão da sua colaboração e permissão a que possamos desenvolver nosso estudo, ofereceremos como contrapartida à direção da escola uma síntese dos resultados encontrados. No caso, unicamente consideraremos a amostra dos que tomarem parte da pesquisa. Especificamente, incluiremos no relatório a incidência de depressão entre os jovens estudantes, seu nível de engajamento escolar e a relação destes com indicadores de desempenho acadêmico. Também estará à sua disposição o relatório final da pesquisa,

compreendendo as amostras de todos os estados do Nordeste, bastando enviar-nos uma solicitação a qualquer um dos endereços acima especificados.

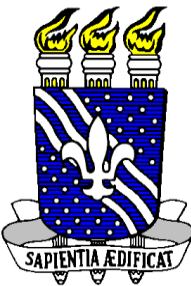
Finalmente, estou encaminhando para a sua escola pesquisadoras responsáveis e qualificadas, mestrandas e doutorandas, previamente treinadas para a aplicação do instrumento que segue anexo a esta solicitação. Portanto, posso assegurar que todo o estudo transcorrerá em clima de profissionalismo e respeito para com os jovens, evitando qualquer transtorno para sua escola.

Desde já, certo de contar com a sua autorização, agradecemos imensamente. Receba nossos cumprimentos,

Atenciosamente,

Profa. Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho

ANEXO VI. Termo de Consentimento

	<p>Profa. Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho Universidade Federal da Paraíba CCHLA – Departamento de Psicologia Núcleo de Pesquisa APPC 58051-900 João Pessoa, PB – BRASIL</p> <hr/> <p>Telefone +55 (83) 32167006 Fax +55 (83) 32167064 E-mail: penhalcoutinho@yahoo.com.br</p>
---	--

Prezado (a) Diretor (a),

Estamos realizando uma pesquisa nesta cidade com a finalidade de (1) rastrear o índice epidemiológico dos transtornos psicoafetivos, (2) conhecer em que medida esses transtornos podem influenciar no desempenho acadêmico de crianças e adolescentes e (3) avaliar fatores que medeiam esta relação. Neste sentido, para efetivação deste estudo, gostaríamos de contar com a colaboração da vossa instituição de ensino, disponibilizando o acesso a algumas turmas de alunos. Para tanto, de acordo com o disposto nas resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, faz-se necessário o vosso consentimento. O tempo estimado da pesquisa é de 50 minutos, onde será aplicado, em sala de aula, um livreto com diferentes questionários (anexo). Os dados coletados nesta pesquisa serão considerados em conjunto, garantindo seu caráter anônimo e sigiloso. Por fim, nos colocamos a inteira disposição de V.S^a. para, ao final do estudo, apresentar um relatório com os resultados encontrados.

Termo de Consentimento

Assinando este termo, estou consentindo a participação dos alunos no projeto de pesquisa: “**Relação entre sintomas depressivos e estratégias de aprendizagem no contexto escolar**”, do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social (doutorado), da Universidade Federal da Paraíba, sob a coordenação da Profa. Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho.

_____, ____ de _____ de 2007.

Carimbo e assinatura do Coordenador/Diretor da Instituição.

