



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BÁSICAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS:
QUÍMICA DA VIDA E SAÚDE**

CARLOS ALBERTO MACHADO DO NASCIMENTO

**FATORES EMOCIONAIS E DE SAÚDE MENTAL: AVALIAÇÃO DE
ALUNOS DE UMA ESCOLA PÚBLICA FEDERAL VISANDO AÇÕES
DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO NO AMBIENTE ESCOLAR**

TESE DE DOUTORADO

Porto Alegre

2016

CARLOS ALBERTO MACHADO DO NASCIMENTO

FATORES EMOCIONAIS E DE SAÚDE MENTAL: AVALIAÇÃO DE ALUNOS DE UMA ESCOLA PÚBLICA FEDERAL VISANDO AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO NO AMBIENTE ESCOLAR

Trabalho apresentando ao Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, como requisito para o Título de **Doutor em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde**.

Orientadora:
Prof^a Dr^a Maria Rosa Chitolina Schetinger

Porto Alegre
2º Semestre, 2016

CIP - Catalogação na Publicação

Nascimento, Carlos Alberto Machado do
Fatores emocionais e de saúde mental: avaliação de
alunos de uma escola pública federal visando ações de
promoção e prevenção no ambiente escolar / Carlos
Alberto Machado do Nascimento. -- 2016.
122 f.

Orientadora: Maria Rosa Chitolina Schetinger.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Instituto de Ciências Básicas da
Saúde, Programa de Pós-Graduação em Educação em
Ciências: Química da Vida e Saúde, Porto Alegre, BR-
RS, 2016.

1. Adolescentes. 2. Saúde mental na escola. 3.
Educação em ciências. 4. Ações preventivas. I.
Schetinger, Maria Rosa Chitolina, orient. II. Título.

CARLOS ALBERTO MACHADO DO NASCIMENTO

FATORES EMOCIONAIS E DE SAÚDE MENTAL: AVALIAÇÃO DE ALUNOS DE UMA ESCOLA PÚBLICA FEDERAL VISANDO AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO NO AMBIENTE ESCOLAR

Trabalho apresentando ao Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, como requisito para o Título de **Doutor em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde**.

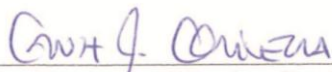
Aprovada em 15/08/2016.



Maria Rosa Chitolina Schetinger, Profª. Drª. (UFSM) (Orientadora)



Luciana Calabro, Profª. Drª. (UFRGS)



Eniz Conceição Oliveira, Profª. Drª (UNIVATES)



Martha Bohrer Adaime, Profª. Drª (UFSM)

Porto Alegre

2016

DEDICATÓRIA

APRESENTAÇÃO

Este trabalho refere-se ao contexto de abordagem e desenvolvimento do Tema Transversal Saúde Mental na esfera pública federal de ensino na cidade de Santa Maria, RS, Brasil, sendo os agentes deste processo, alunos dos 1º, 2º e 3º anos do Colégio Politécnico da Universidade Federal de Santa Maria (CPUFSM), alunos do Ensino Médio.

Como estudante e profissional sempre me identifiquei com uma formação na área da saúde priorizando o modelo biopsicossocial de abordagem e entendimento do ser humano e suas peculiaridades, tanto no seu desenvolvimento quanto no processo saúde-doença e do sofrimento humano.

Concluí a minha graduação em medicina na Universidade Federal de Santa Maria, RS - UFSM em 1992. Talvez, pela necessidade de trabalhar e estudar ao mesmo tempo tenha concluído minha formação com mais maturidade e uma percepção mais ampliada de todos os aspectos envolvidos na saúde e no adoecimento das pessoas. Assim, a partir do décimo semestre decidi fazer residência médica e Especialização em Psiquiatria Clínica Complementada com a Especialização em Psicoterapia de Orientação Analítica e Terapia de Família e mais recentemente Especialização em Perícia Oficial em Saúde, áreas nas quais atuo na UFSM e na clínica privada.

Concluí o mestrado na UFSM na área de Ciências Biológicas junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas: Bioquímica Toxicológica intitulada: “Alterações na Captação de Glutamato por Plaquetas em Portadores de Transtorno do Humor Bipolar tipo 1”, tendo como orientador o professor Dr. João Batista Teixeira da Rocha da UFSM em 2002.

Atuei desde sempre na saúde mental no serviço público de saúde no âmbito federal, na UFSM, e também na esfera municipal em Santa Maria, RS. Coordenei a implantação dos serviços de saúde mental, ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, na rede municipal e na região centro do estado através da 4ª Coordenadoria de Saúde. Acompanhei todo o processo da reforma psiquiátrica no estado do RS e em nível nacional. Relato que todas essas atividades profissionais marcaram muito a minha formação e a minha trajetória profissional na área da saúde mental.

Na prática da docência na área da saúde, psicologia e educação e na atuação profissional no serviço público e na clínica privada despertei o interesse e a motivação para a necessidade da inclusão do tema da saúde mental no ambiente escolar. Isso se deve ao fato de perceber várias situações de jovens e estudantes a quem acompanhei profissionalmente durante a sua formação escolar. Então em 2012, comecei a desenvolver o presente trabalho

junto ao Colégio Politécnico - UFSM. Neste sentido, todas essas experiências e percepções acima relatadas me motivaram e contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa e da presente tese que agora defendo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente a minha orientadora a Prof^ª. Dr^ª. Maria Rosa Chitolina Schetinger pela sua disponibilidade desde o princípio ao aceitar me orientar nesta pesquisa e acompanhar neste desafio, principalmente nos momentos de dificuldades e decisões importantes para o êxito deste projeto. Como admirador do seu trabalho e trajetória acadêmica, meu sincero muito obrigado por esta parceria e a amizade que mantemos.

Sinceros agradecimentos aos componentes do PPGECQVS e particularmente ao Prof. Dr. Diogo Onofre Gomes de Souza pela oportunidade e acolhida, quando então coordenador do PPGECQVS-UFRGS. Também meu muito obrigado extensivo a toda equipe administrativa e da secretaria deste programa pela receptividade e eficiência, em especial ao bolsista Douglas Fraga Silveira.

No mesmo sentido, agradeço aos professores componentes da banca de exame de qualificação e de defesa desta tese, professores: Prof^ª. Dr^ª. Eniz Conceição Oliveira, Prof. Dr. Felix Alexandre Antunes Soares, Prof^ª. Dr^ª. Luciana Calabro, Prof^ª. Dr^ª. Maria do Rocio Fontoura Teixeira e Prof^ª. Dr^ª. Martha Bohrer Adaime, pela pronta disponibilidade de todos em participarem do exame e avaliação desta pesquisa, do nosso trabalho e pelas importantes contribuições, críticas e sugestões que só fizeram enriquecer o nosso projeto e esta tese.

Agradeço individualmente à Prof^ª. Terezinha Dalmolin, extensivo à direção do Colégio Politécnico, aos seus colegas professores, aos alunos e pais que concordaram em participar desta pesquisa demonstrando sua confiança e credibilidade para a viabilização deste projeto.

Meu muito obrigado à colega e amiga Márcia Palma Botega, pelo apoio, dedicação e ajuda na organização deste material e no enfrentamento deste desafio, sua contribuição foi decisiva.

Não poderia ser de outra forma, com a devida licença acadêmica, meu íntimo agradecimento a minha amada Verinha, companheira e verdadeira testemunha ocular e mental das angústias e satisfações desta caminhada de muita luta e realização.

Finalmente não poderia deixar de render *gracias a la Vida* por esta oportunidade e o mais um ciclo que se encerra.

Sinceramente.

Princípio e Ponto Futuro

Acordando as memórias, lembro muito...

O princípio meus pais, meus irmãos, minhas raízes e significados...

Numa campanha de fundo de campo, meu pago...

Missões, margem de rio Capivara e Coimbra... tardes de sol ...

Inhacapetum, cercas de pedra... geada branca de cordeiros...

Minha essência...

Meu olhar guri se lança no horizonte...

Onde o céu encontra a terra, nuvem escura...

Sinal do trem que vai para o mundo... me leva...

Sonho e desejo de alcançar palavras...

As roupas num saco, olhos chorados de minha mãe...

O lombo do cavalo, estrada larga e minhas lágrimas de poeira vermelha...

Homens rudes e fortes pelo caminho, vozes rurais...

Faz-se o caminho, luta pegada amarga e doce...

Há tempos de colheita, meu coração repleto me diz...

Eis que é momento, momento e ciclo que se cumpre...

Tudo tão longe e perto... ainda vejo o guri ...

Tempo de significar e seguir... gratidão

Carlos Alberto do Nascimento

Agosto de 2016.

RESUMO

O estudo objetivou detectar alterações emocionais e de saúde mental que causem sofrimento psíquico suficiente para interferir no processo de aprendizagem em estudantes do Ensino Médio. Participaram do estudo alunos dos três anos de uma escola pública federal de Santa Maria, RS-Brasil. Dos 115 alunos, 94 responderam o *Self Report Questionnaire-SRQ-20*, instrumento da OMS utilizado mundialmente em nível de atenção primária para identificar Transtornos Mentais ou Psíquicos Menores (TMM/TPM). Destes, 32,98% atingiram escore suficiente de sofrimento psíquico. Propõem-se estimular a informação, o conhecimento e a educação em saúde mental por meio da produção de um folder educativo sobre o tema “Saúde Mental no ambiente escolar”, a ser divulgado e utilizado em atividades na comunidade escolar. É a escola, o espaço-território estrategicamente privilegiado para essas ações, onde crianças e adolescentes passam a maior parte do tempo, oportunizando a aquisição de saberes e o empoderamento de competências promotoras de saúde mental.

Palavras-chave: Adolescentes. Saúde mental na escola. Educação em ciências. Ações preventivas.

ABSTRACT

The study had the objective of detecting emotional and mental health changes which provoke psychic distress enough to interfere with the learning process in high school pupils. The students from the three school years of a federal public school of Santa Maria-RS-Brazil took place in this study. From the 115 students, 94 answered the Self Report Questionnaire-SRQ-20, a WHO tool used worldwide in level of primary care in order to identify Mental or Psychic Minor Disorders (MMD/PMD). Of these, 32.98 % achieved sufficient score to psychological suffering. One proposes to stimulate information, knowledge, and education in mental health through the production of an educational folder on the subject to be published and used in activities in the school environment. The school, which is the territory-space strategically privileged for these actions where children and adolescents spend most of their time, gives them opportunities to acquire knowledge and empowerment of skills that promote mental health.

Keywords: Teenagers. Mental health. Preventive actions.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Esquema do modelo estrutural/topográfico: Freud	24
------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Sequência do oito estágios do desenvolvimento psicossocial segundo Erick Erikson	27
Quadro 2 – Ponto de Corte, sensibilidade e especificidade encontrados em estudos de validação do SRQ-20	57

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 – Número total de alunos por ano do Ensino Médio Colégio Politécnico da Universidade Federal de Santa Maria (CPUFSM) que responderam ao SRQ-20 e número de alunos que atingiram escore igual ou superior a 7 no SRQ-20.....73
- Gráfico 2 – Relação entre a série do Ensino Médio cursada pelos alunos e a pontuação atingida pelos mesmos no SRQ-20.73
- Gráfico 3 – Comparação das médias de dos três anos com a pontuação no SRQ – 20.....98

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	– Associação Brasileira de Psiquiatria
CAAE	– Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria
CID	– Classificação Internacional de Doenças
CIS	– Clinical Interview Schedule
CNS	– Conferência Nacional de Saúde
CPUFSM	– Colégio Politécnico da Universidade Federal de Santa Maria
DCN	– Diretrizes Curriculares Nacionais
DSM-IV	– <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition</i>
EAD	– Educação a Distância
ECA	– Estatuto da Criança e do Adolescente
EpS	– Educação para Saúde
HSEs	– Habilidades Socioemocionais
IBOPE	– Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
INEP	– Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
ITA	– Instituto de La Sapienza de Roma
Moodle	– <i>Modular Object Oriented Dynamic Learning Environment</i>
OMS	– Organização Mundial da Saúde
ONU	– Organização das Nações Unidas
PATHS	– <i>Promoting Alternative Thinking Strategies</i>
PCN	– Parâmetros Curriculares Nacionais
SDQ	– <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i>
SEL	– <i>Social and Emotional Learning</i>
SRQ	– <i>Self Report Questionnaire</i>
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDHA	– Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade
TMM	– Transtornos Mentais Menores
TPM	– Transtornos Psíquicos Menores
UFSM	– Universidade Federal de Santa Maria
UNICEF	– Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIFESP	– Universidade Federal de São Paulo
USP	– Universidade de São Paulo
WHO	– <i>World Health Organization</i>

LISTA DE APÊNDICES E ANEXO

Apêndice A – Termo de confidencialidade	115
Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido	116
Apêndice C – Folder “A saúde mental no ambiente escolar”	117
Anexo A – SRQ 20 - <i>Self report questionnaire</i>	121

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	16
1	INTRODUÇÃO	18
1.1	CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA	18
1.2	OBJETIVOS	20
1.2.1	Objetivo geral	20
1.2.2	Objetivos específicos	20
1.3	JUSTIFICATIVA	21
2	REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1	TEORIAS GERAIS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO	22
2.1.1	Teorias dos estágios evolutivos	22
2.1.2	A Personalidade e seu desenvolvimento	23
2.1.2.1	Período de bebê: Confiança básica x desconfiança básica - esperança	28
2.1.2.2	Infância inicial: Autonomia x vergonha e dúvida - vontade	29
2.1.2.3	Idade do brincar: Iniciativa x culpa - propósito	30
2.1.2.4	Idade escolar: Diligência x inferioridade - competência	32
2.1.2.5	Adolescência: Identidade x confusão de identidade - fidelidade	33
2.1.2.6	Idade adulta jovem: Intimidade x isolamento - amor	34
2.2	A ADOLESCÊNCIA, A SOCIEDADE E A ESCOLA	35
2.2.1	Adolescência e puberdade	38
2.3	SAÚDE E SAÚDE MENTAL NO AMBIENTE ESCOLAR	46
2.3.1	Promoção e prevenção em saúde	47
2.4	INSTRUMENTO DE PESQUISA	56
3	MATERIAIS E MÉTODOS	60
3.1	POPULAÇÃO E AMOSTRA	60
3.2	CRITÉRIOS ÉTICOS	61
3.3	INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	62
3.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA	62
4	RESULTADOS	63
4.1	MANUSCRITO	64
	FATORES EMOCIONAIS E DE SAÚDE MENTAL: AVALIAÇÃO DE ALUNOS DE UMA ESCOLA PÚBLICA FEDERAL VISANDO AÇÕES PREVENTIVAS NOS CONTEÚDOS DE EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS	64
4.2	ARTIGO	82
	FOLDER EDUCATIVO COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: POSSIBILIDADES TEÓRICO-METODOLÓGICAS	82
5	DISCUSSÃO GERAL	98
6	CONCLUSÕES	104
	PERSPECTIVAS FUTURAS	105
	REFERÊNCIAS	106
	APÊNDICES	115
	ANEXO	121

APRESENTAÇÃO

Este trabalho refere-se ao contexto de abordagem e desenvolvimento do Tema Transversal Saúde Mental na esfera pública federal de ensino na cidade de Santa Maria, RS, Brasil, sendo os agentes deste processo, alunos dos 1º, 2º e 3º anos do Colégio Politécnico da Universidade Federal de Santa Maria (CPUFSM), alunos do Ensino Médio.

Como estudante e profissional sempre me identifiquei com uma formação na área da saúde priorizando o modelo biopsicossocial de abordagem e entendimento do ser humano e suas peculiaridades, tanto no seu desenvolvimento quanto no processo saúde-doença e do sofrimento humano.

Concluí a minha graduação em Medicina na Universidade Federal de Santa Maria, RS - UFSM em 1992. Talvez, pela necessidade de trabalhar e estudar ao mesmo tempo tenha concluído minha formação com mais maturidade e uma percepção mais ampliada de todos os aspectos envolvidos na saúde e no adoecimento das pessoas. Assim, a partir do décimo semestre decidi fazer residência médica e Especialização em Psiquiatria. Concluí o mestrado na UFSM na área de Ciências Biológicas junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas: Bioquímica Toxicológica intitulada: “Alterações na Captação de Glutamato por Plaquetas em Portadores de Transtorno do Humor Bipolar tipo 1”, tendo como orientador o professor Dr. João Batista Teixeira da Rocha da UFSM em 2002.

Atuei desde sempre na saúde mental no serviço público de saúde no âmbito federal, na UFSM, e na esfera municipal em Santa Maria, RS. Coordenei a implantação dos serviços de saúde mental, ambulatoriais, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, na rede municipal e na região centro do estado através da 4ª Coordenadoria de Saúde. Acompanhei todo o processo da reforma psiquiátrica no estado do RS e em nível nacional. Relato que todas essas atividades profissionais marcaram muito a minha formação e a minha trajetória profissional na área da saúde mental.

Na prática da docência na área da saúde, psicologia e educação e na atuação profissional no serviço público e na clínica privada despertei o interesse e a motivação para a necessidade da inclusão do tema da saúde mental no ambiente escolar. Isso se deve ao fato de perceber várias situações de jovens e estudantes a quem acompanhei profissionalmente durante a sua formação escolar. Então em 2012, comecei a desenvolver o presente trabalho junto ao Colégio Politécnico - UFSM. Neste sentido, todas essas experiências e percepções acima relatadas me motivaram e contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa e da presente tese que ora defendo.

Na **introdução** e no **referencial teórico** foram abordados assuntos relacionados ao Tema Transversal, especificamente Saúde Mental na Escola, explorando os diversos aspectos que envolvem a temática.

A partir dos **resultados** foi elaborado um artigo, já aceito para publicação no periódico Interfaces da Educação, e um **manuscrito** submetido ao periódico Ciência & Saúde Coletiva.

Na **discussão geral preliminar** foram reunidas as principais análises da contextualização do Tema Saúde Mental entre os escolares do Ensino Médio.

As **Conclusões Preliminares** dos dados apresentados até o momento demonstram algumas evidências. Os resultados deste estudo revelam que 32,98% dos adolescentes, dos 94 participantes que responderam o instrumento da pesquisa, estudantes do Colégio Politécnico da Universidade Federal de Santa Maria (CPUFSM), podem ser considerados como portadores de um nível de sofrimento psíquico compatível com algum tipo de Transtorno Psíquico ou Mental Menor. Apesar destes dados não significarem um diagnóstico, visto que o instrumento utilizado na pesquisa não ter esta função, assim mesmo revela-se uma informação preocupante quando se sabe das consequências que podem acarretar durante a adolescência e juventude, fases de transição significativas no contexto de vida dos indivíduos, bem como no processo de aprendizagem e desenvolvimento intelectual e social.

As **referências** das citações subsidiam esta Tese.

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA

Considerando a Educação em Ciências como o campo do saber e do conhecimento apropriado para o trânsito e a interação de Temas Transversais como a saúde, em especial a saúde mental e de como está inserida no ambiente escolar (ROEHRS et al., 2010), nos propomos a investigar a presença de alterações emocionais e de saúde mental que possam predispor os adolescentes do Ensino Médio de uma escola pública federal a algum nível de sofrimento psíquico que possa interferir no processo de aprendizagem, bem como, propor ações preventivas nos conteúdos de educação em ciências.

A Saúde Mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo, a criança, o adolescente ou o adulto encontra-se apto a exercer suas habilidades, superar as adversidades da vida, conseguindo estudar e/ou trabalhar de forma produtiva e colaborativa com a comunidade em que estejam inseridos (ARRUDA et al., 2010). Nesse sentido, o conceito central de Saúde Mental é o bem-estar e o funcionamento integral de um indivíduo e, conseqüentemente, da sua comunidade. Portanto estamos falando mais do que apenas um estado de ausência de sofrimento psíquico, emocional ou mesmo de doença mental (SILVA, 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é um período da vida que vai dos 10 aos 19 anos de idade, critério este usado principalmente para fins estatísticos e políticos onde acontecem diversas mudanças físicas, psicológicas e comportamentais (EISENSTEIN, 2005). A adolescência consiste numa etapa do desenvolvimento em que as transformações são profundas e assistimos a um período de marcado crescimento, não só físico, mas também cognitivo, psicológico, afetivo e relacional.

Segundo o Relatório sobre a Saúde no Mundo: Saúde Mental, estruturado pela Organização Mundial da Saúde – OMS (2001), “devem ser lançadas em todos os países campanhas de educação e sensibilização do público sobre a saúde mental. Campanhas bem planejadas de sensibilização e educação podem reduzir a estigmatização e a discriminação, promovendo a saúde mental e a saúde física da população” (*WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 2001*).

Pensar a saúde dos adolescentes implica pensar nos diversos modos de viver a adolescência e de viver a vida. Implica em um movimento de repensar as práticas de saúde e de educação em saúde que se voltam para esta parcela significativa da sociedade. Nesta fase,

os adolescentes encontram-se na maior parte do dia no ambiente escolar, o que torna este espaço um importante campo para a detecção e abordagem de comportamentos de risco para a saúde (AZAMBUJA et al., 2014).

Neste sentido, o ensino recebe a valiosa contribuição da Educação em Ciências que realizada com qualidade auxilia no aprimoramento dos conhecimentos adquiridos pelos alunos. Além disso, melhorar o ensino é, igualmente, melhorar a prática docente a qual foi diagnosticada como insuficiente para levar a bom termo o que se pretendia da mesma. A pretensão, ou melhor, o objetivo da Educação em Ciências esteve, e ainda está, sob a influência dos valores encontrados na sociedade que de modo diverso delineiam os caminhos por onde a educação deva circular (GOUVEIA, 1994).

A educação deve provocar reflexão pautada na consciência da complexidade presente em toda a realidade, ou seja, é fundamental que o educador compreenda a teia das relações existentes entre todas as coisas para que possa pensar a ciência uma e múltipla, simultaneamente. O debate sobre a complexidade nasce no seio da ciência e da epistemologia da ciência de forma totalmente separada do nascimento do movimento ecologista e das novas concepções psicopedagógicas que se referem à construção dos conhecimentos e a uma forma diferente de afrontar os processos educativos. Estes elementos tendem a percorrer caminhos que se cruzam cada vez mais e que, em qualquer caso, parecem avançar na mesma direção (SANTOS, 2009).

O novo paradigma em educação deve ser entendido conforme o conceito de Morin (2011) que acredita ser a Transdisciplinaridade a chave que abrirá um momento, no qual será realizada uma nova leitura do mundo. Esse paradigma educacional deverá ser capaz de levar a uma questão central, epistemológica, sistêmica e, portanto, muito mais ampla, envolvendo o processo de construção do conhecimento, sua organização e seu funcionamento. Partindo de um tipo de pensamento que percebe o mundo em sua totalidade que vê a natureza como sendo auto-organizadora da matéria certamente haverá outra maneira de pensar a questão educacional e surgirá assim uma nova ordem global para a mente humana (MORIN, 2011).

A Educação em Ciências pode ser pensada como a responsável pelo trânsito de Temas Transversais, como o da Saúde e com a perspectiva de que saúde se faz no cotidiano da escola (ROEHRS et al., 2010). Historicamente a saúde na escola vem sendo desenhada após uma série de encontros mundiais (FERNANDES et al., 2005) e a partir disso, o Ministério da Educação e do Desporto (BRASIL, 1998) criou o Referencial Curricular Nacional, no qual a saúde foi considerada como um tema transversal a ser trabalhado com responsabilidade no

projeto de toda a escola, o que torna alunos, professores e o próprio ambiente escolar, sistematicamente, elementos chaves para essa realização.

Portanto, o período escolar torna-se crítico para intervenções de promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis, sendo que pesquisas populacionais que forneçam subsídios na análise do estilo de vida dos educadores e alunos têm sido desenvolvidas em estudos que procuram estabelecer a proporcionalidade entre saúde e bem-estar com a melhora do estilo de vida. Os determinantes do comportamento de risco e estilo de vida dos adolescentes integrados ao sistema educativo tornam-se condição necessária para o desenvolvimento de estratégias preventivas adequadas a este grupo (MATSUDO et al., 2002).

Diante do exposto, após a revisão da literatura sobre o tema proposto neste estudo e refletindo a Educação em Ciências como um campo prioritário para o desenvolvimento de Temas Transversais como a Saúde e mais especificamente aqui a Saúde Mental. O problema que norteou esta investigação pode ser representado pela questão da pesquisa: **As alterações emocionais e da saúde mental em alunos do Ensino Médio são uma realidade no nosso contexto escolar?**

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Investigar a presença de alterações emocionais e de saúde mental em adolescentes do Ensino Médio de uma escola pública federal que possam indicar algum nível de desconforto emocional ou sofrimento psíquico capaz de interferir no processo de aprendizagem.

1.2.2 Objetivos específicos

- Aplicar o Questionário de Auto-Relato (*Self Report Questionnaire-SRQ - 20*), para investigar a presença de alterações emocionais e de saúde mental nos alunos.
- Analisar os dados obtidos a partir da aplicação do questionário para criar estratégias de prevenção.
- Desenvolver ações preventivas em saúde mental por meio da elaboração de um folder educativo sobre saúde mental no ambiente escolar.

1.3 JUSTIFICATIVA

Pensando a Educação em Ciências como responsável pelo trânsito de Temas Transversais como o da Saúde Mental desenvolve-se a perspectiva de que a escola saudável deve ser entendida como um espaço vital gerador de autonomia, participação crítica e criatividade para que o escolar tenha a possibilidade de aprimorar suas potencialidades físicas, psíquicas, cognitivas e sociais (OMS, 1997 apud PELICIONI, 1999) confirmando a perspectiva de que saúde se faz no cotidiano da escola (ROEHRS et al., 2010).

Segundo Pandolfo et al. (2014), a saúde dos adolescentes envolve dimensionar os diversos modos de viver a adolescência e de viver a vida. Implica em um movimento de repensar as práticas de saúde e de educação em saúde que se voltam para esta parcela significativa da sociedade. É ainda, nesta fase, que os adolescentes encontram-se na maior parte do dia no ambiente escolar, o que torna este espaço um importante aliado na tarefa da detecção de comportamentos de risco para a saúde.

É sabido, igualmente, que a escola deve procurar desenvolver cuidados que envolvam o corpo, considerando o ambiente no qual os alunos estão inseridos e promovendo conhecimentos, habilidades e destrezas para o autocuidado da saúde e a prevenção das condutas de risco em todas as oportunidades educativas. Neste contexto, um importante papel é desempenhado pelos professores que atuam diretamente com os alunos e que necessitam capacitação e atualizações em promoção da saúde mental.

Com esta investigação pretende-se que os dados deste estudo fiquem disponíveis e que possam contribuir para a qualidade da educação neste nível de ensino. Assim, alunos e professores tornam-se sistematicamente elementos chaves para essa realização desta pesquisa, justificando a importância deste estudo na contribuição de direcionamentos para a condução de ações preventivas e educativas relativas à temática saúde mental na escola.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TEORIAS GERAIS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

As teorias do desenvolvimento humano surgiram na busca pelo estudo do processo evolutivo do ser humano. A psicologia evolutiva contemporânea teve várias posições teóricas. Várias teorias podem ser destacadas a começar pela pioneira Teoria Psicanalítica (do Desenvolvimento Psicosexual) de Sigmund Freud; a Teoria Analítica de Carl G. Jung; as Teorias Psicológicas Sociais de Adler, Fromm e Sullivan; a Teoria Cognitiva de Jean Piaget; a Teoria Psicossocial de Erick Erikson, bem como, de outros teóricos com relevantes contribuições para as teorias do desenvolvimento da personalidade, entre eles Margaret Mahler, John Bowlby, Daniel Stern, Humanistas como Carl Rogers e Abraham Maslow; Teorias da Aprendizagem ou do Comportamento de Dollard e Miller, B. F. Skinner e Albert Bandura, entre outros (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000).

O desenvolvimento humano tem vários aspectos dependendo do ângulo que se observa, tendo uma perspectiva é possível desenvolver uma estratégia de verificação dando ênfase em determinados aspectos do processo evolutivo, apropriando uma metodologia para a sua verificação. Dessa forma várias teorias surgiram ao longo do tempo (RABELO; PASSOS, 2015).

2.1.1 Teorias dos estágios evolutivos

A teoria dos estágios adotada como metodologia defende os diferentes níveis da evolução em estágios que os indivíduos têm que vivenciar, sendo os estágios universais logicamente sujeitos e em sintonia com o ambiente biopsicossocial em que o indivíduo está inserido variando e ocorrendo diferenças na evolução do indivíduo, mas todos passarão pelos mesmos estágios. Procura estabelecer leis gerais no desenvolvimento da personalidade, considerando as diferenças dos indivíduos tendo dois pontos: a variação do tempo do estágio e a diferença quanto ao nível de desenvolvimento, os estágios não são instantâneos, mas sim graduais, tendo casos que os dois estágios possam evoluir quase em paralelo (RABELLO, 2001).

2.1.2 A Personalidade e seu desenvolvimento

A personalidade é um conjunto de qualidades que define a individualidade de uma pessoa demonstrada em seu modo de pensar, em suas atitudes, interesses, modo de agir e em sua filosofia de vida pessoal: é a totalidade do indivíduo. Assim, podemos descrever a personalidade basicamente como o conjunto de características marcantes de uma pessoa, porém o conceito de personalidade está relacionado também às mudanças de habilidades, atitudes, crenças, emoções, desejos, e ao modo constante e particular do indivíduo perceber, pensar, sentir, agir e reagir, além da interferência de fatores culturais e sociais nessas características. Portanto é um processo dinâmico e adaptativo (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000).

O processo do desenvolvimento humano compreende:

- Crescimento – O crescimento é o aumento de tamanho que ocorre com o passar do tempo. Onde quase todos os organismos ficam maiores à medida que envelhecem.
- Maturação – A maturação é o desdobramento de padrões geneticamente determinados de comportamento ou potencial biológico. Essas mudanças são relativamente independentes do ambiente.
- Aprendizagem – A aprendizagem é uma modificação mais ou menos permanente no comportamento, resultante da experiência no ambiente.

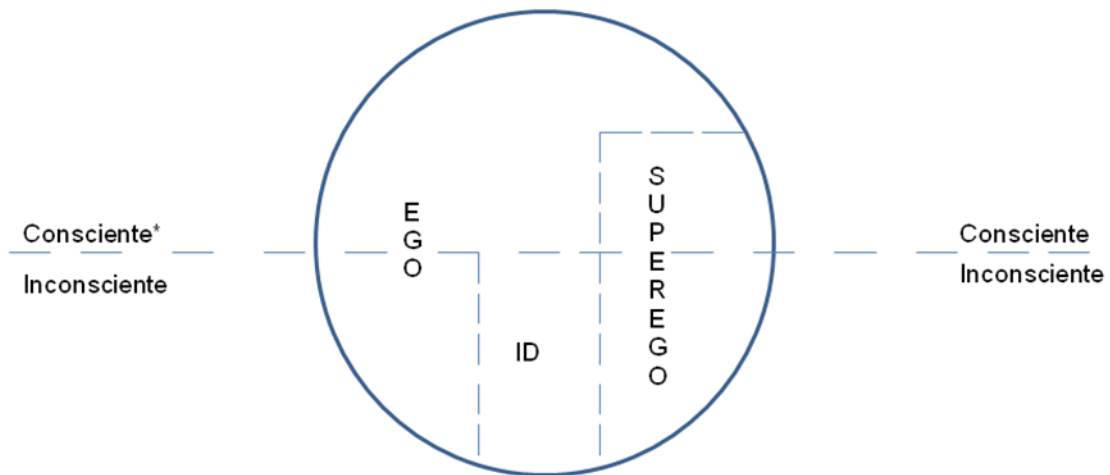
No contexto deste estudo optamos por abordar e expor de forma mais detalhada a Teoria Psicossocial do Desenvolvimento de Erick Erikson, tendo em vista a sua abrangência em relação ao ciclo de vida, a ampla aceitação da mesma nos campos do ensino, da educação e das ciências. Assim, essa abordagem possui um enfoque biopsicossocial adequada a esse trabalho.

Erik Homburger Erikson nasceu em Frankfurt, Alemanha, em 1902 (vindo a falecer em 1994). Tendo inicialmente optado pela carreira artística foi convidado a trabalhar em uma escola, entrando então em contato com o grupo de estudos de psicanálise de Anna Freud. Em 1933 mudou-se para os Estados Unidos, continuando seus estudos em Psicanálise, tornando-se o primeiro psicanalista infantil americano (RABELO; PASSOS, 2015).

Reconhecendo os pressupostos da teoria freudiana clássica sobre o desenvolvimento psicossocial, Erikson mudou o enfoque desta para o problema da identidade e das crises do ego, ancorado em um contexto sociocultural. O estudo da identidade tornou-se estratégico para o autor que viveu em uma época onde a Psicanálise deslocava o foco do id e das

motivações inconscientes para os conflitos do ego (Figura 1). Após a morte de Freud, as suas teorias e a Psicanálise sofreram uma espécie de ampliação. Algumas ideias foram redefinidas, outras suprimidas (RABELLO; PASSOS, 2001).

Figura 1 – Esquema do modelo estrutural/topográfico: Freud



*O Pré-consciente foi excluído para simplificação.
Fonte: Gabbard (1998).

No início do século XX, Erikson começa a construir sua teoria psicossocial do desenvolvimento humano, repensando vários conceitos de Freud, sempre considerando o ser humano como um ser social, antes de tudo, um ser que vive em grupo e sofre a pressão e a influência deste. A partir desta consideração, Erikson formula sua teoria de forma a deixar duas importantes contribuições, segundo Hall e colaboradores (2000): propõe uma teoria na qual o ego tem uma concepção ampliada e realiza estudos psichistóricos, exemplificando sua teoria psicossocial no curso de vida de algumas figuras famosas. Uma concepção totalmente nova para as teorias do desenvolvimento, a Psicanálise da época e na própria psicologia, pois estudos longitudinais eram muito raros e complexos de serem organizados e desenvolvidos, como ainda hoje o são, embora se mostrem como um excelente método de validar teorias como a de Erikson, que trabalham o ciclo vital como um contínuo onde cada fase/estágio influencia a seguinte.

Assim como Freud, Piaget e Sullivan, entre outras figuras da época, Erikson optou por distribuir o desenvolvimento humano em fases. Porém, seu modelo detém algumas características peculiares (RABELLO; PASSOS, 2015): desviou-se o foco fundamental da sexualidade para as relações sociais; a proposta dos estágios psicossociais envolvem outras partes do ciclo vital além da infância, ampliando a proposta de Freud. Não existe uma negação

da importância dos estágios infantis, afinal, neles se dá todo um desenvolvimento psicológico e motor (RABELLO; PASSOS, 2015).

Erikson enfatiza que o que construímos na infância em termos de personalidade não é totalmente fixo e pode ser parcialmente modificado por experiências posteriores. A cada etapa o indivíduo cresce a partir das exigências internas de seu ego, mas também das exigências do meio em que vive, sendo, portanto essencial à análise da cultura e da sociedade em que vive o sujeito em questão. Em cada estágio o ego passa por uma crise (que dá nome ao estágio). Esta crise pode ter um desfecho positivo (ritualização) ou negativo (ritualismo); Da solução positiva, da crise, surge um ego mais rico e forte; da solução negativa temos um ego mais fragilizado; a cada crise a personalidade vai se reestruturando e se reformulando de acordo com as experiências vividas, enquanto o ego vai se adaptando a seus sucessos e fracassos (RABELLO; PASSOS, 2015).

Erikson criou alguns estágios que ele chamou de psicossociais, onde ele descreveu algumas crises pelas quais o ego passa ao longo do ciclo vital. Essas crises seriam estruturadas de forma que ao sair delas o sujeito sairia com um ego (no sentido freudiano) mais fortalecido ou mais frágil, de acordo com sua vivência do conflito, e este final de crise influenciaria diretamente o próximo estágio, de forma que o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo estariam completamente imbricados no seu contexto social, palco destas crises (RABELLO; PASSOS, 2015).

Como já referido anteriormente, o Modelo de Erick Erikson (1902-1994), mesmo sem negar os fundamentos da teoria Freudiana sobre o desenvolvimento psicosssexual e dos modelos de Melanie Klein, Margareth Mahler, Winnicott, Piaget, Sullivan e outros, também optou por distribuir o desenvolvimento humano em fases, porém como estágios psicossociais do ciclo vital onde descreve algumas crises pelas quais o indivíduo passa ao longo deste ciclo.

Essas crises seriam estruturadas de forma que ao sair delas o sujeito sairia mais fortalecido ou mais fragilizado de acordo com as suas vivências e a resolução do conflito básico de cada fase. A resolução de cada crise influenciaria diretamente o próximo estágio e as crises subsequentes, de maneira que o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo estariam completamente imbricados com seu contexto psicossocial, histórico e cultural, palco dessas crises.

O modelo de Erikson propõe oito fases/crises ao longo do ciclo vital (Quadro 1) no qual segundo ele construímos um plano de vida, um curso, um roteiro que parece ser muito determinado pela infância e as crises, com marcos como a construção da confiança básica e da capacidade de iniciativa na formação da identidade na adolescência e início da idade adulta.

Este referencial nos permite estimar os enormes desafios que se colocam ao longo do desenvolvimento do indivíduo desde o seu nascimento e da importância das vivências e interações particularmente no seu processo de formação e educação (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000).

Quadro 1 – Sequência dos oito estágios do desenvolvimento psicossocial segundo Erick Erikson

Velhice	VIII							Integridade vs. desespero SABEDORIA	
Idade Adulta	VII						Generatividade vs. estagnação CUIDADO		
Idade Adulta Jovem	VI					Intimidade vs. Isolamento AMOR			
Adolescência	V				Identidade vs. confusão de identidade FIDELIDADE				
Idade Escolar	IV			Diligência vs. inferioridade COMPETÊNCIA					
Idade do Brincar	III		Iniciativa vs. culpa PROPÓSITO						
Infância Inicial	II	Autonomia vs. vergonha, dúvida VONTADE							
Período de Bebe	I	Confiança básica vs. desconfiança básica ESPERANÇA							
		1	2	3	4	5	6	7	8

Fonte: Hall, Lindzey e Campbell (2000, p. 170).

A seguir serão abordados os estágios do desenvolvimento segundo Erick Erikson, a partir da fase/estágio da infância inicial, do bebê, até o estágio do final da adolescência - início da idade adulta, tendo em vista abranger a idade escolar, ensino fundamental, médio e formação acadêmica, sendo o foco deste estudo desenvolvido com estudantes do Ensino Médio.

2.1.2.1 Período de bebê: Confiança básica x desconfiança básica - esperança

Esta seria a fase da infância inicial correspondendo ao estágio oral freudiano. A atenção do bebê se volta à pessoa que provê seu conforto, que satisfaz suas ansiedades e necessidades em um espaço do tempo suportável: a mãe. A mãe lhe dá garantias de que não está abandonado à própria sorte no mundo. Assim se estabelece a primeira relação social do bebê. E justamente sentindo falta da mãe que a criança começa a lidar com algo que Erikson chama de força básica (cada fase tem a sua força característica) (ERIKSON, 1998).

Neste estágio, a força básica que se estrutura é a esperança. Quando o bebê se dá conta de que sua mãe não está ali ou está demorando a voltar cria-se a esperança de sua volta. E quando a mãe volta ele compreende que é possível querer e esperar, porque isso vai se realizar; ele começa a entender que objetos ou pessoas existem, embora estejam fora – temporariamente – de seu campo de visão (ERIKSON, 1998).

Se o bebê vivencia positivamente essas descobertas e quando a mãe confirma suas expectativas e esperanças surge a confiança básica, ou seja, a criança tem a sensação de que o mundo é bom, que as coisas podem ser reais e confiáveis. Do contrário, surge a desconfiança básica, o sentimento de que o mundo não corresponde, que é mau, ingrato, não é um ambiente seguro e confiável. A partir daí, já podemos perceber alguns traços da personalidade se formando, ainda que em tão tenra idade (ERIKSON, 1987 e 1976). É importante que a criança conviva com pequenas frustrações, pois é daí que ela vai aprender a definir quais esperanças são possíveis de serem realizadas, dando a noção do que Erikson chamou de ordem cósmica, ou seja, as regras que regem o mundo (ERIKSON, 1998).

Nesta fase também o bebê tem a ideia de sua mãe como um ser supremo, luminoso, iluminado. Nesta mesma época começam as identificações com a mãe, que é por enquanto, a única referência social que a criança tem. Se esta identificação for positiva, se a mãe corresponder, ele vai criar o seu primeiro e bom conceito de si e do mundo (representado pela mãe). Se a identificação for negativa surge a idolatria, o culto a um ídolo, herói.

O bebê acha que nunca vai chegar ao nível de sua mãe, que ela é demasiadamente capaz, boa, perfeita e poderosa, e que ele não se reconhece assim. Inicialmente a criança pode se tornar agressiva e desconfiada. Mais tarde a mãe passará a ser vista de uma forma mais realista, menos poderosa, com imperfeições, menos entusiasmada e persistente, portanto mais real e humana como ele. Segundo Erikson a confiança básica é devida ao fato de implicar a ideia de que a criança “não só aprendeu a confiar na uniformidade e na continuidade dos provedores externos, mas também em si próprio e na capacidade dos próprios órgãos para fazer frente aos seus impulsos e anseios” (ERIKSON, 1998).

2.1.2.2 Infância inicial: Autonomia x vergonha e dúvida - vontade

Neste estágio, que segundo Erikson corresponderia ao estágio anal freudiano, a criança já adquiriu algum controle de seus movimentos musculares, então direciona sua energia às atividades exploratórias do corpo, do ambiente e à conquista da autonomia. Porém, logo percebe que não pode usar sua energia exploratória à vontade, que tem que respeitar certos limites, regras sociais e incorporá-las ao seu ser, fazendo assim uma equação entre manutenção muscular, conservação e controle (ERIKSON, 1976).

A aceitação deste controle social pela criança implica no aprendizado – ou do início deste – do que se espera dela, quais são seus privilégios, obrigações e limitações. Deste aprendizado surge também a capacidade e as atitudes judiciosas, ou seja, começa a surgir a capacidade de julgamento da criança, já que ela está aprendendo as regras. A questão é que os adultos para fazerem as crianças aprenderem tais regras – como a de ir ao banheiro, tão enfatizada por Freud – fazem uso da vergonha e ao mesmo tempo do encorajamento e aquisição da autonomia (ERIKSON, 1998).

Os cuidadores, frequentemente, usam sua autoridade de forma a deixar a criança um pouco envergonhada para que ela aprenda determinadas regras. Porém, ao expor a criança à vergonha constante e excessiva o adulto pode estimular o desencorajamento e a dissimulação como formas reativas de defesa ou o sentimento permanente de vergonha e dúvida em relação às suas capacidades e potencialidades (ERIKSON, 1998).

De forma mais ampla e completa sobre a vergonha Erikson ressalta que trata-se, na verdade, de raiva dirigida a si mesmo, já que pretendia fazer algo sem estar exposto aos outros, o que não aconteceu. A vergonha precederia a culpa, sendo esta última derivada da vergonha avaliada pelo superego (ERIKSON, 1976). De um sentimento de autocontrole sem perda de autoestima resulta um sentimento mais amplo e constante de boa vontade e orgulho;

de um sentimento de perda do autocontrole e de supercontrole exterior, resulta uma propensão duradoura para a dúvida e a vergonha (ERIKSON, 1976).

Na aprendizagem do controle, seja do autocontrole ou do controle social temos o nascimento da força básica da vontade que manifestada na livre escolha é o precedente essencial para uma saudável autonomia. Essa vontade se manifesta em várias situações práticas como a manipulação de objetos, a verbalização e se inicia a locomoção avançando e ampliando em suas capacidades de autonomia e independência (ERIKSON, 1998).

Se ao invés da vontade o controle toma a forma de uma regra a ser cumprida a qualquer preço, algo mau e perseguidor, a criança começa a se tornar legalista, ou seja, ela começa a achar que a punição tem que ser aplicada incondicionalmente quando uma regra não for respeitada. É quando a punição vence a compaixão; se a criança se mobiliza com a punição do colega que perdeu o controle de uma regra ou então se sente aliviada quando é punida por algo (ERIKSON, 1998).

Neste estágio, o principal cuidado que os pais tem que tomar é dar o grau certo de autonomia à criança. Se for muito exigida, ela verá que não consegue dar conta e sua autoestima vai baixar. Se ela é pouco exigida ela tem a sensação de abandono e de dúvida de suas capacidades. Se a criança é amparada ou protegida demais ela vai se tornar frágil, insegura e envergonhada. Se ela for pouco amparada, ela se sentirá exigida além de suas capacidades (ERIKSON, 1998).

Vemos, portanto que os pais devem transmitir à criança a sensação de autonomia e ao mesmo tempo estar sempre por perto prontos a auxiliá-la nos momentos em que a tarefa estiver além de suas capacidades. Se a criança se sentir envergonhada demais por não conseguir dar conta de determinada coisa ou se os pais reprimem demais sua autonomia, ela vai entender que todo o problema dela, toda a dúvida e a vergonha vieram de seus pais, adultos, objetos externos. Com isso começará a ficar tensa na presença deles e de outros adultos e poderá achar que somente pode se expressar longe deles (ERIKSON, 1998).

2.1.2.3 Idade do brincar: Iniciativa x culpa - propósito

Neste estágio que corresponderia à fase fálica freudiana a criança já conseguiu a confiança com o contato inicial com a mãe e a autonomia com a expansão motora e o controle. Agora cabe associar à autonomia e à confiança, a iniciativa pela expansão intelectual. A combinação confiança-autonomia dá à criança um sentimento de determinação, alavanca para a iniciativa. Com a alfabetização e a ampliação de seu círculo de contatos, a

criança adquire o crescimento intelectual necessário para apurar sua capacidade de planejamento e realização (ERIKSON, 1987). Quando ela já se sente capaz de planejar e realizar, ou seja, ela tem um propósito, ela tende a duas atitudes: numa delas a criança pode ficar fixada pela busca de determinadas metas. Freud descreveu uma destas fixações a qual chamou de Complexo de Édipo (ERIKSON, 1998).

Geralmente as metas que se estabelecem são exageradas. Quando a criança se empolga na busca de objetivos além de suas possibilidades, ela se sente culpada, pois não consegue realizar o que desejou ou sabe que o que desejou não é aceitável socialmente e precisa de alguma forma conter e reinvestir suas energias. Então, ela fantasia (muitas vezes magicamente) para fugir da tensão. Geralmente tais objetivos se dão no plano sexual e na vida adulta. O sentimento exagerado de culpa na mente da criança poderá ficar atrelado à sensação de fracasso, o que gera uma ansiedade em torno de atitudes futuras (ERIKSON, 1987).

Novamente o sentimento a respeito de si próprio pode ser decisivo. O propósito e a iniciativa também podem ser direcionados positivamente para a formação da responsabilidade, quando o senso de obrigação e desempenho se encontram ligados à ansiedade para aprender. Nesta fase as crianças querem que os adultos lhes deem responsabilidades como arrumar a casa, varrer o quintal ou ajudar a consertar algo. É muito importante que os adultos lhes mostrem também que há certas coisas que ainda não podem fazer, embora possam permitir ajudas em algumas atividades. Quando a criança se dá conta de que realmente existem coisas que estão fora de suas capacidades (ainda), ela se contenta, não em fantasiar, mas sim em realizar uma espécie de “treino”, o que na verdade, se constitui num teste de personalidade que a criança aplica em si (ERIKSON, 1987).

Para isso ela utiliza jogos, testando sua capacidade mental, dramatizações, testando e ensaiando várias personalidades nela mesma, e brinquedos, que proporcionam uma realidade intermediária. Tudo isso é o que faz a conexão sadia do mundo interno e externo da criança nesta fase. Erikson alerta ainda para o perigo da personificação. Quando a criança tentando escapar da frustração de ser incapaz para algumas coisas exagera na fantasia de ter outras personalidades, de ser totalmente diferente do que é várias vezes, ela pode se tornar compulsiva por esconder seu verdadeiro “eu”; nesse caso, pode passar a sua vida desempenhando “papéis” e afastar-se cada vez mais do contato consigo mesma (RABELLO; PASSOS, 2015).

2.1.2.4 Idade escolar: Diligência x inferioridade - competência

Erikson destaca neste estágio que, contraditoriamente, foi a menos explorada por Freud (no esquema freudiano, corresponde à fase de Latência, por julgá-la um período de adormecimento sexual). Podemos dizer que este período é marcado para Erikson pelo controle, mas um controle diferente do que já discutimos. Aqui trata-se do controle da atividade, tanto física como intelectual, no sentido de equilibrá-la às regras do método de aprendizado formal, já que o principal contato social se dá na escola ou em outro meio de convívio mais amplo do que o familiar. Com a educação formal, além do desempenho das funções intelectuais, a criança aprende o que é valorizado no mundo adulto e tenta se adaptar a ele (ERIKSON, 1998).

Da ideia de propósito, ela passa à ideia de perseverança, ou seja, a criança aprende a valorizar e até mesmo reconhece que podem existir recompensas a longo prazo de suas atitudes atuais, fazendo surgir, portanto, um interesse pelo futuro. Nesta fase começam os interesses por instrumentos de trabalho, pois trabalho remete à questão da competência (ERIKSON, 1998).

A criança nesta idade sente que adquiriu competência ao dedicar-se e concluir uma tarefa e sente que adquiriu habilidade se tal tarefa foi realizada satisfatoriamente. Este prazer de realização é o que dá forças para o ego não regredir nem se sentir inferior. Se falhas seguidas ocorrerem, seja por falta de ajuda ou por excesso de exigência o ego pode se sentir levemente inferior e regredir, retornando às fantasias da fase anterior ou simplesmente entrando em inércia. Além disso, a criança agora precisa de uma estratégia - “fórmula ideal”-, ou seja, regulada e metódica, para canalizar sua energia psíquica (ERIKSON, 1998).

Ela encontra esta estratégia no estudo/trabalho, na práxis, que lhe dá a sensação de conquista e de ordem, preparando-o para o futuro que aos poucos passa a ser uma das preocupações da criança. É nesta fase que ela começa a dizer com segurança aparente o que “quer ser quando crescer”, como uma iniciação no campo das responsabilidades e dos planejamentos. A ordem e as formas técnicas passam a ser importantes para as crianças nesta fase. Mas Erikson alerta para o formalismo, ou seja, a repetição obsessiva de formalidades sem sentido algum para determinadas ocasiões empobrece a personalidade e prejudica as relações sociais da criança (ERIKSON, 1998).

2.1.2.5 Adolescência: Identidade x confusão de identidade - fidelidade

Nos estudos de Erikson esta é a fase onde ele desenvolveu mais trabalhos, tendo dedicado um livro inteiro à questão da chamada crise de identidade. Também é a fase que mais nos interessa nesse trabalho. Em seus estudos Erikson ressalta que o adolescente precisa de segurança frente a todas as transformações – físicas e psicológicas – do período. Segurança essa que encontrara na forma de sua identidade que foi construída em todos os estágios anteriores. Esse sentimento de identidade se expressa nas seguintes questões presentes para o adolescente: sou diferente dos meus pais? O que sou e quem sou? O que quero ser?

Respondendo a essas questões o adolescente pretende se encaixar em algum papel na sociedade. Daí vem a questão da escolha vocacional, dos grupos com os quais se identifica e convive, de suas metas para o futuro, da escolha do par, etc. Ocorre aí também o envolvimento ideológico, que é o que comanda a formação de grupos na adolescência, segundo Erikson. O ser humano precisa sentir que determinado grupo aceita e apoia suas ideias e sua identidade. Mas se o adolescente desenvolver uma forte identificação com determinado grupo pode surgir o fanatismo e ele passa a não mais defender suas ideias com seus próprios argumentos, mas defende cegamente algo que se apossou de suas ideias próprias. Erikson (1987) discute a integração de adolescentes em grupos nazistas e fascistas por exemplo.

Toda a preocupação do adolescente em encontrar um papel social provoca uma confusão de identidade, afinal a preocupação com a opinião alheia faz com que o adolescente modifique o tempo todo suas opiniões e atitudes, tentando readaptar e remodelar sua personalidade, muitas vezes em um período muito curto seguindo o mesmo ritmo das transformações físicas que acontecem com seu corpo.

Erikson (2007) lembra que o ser humano mantém suas defesas para sobreviver. Ao sinal de qualquer problema uma delas pode ser ativada. Nesta confusão de identidade o adolescente pode se sentir vazio, isolado, ansioso, sentindo-se também muitas vezes incapaz de se encaixar no mundo adulto, o que pode muitas vezes levar a uma regressão.

Também pode acontecer de o jovem projetar suas tendências em outras pessoas por ele mesmo não suportar sua identidade. Aliás, este é um dos mecanismos apontados por Erikson como base para a formação de preconceitos e discriminações. Porém, a confusão de identidade pode ter um bom desfecho: em meio à crise, quanto melhor o adolescente tiver resolvido suas crises anteriores, maiores possibilidades terá de alcançar aqui a estabilização da identidade. Estabelecida esta identidade ele será capaz de ser estável com os outros,

conquistando segundo Erikson a lealdade e a fidelidade consigo mesmo, com seus propósitos, atingindo um senso de identidade contínuo e mais seguro (ERIKSON, 1998).

Esta etapa será bem sucedida quando a adolescência se torna um período de superação de etapas com sucessos e elaboração de frustrações e limites, resultando na consolidação de uma identidade estável e saudável, integrado ao seu contexto psicossocial e sociocultural, tornando-se o jovem um adulto com um sistema de conceitos e valores bem definidos. O sucesso desta etapa depende da resolução das tarefas da adolescência e esta é indissociável dos contextos familiar, social e educacional. Estas tarefas são: a identificação e criação de relações com os pares, a alteração da relação com os pais e ganho de autonomia e a construção de uma identidade sexual, sendo que essas tarefas dizem respeito não apenas à relação do adolescente consigo próprio, mas também com os pais e os pares (amigos, colegas, professores, etc.) (ARRUDA, 2010).

2.1.2.6 Idade adulta jovem: Intimidade x isolamento - amor

Ao estabelecer uma identidade estável e fortalecida (personalidade) o indivíduo estará pronto para se unir à identidade de outra pessoa, sem se sentir ameaçado. Esta união caracteriza esta fase. Existe agora a possibilidade de associação com intimidade, parceira e colaboração. Podemos agora falar na associação de um ego ao outro.

Para que essa associação seja positiva é preciso que a pessoa tenha construído ao longo dos ciclos anteriores uma identidade integrada, forte e autônoma o suficiente para aceitar o convívio com outro sem se sentir anulado ou ameaçado. Quando isso não acontece, ou seja, o indivíduo não está suficientemente seguro, a pessoa irá preferir o isolamento à união, pois terá medo de compromissos numa atitude de “preservar” sua personalidade frágil (ERIKSON, 1998).

Quando este isolamento ocorre por um período curto, não é negativo, pois todos precisam de um tempo de isolamento para amadurecer o ego um pouco mais ou então para certificar-se de que ele busca realmente uma associação. Porém, quando a pessoa se recusa por um longo tempo a assumir qualquer tipo de compromisso pode-se dizer que é um desfecho negativo para sua crise. Um risco apontado por Erikson para esta fase é o elitismo, ou seja, quando há formação de grupos exclusivos que são uma forma de narcisismo comunal. Uma personalidade estável é minimamente flexível e consegue se relacionar com um conjunto variável de personalidades diferentes. Quando se forma um grupo fechado, onde se limita

muito o tipo de personalidade com o qual se relaciona poderemos falar em elitismo (ERIKSON, 1998).

Nestes oito estágios da teoria de Erikson, a adolescência configura-se como aquele marcado principalmente pela confusão de papéis e construção da identidade. A solução desses desafios envolve a obtenção de um senso confortável de si mesmo como pessoa, caso isso não ocorra o adolescente vivencia um sentimento e uma auto percepção fragmentada marcada pela instabilidade e falta de clareza (ALVES et al., 2009).

Essa concepção de adolescência é constatada em vários estudos sobre o assunto e também no senso comum. Esses comumente retratam-na como uma fase marcada por rebeldia, crise e conflitos. A visão generalizada do adolescente-problema é frequentemente descrita em pesquisas realizadas nas Ciências Sociais e Humanas, particularmente em temas como drogas, violência, dificuldades na escola, sexualidade etc. (ALVES et al., 2009).

Em contraponto a essa visão, Freire (1996) defende que é na rebeldia e não na resignação que o adolescente afirma-se face às injustiças. A rebeldia é o ponto de partida para a denúncia da situação desumanizante pela indignação, mas por si só não é suficiente. A mudança no mundo implica além da denúncia o anúncio da superação. Ou seja, a rebeldia deve ser vista como forma de ser no mundo que traz à tona as injustiças devendo ser utilizada para motivar a mudança.

Caberia, assim, à sociedade reconhecer no adolescente a capacidade de rebelar-se como forma de resistência e como forma de querer o novo, a mudança, o que é extremamente positivo e essencial para o desenvolvimento de sua autonomia como sujeito de suas ações e não como objeto.

Como sugere Erikson (1987, p. 91):

Uma personalidade saudável domina ativamente seu meio, demonstra possuir uma certa unidade de personalidade [...]. De fato, podemos dizer que a infância se define pela ausência inicial desses critérios e de seu desenvolvimento gradual em passos complexos de crescente diferenciação. Como é, pois, que uma personalidade vital cresce ou, por assim dizer, advém das fases sucessivas da crescente capacidade de adaptação às necessidades da vida – com alguma sobra de entusiasmo vital?

2.2 A ADOLESCÊNCIA, A SOCIEDADE E A ESCOLA

Ao propomos o desafio de conceituar e delimitar adolescência ocorre uma reflexão peculiar, sensível e propositiva constante no Relatório da Situação Mundial da Infância 2011 do UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância): “A adolescência é uma etapa de

oportunidades para a criança, e um momento crucial para que possamos continuar construindo seu desenvolvimento da primeira década de vida, ajudá-la a navegar em meio a riscos e vulnerabilidades, e colocá-la no caminho da realização de seu potencial”.

Constata-se que por diversas razões é difícil definir a adolescência em termos precisos. O primeiro fator deve-se ao amplo reconhecimento de que cada indivíduo vivencia esse período de modo diferente, dependendo de sua maturidade física, emocional e cognitiva, assim como de outras contingências. O início da puberdade que poderia ser considerada uma linha de demarcação clara entre infância e adolescência não resolve a dificuldade de definição, tendo em vista ser um fenômeno hormonal que ocorre em momentos diferentes para meninos e meninas e mesmo para indivíduos diferentes do mesmo sexo (UNICEF, 2011).

O outro fator que complica ainda mais qualquer definição é a enorme variabilidade nas leis nacionais que definem limites mínimos de idade para participação em atividades da vida adulta, como por exemplo, direito a votar, casar-se, licença para dirigir, serviço militar, possuir propriedade, consumir álcool, frequentar determinados locais, referindo-se à ideia de “maioridade civil”. Considera-se ainda os aspectos confusos em relação ao conceito de “maioridade” do ponto de vista legal que na maioria dos países fica estabelecido aos 18 anos, mas existem outros critérios que permanecem flexíveis e confusos de acordo com os costumes e culturas locais (UNICEF, 2011).

De acordo com Eisentein, a adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive. A adolescência se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade, obtendo progressivamente sua independência econômica, além da integração em seu grupo social (EISENSTEIN, 2005).

Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos (adolescentes) e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos (jovens), critério este usado principalmente para fins estatísticos e políticos. Usa-se também o termo jovens adultos para englobar a faixa etária de 20 a 24 anos de idade (jovens adultos). Atualmente usa-se mais por conveniência agrupar ambos os critérios e denominar adolescência e juventude ou adolescentes e jovens (adolescentes e jovens) em programas comunitários, englobando assim os estudantes universitários e também

os jovens que ingressam nas forças armadas ou participam de projetos de suporte social denominado de protagonismo juvenil (EISENSTEIN, 2005).

Nas normas e políticas de saúde do Ministério de Saúde do Brasil, os limites da faixa etária de interesse são as idades de 10 a 24 anos. Na maioria dos países o conceito de maioridade do ponto de vista legal é estabelecido aos 18 anos, mas outros critérios existem e permanecem flexíveis e confusos de acordo com os costumes e culturas locais (EISENSTEIN, 2005).

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069 de 1990, considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade (artigo 2º), e em casos excepcionais e quando disposto na lei, o estatuto é aplicável até os 21 anos de idade (artigos 121 e 142). O adolescente pode ter o voto opcional como eleitor e cidadão a partir dos 16 anos. O conceito de menor fica subentendido para os menores de 18 anos (EISENSTEIN, 2005).

A Organização das Nações Unidas UNICEF (2011) define adolescentes como indivíduos de 10 a 19 anos de idade: na verdade, indivíduos na segunda década de vida. Sendo que uma em cada cinco pessoas do mundo são adolescentes e deste total, 85% vivem em países pobres ou de renda média. Por outro lado, morrem cerca de 1,7 milhões de adolescentes a cada ano.

Neste sentido, diante do evidente abismo de experiências que separa os adolescentes mais jovens dos mais velhos, propõe avaliar essa segunda década de vida em dois momentos distintos: fase inicial da adolescência (dos 10 aos 14 anos de idade) mais caracterizada pelas mudanças físicas e biológicas repentinas (puberdade), que podem ser motivos tanto de ansiedade, entusiasmo ou orgulho quanto de constrangimento e/ou timidez, nesta fase as opiniões do seu grupo tem grande influência. Evidências neurocientíficas recentes indicam que na fase inicial da adolescência o cérebro passa por uma aceleração espetacular do desenvolvimento elétrico e fisiológico (UNICEF, 2011).

O número de células cerebrais pode quase duplicar no espaço de um ano, enquanto as redes neurais são radicalmente reorganizadas, causando um impacto sobre a capacidade emocional, física e mental e fase final da adolescência (dos 15 aos 19 anos de idade) na qual embora o corpo ainda continue em desenvolvimento, o cérebro reorganizando-se, amplia-se a capacidade de pensamento analítico e reflexivo, com maior relevância para o estabelecimento com mais clareza e confiança em sua identidade e opiniões próprias (UNICEF, 2011).

2.2.1 Adolescência e puberdade

Frequentemente confunde-se adolescência com puberdade. A puberdade é a fase inicial da adolescência, caracterizada pelas transformações físicas e biológicas no corpo dos meninos e meninas, desencadeadas por ativação de mecanismos hormonais. É durante a puberdade (entre 10 e 13 anos entre as meninas e 12 e 14 entre os meninos) que ocorre o desenvolvimento dos órgãos sexuais e características sexuais secundárias com a completa maturação da mulher e do homem como indivíduos aptos à fecundação e a possibilidade da reprodução da espécie humana (EISENSTEIN, 2005).

Durante a puberdade os meninos passam pelas seguintes mudanças corporais e biológicas: aparecimento de pelos pubianos, crescimento do pênis e testículos, engrossamento da voz, crescimento corporal, surgimento do pomo-de-adão e primeira ejaculação. Entre as meninas as mudanças mais importantes são: começo da menstruação (a primeira é chamada de menarca), desenvolvimento das glândulas mamárias, aparecimento de pelos na região pubiana e axilas e crescimento da região da bacia (EISENSTEIN, 2005).

Nesta etapa as significativas mudanças hormonais influenciam diretamente as emoções e o comportamento dos adolescentes e são comuns as variações bruscas em relação ao humor e comportamento. Agressividade, tristeza, felicidade, agitação, preguiça, são comuns entre muitos adolescentes neste período. Por se tratar de uma fase difícil para os jovens é importante que haja compreensão por parte de pais, professores e outros adultos. O acompanhamento e o diálogo neste período são fundamentais. Em casos de mudanças severas (comportamentais ou biológicas) é importante o buscar ajuda e aconselhamento profissionais quando necessário (EISENSTEIN, 2005).

Uma marca comum da maioria dos adolescentes é a necessidade de fazer parte de um grupo. As amizades são importantes e dão aos adolescentes a sensação de fazer parte de um grupo de interesses comuns. É importante observar que ocorre uma enorme variabilidade no tempo de início, duração e progressão do desenvolvimento da puberdade, com marcantes diferenças entre os sexos e entre os diversos grupos étnicos e sociais de uma população, inclusive de acordo com estado nutricional e fatores familiares, ambientais e contextuais (EISENSTEIN, 2005).

Segundo Outeiral (2008) uma das tarefas essenciais da adolescência é a estruturação da identidade, que embora comece a ser “construída” desde o início da vida do indivíduo, é na adolescência que ela se define, encaminha-se para um perfil mais definitivo, tornando esta experiência um dos elementos principais do processo adolescente.

Na construção da identidade além da influência decisiva das relações e do ambiente familiar, outros elementos sociais com os quais os adolescentes interagem contribuem significativamente: os grupos de adolescentes com os quais se identificam, os personagens e ídolos musicais, atletas, artistas de cinema e televisão e os professores (OUTEIRAL, 2008).

Nos grupos de adolescentes esta identificação ocorre com aspectos parciais de um ou outro amigo ou com a figura de um “líder” do grupo. Os personagens também são importantes elementos para identificação, pois falam como eles, vestem-se como eles e imitam seu estilo. Em relação ao papel dos professores cabe salientar que a maioria dos adultos é capaz de lembrar-se de professores importantes com os quais se identificou, da mesma forma que aqueles com os quais buscam ser completamente diferentes. Aqueles, com muita frequência, representam modelos e referências a ser imitados ou rejeitados (OUTEIRAL, 2008).

Nas palavras de Outeiral (2008) um elemento interessante na questão da relação entre os jovens e a sociedade diz respeito aos "rituais de iniciação ou de passagem", presentes sob diferentes formas, em todas as culturas, desde aquelas que chamamos de "primitivas" até as consideradas "modernas". Os rituais de iniciação ou de passagem estão presentes em várias manifestações da cultura: a primeira comunhão, os trotes de calouros e, mesmo, as viagens da escola (especialmente para adolescentes de classe média quando se afastam, como ainda não haviam feito, para longe de seus pais) são exemplos desses processos de inserção na cultura (OUTEIRAL, 2008).

Neste sentido, destacamos o processo do adolescer como um período de intensas passagens que são vivenciadas pelos jovens durante essa fase do seu desenvolvimento. A vida é um processo contínuo e sucessivo de rituais de passagem que podem ser verificados: no desmame, no início da socialização, ao término da infância para a adolescência, no início do climatério das mulheres e demais passagens vitais que se apresentam intrínsecas na própria natureza humana, que se iniciam desde o nascimento e terminam com a morte. Tais feitos são, na sua maioria, acompanhados de atos especiais que marcam o indivíduo dando condições de transpor e iniciar uma nova etapa (BRÊTAS et al., 2008).

A adolescência deve ser entendida não apenas como uma fase do desenvolvimento, mas como um fenômeno biopsicossocial e cultural, como processo psicossocial sujeito a diferentes peculiaridades dependendo do ambiente social, econômico e cultural em que o indivíduo está inserido. Portanto, a adolescência será vivenciada de formas completamente diferentes em cada ambiente social e cultural em que o adolescente está inserido, assim certamente adolescer no Brasil é muito diferente da adolescência vivida na China, também em

função da adolescência ser um fenômeno psicológico e social, dependendo dos estímulos do ambiente as crianças podem adolecer mais cedo que o esperado (OUTEIRAL, 2008).

A adolescência não está vinculada exclusivamente a um processo de construção da identidade, mas a um momento de socialização rico em possibilidades de descobertas, mudanças, experimentação de papéis, novas experiências, condutas e situações sociais (DORON, PAROT, 2000; ERICKSON, 1976; OSÓRIO, 1992). Este período da vida é compreendido como uma passagem da dependência infantil à autonomia adulta, caracterizada por interações afetivas interpessoais, sociocognitivas, sexuais, identitárias e normativas, de separação e individuação, de luto e desilusão, de desejo e prazer (SELOSSE, 1997).

Preto (1995) enfatiza que a autonomia na adolescência é uma construção de trajetória própria que envolve novas responsabilidades visando à inserção na vida adulta. Este processo implica em um desequilíbrio familiar, o que requer da família adaptação e a capacidade de compartilhar com esse adolescente que passa a ocupar diferentes papéis e também novos direitos e deveres. “Autonomia não significa desconectar-se emocionalmente dos pais. Em verdade, o indivíduo não é mais dependente exclusivamente dos pais em termos psicológicos, portanto tem mais controle sobre a tomada de decisões em sua vida”.

Por isso, a busca de identidade na adolescência não requer uma ruptura com os pais, mas uma renegociação entre eles e seus filhos. Neste processo de construção da autonomia as famílias precisam flexibilizar suas fronteiras familiares para incluir a independência dos filhos, de modo a permitir ao adolescente movimentar-se para dentro e para fora do sistema, deixando-o pertencer à família, mas, ao mesmo tempo, podendo vivenciar outros pertencimentos (CARTER; MCGOLDRICK, 1995). Neste sentido é importante ressaltar que o desenvolvimento da autonomia não pode ser confundido com falta de regras e limites.

O modelo de relação dos pais com filhos é a porta de entrada para o convívio social, dando aos jovens uma responsabilidade de transformar a sociedade sob os aspectos defendidos pelos pais que não foram capazes de assim fazer. Os rituais de passagem para a vida adulta, a interiorização – aqui novamente – de uma sociedade sendo construída pela família é o que determina essa relação jovem-sociedade. Tendo como base estas projeções dos pais na adolescência dos filhos e suas nuances (OUTEIRAL, 2008).

A sociedade precisa estar ciente de todas essas etapas e circunstâncias. Além dos conflitos pessoais e familiares resultantes da necessidade de diferenciação dos pais a sociedade “colabora” um pouco com esses conflitos ao fazer tantas exigências ao adolescente. Xavier et al. (2009) afirmam que “a sociedade atual tornou mais complexa a passagem do

adolescente para o mundo adulto, aumentando as exigências para que esse possa se valer por si mesmo”.

Esta mesma sociedade apresenta-se ao adolescente de uma forma confusa e sem grandes expectativas, devido às constantes crises socioeconômicas, o que faz o adolescente se sentir desencorajado a integrar o mundo adulto e sem motivação para assumir as responsabilidades impostas pela realidade. Fenômenos como a violência, as drogas, as doenças sexualmente transmissíveis, a mídia, etc., fazem parte da realidade da sociedade atual e não podemos pensar na adolescência sem pensar em toda essa complexidade envolvida. O adolescente de hoje é também reflexo de todo esse contexto (OUTEIRAL, 2008).

A cultura do consumo e a banalização da violência, da sexualidade e das relações afetivas veiculadas através da mídia estimulam a conquista do prazer imediato, numa alusão à “modernidade líquida”, segundo Bauman (2004) “vivemos tempos líquidos, nada é feito para durar, tampouco sólidos, os relacionamentos escorrem das nossas mãos por entre os dedos feito água”.

Os atos de vandalismo, as gangues, o uso de drogas, etc., são expressões da realidade social em que o adolescente se encontra. Weinberg (2001) fala que os adolescentes precisam de adultos fortes, que resistam a um enfrentamento, e acrescenta que a sociedade nos dá a ideia de que para os adolescentes hoje tudo é mais fácil, ao mesmo tempo em que está cada vez mais exigente em relação à competência profissional, padrões de beleza, sucesso, etc. Vemos o resultado disso nas relações conflituosas do adolescente nos âmbitos familiar e escolar, assim como, na relação com si mesmo.

Com tanta informação ao seu redor o adolescente se sente deslocado e perdido. Em busca de formar sua identidade vincula-se a um grupo de semelhantes, no qual sentem-se identificados e seguros. Fazer parte de um grupo é importante para o desenvolvimento do adolescente, porém os pais e a escola devem envolver-se nesse processo. Os educadores devem orientar e conversar de forma clara com os adolescentes, evitando que problemas maiores venham a ocorrer, ajudando-os a diferenciar o construtivo do destrutivo.

Outeiral (2005) explica que a adolescência é uma fase de grande criatividade, inclusive por ser um período de grandes transformações. Neste estágio se estrutura o pensamento formal, que permite ao indivíduo raciocinar sobre hipóteses e elaborar conclusões a partir delas. Esta nova habilidade exercida pelo adolescente em seu dia-a-dia lhe oportuniza um novo tipo de relação com o mundo adulto, ainda que nem sempre suas conclusões levem em conta a dimensão do possível e da realidade. Para o adolescente é fácil encontrar soluções para os problemas da humanidade, muito embora a maioria delas não seja realizável.

Progressivamente a atividade criativa vai se tornando mais definida, integrada e produtiva, neste momento o adolescente necessita de um ambiente adequado, capaz de suportar as tensões deste processo criativo, tanto na família como na escola. A criatividade na adolescência articula-se especialmente com a noção de limites. Limite, frequentemente tem uma conotação negativa, ligada equivocadamente à repressão, proibição, interdição. No entanto, é muito além disso, pois significa a criação de um espaço protegido no qual o adolescente poderá exercer sua criatividade de forma espontânea sem receios e riscos (OUTEIRAL, 2005).

O limite é na verdade a criação de um espaço (e um tempo) protegido dentro do qual a criança e o adolescente possam viver suas experiências vitais, criativa e espontaneamente. Esta é uma visão de limite não como repressão, castração, proibição etc., e sim como algo que “baliza”, orienta e contém a mente do indivíduo que, de outra forma, ficaria “dispersa”, “sem forma”, desorganizada. Não há conteúdo organizado sem um continente que lhe dê forma (OUTEIRAL, 2008).

Pensando a escola como uma extensão e expressão desta realidade cabe uma referência a Holzer: Sobre Territórios e Lugaridades (HOLZER, 2013, p. 18). “Somos seres-em-situação, o que significa que construímos e desvelamos o mundo, a partir de nossa individualidade de ser. Lugares, por sua vez, só existem porque os seres humanos compartilham suas experiências. A geograficidade que expressa a materialidade do espaço geográfico é compartilhada em nossas vivências cotidianas com a lugaridade, que expressa exatamente essa relação dialógica dos seres em movimento com lugares e caminhos”.

O processo de educação na adolescência não é simples, pois é construído por um emaranhado de experiências emocionais complexas que visam preparar alguém para se respeitar e para respeitar aqueles com quem convivem. Família e escola passam a caminhar juntas constituindo os núcleos sociais básicos de experiências significativas, que posteriormente podem estar favorecendo ou dificultando a construção de seres humanos cidadãos (CURY, 2003; BENETTI et al., 2007).

Ainda, conforme Outeiral (2005) uma dúvida frequente que ocorre aos pais e alunos seria qual a escola? Pois cada criança ou adolescente e mesmo seus pais, poderá ou não se adaptar em um determinado ambiente escolar. Visto que cada escola tem uma cultura, princípios e características próprias. O ambiente escolar, a sala de aula, não é só o espaço real de salas, cadeiras, colegas e professores, mas também um ambiente imaginário percebido pelo aluno a partir de sua história, seus desejos e seus medos (OUTEIRAL, 2005).

Neste contexto, a família e a escola devem funcionar como uma rede que acolhe, complementa, valoriza e dá suporte para resistir aos enfrentamentos e manter a estrutura necessária ao crescimento intelectual e emocional dos jovens. A condição essencial para tal processo é a comunicação e o vínculo família-escola pautados por um diálogo colaborativo, respeitoso e de cumplicidade (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014).

Como sugere Outeiral (2005) criar uma relação de confiança e uma “comunidade realmente operante”, capaz de tornar a relação família-escola integrada, com menos distorções e ruídos nesta comunicação, pois como adolescentes que fomos sabemos o quanto podemos ser hábeis em algumas situações e promover distorções.

A escola tem importância decisiva no processo de desenvolvimento do adolescente, por ter as características de ser uma simulação da vida, como um teatro onde podem ensaiar, no qual existem regras a serem seguidas, mas que se pode transgredi-las sem sofrer as consequências impostas pela sociedade, sendo esta uma oportunidade de aprender com a transgressão. Há que considerarmos também que a relação do aluno com a escola é afetada pelo significado que os pais conferem a ela, aos estudos de seu filho e às relações dele com os demais alunos (OUTEIRAL, 2005).

Frequentemente ambiente escolar não reproduzirá os valores e nuances do contexto familiar, oferecendo assim outras vivências e modelos de identificação para a construção da identidade do adolescente. Neste sentido, é imprescindível que tanto a família quanto a escola se comprometam a compartilhar este processo (OUTEIRAL, 2005).

A função prioritária da escola é educar, conforme o significado da palavra, colocar para fora o potencial do indivíduo num ambiente disponível ao desenvolvimento destas potencialidades; ao contrário de ensinar, que é colocar signos, significados, conteúdos para dentro do indivíduo. As crianças chegam na escola trazendo consigo aspectos constitucionais e vivências familiares, porém o ambiente escolar será também uma peça fundamental em seu desenvolvimento. Estes três elementos - aspectos constitucionais, vínculos familiares e ambiente escolar - constituirão o tripé do processo educacional (OUTEIRAL, 2005).

Morin (2011) retrata que a educação deve privilegiar os sete saberes e que seja pautada no desenvolvimento da compreensão e da condição humana, na cidadania e na ética do gênero humano, contribuindo para que os indivíduos possam enfrentar as múltiplas crises sociais, econômicas, políticas e ambientais que colocam em risco a preservação da vida no planeta.

O mesmo refere que há sete saberes “fundamentais” que a educação do futuro deveria tratar em toda sociedade e em toda cultura, sem exclusividade nem rejeição, segundo modelos e regras próprias a cada sociedade e a cada cultura. Sendo os sete saberes necessários: I – As

cegueiras do conhecimento: o erro e a ilusão; II – Os princípios do conhecimento pertinente; III – Ensinar a condição humana; IV – Ensinar a identidade terrena; V – Enfrentar as incertezas; VI – Ensinar a compreensão e VII – A ética do gênero humano (MORIN, 2011).

O processo educação/escola é hoje alvo de questionamentos que se situam basicamente em dois polos: a educação tradicional, na qual nós adultos fomos formados; em contraposição à educação progressista, que propõe uma relação mais prazerosa (satisfatória) com o conhecimento (OUTEIRAL, 2005).

Em geral qualquer reflexão sobre a educação moderna tem como pressuposto a necessidade de respeitar as características individuais do aluno; entretanto, o que se verifica na prática é a realização de um ensino massificado, em grandes escolas de turmas enormes de alunos, imitando uma linha de montagem que frequentemente estabelece como objetivo final uma para o ingresso no ensino superior (OUTEIRAL, 2005).

O sistema educacional e a escola por consequência encontram-se num momento de perplexidade, de dificuldades de como conciliar as necessidades de uma sociedade dinâmica e instável (com contestação, transformações e mudanças de paradigmas e valores) com propostas educacionais que preparem o indivíduo para o futuro. Há que se considerar que nem sempre a escola tem razão, que muitas vezes a opinião do adolescente é correta. A escola enquanto uma comunidade é feita de pessoas (professores, coordenadores, orientadores e diretores e demais profissionais em educação) que podem lidar melhor ou pior com determinadas circunstâncias. Todos os envolvidos nesse processo devem estar atentos para situações que se derivam deste contexto (OUTEIRAL, 2005).

Como refere Sá, Carneiro e Luz (2013) precisamos considerar que na escola especificamente e na vida, o desenvolvimento das capacidades cognitivas implica: integração da afetividade, da curiosidade e da imaginação. Assim sendo, essas dimensões só se tornam agentes para a emancipação e autonomia intelectual do indivíduo quando interagem num equilíbrio dinâmico, o que significa que “A afetividade pode asfixiar o conhecimento, mas pode fortalecê-lo [...], a faculdade de raciocinar pode ser diminuída, ou mesmo destruída, pelo déficit de emoção; o enfraquecimento da capacidade de reagir emocionalmente pode mesmo estar na raiz de comportamentos irracionais” (MORIN, 2011).

Como já referido por Outeiral (2005) a escola além de oportunizar às crianças e adolescentes a relação com o saber, por ser uma atividade grupal, oferece também para o desenvolvimento das funções de socialização. Em busca de sua identidade o adolescente encontra na micro-sociedade da escola um sistema de forças que atuam sobre ele, onde entre outras coisas reedita seu ciúme fraterno, compete, divide, rivaliza, oprime e é oprimido, ou

seja, reproduz o sistema social. É por esta razão que a escola muitas vezes pode detectar dificuldades no processo de desenvolvimento do aluno, que aparece por inteiro na busca de si mesmo, e seu olhar sobre ele é em geral menos comprometido emocionalmente do que acontece com os pais (OUTEIRAL, 2005).

Cabe uma referência de que nesta fase os jovens se deparam com a difícil tarefa da escolha profissional, o que lhes remete a uma diferenciação entre vocação e escolha profissional. Entende-se vocação o que diz respeito às características e habilidades inatas e tem relação com aspectos da formação da sua identidade e personalidade (OUTEIRAL, 2005).

Importante ter em mente que os fenômenos que se manifestam no ambiente escolar sejam de ensino e de aprendizagem, de gestão, de relações profissionais e/ou interpessoais, exigem dos profissionais da educação uma postura de conhecimento científico, profissional e político (SÁ; CARNEIRO; LUZ, 2013). A escolha profissional, entretanto, abrange além da própria pessoa o contexto social, familiar, os modelos de identificação e a própria realidade do mercado de trabalho. Este estágio, que na verdade pode ser um longo e penoso processo é decisivo na vida de todos nós e se constitui em uma das tarefas principais das etapas finais da adolescência (OUTEIRAL, 2005).

É importante considerar que o próprio adolescente já traz consigo os conflitos, pressões e expectativas próprias da família e da sociedade. Não é incomum e até natural que o ambiente escolar e as relações interpessoais que ali se estabelecem sejam entre alunos, alunos e professores e mesmo com a família reeditem situações da vida cotidiana que podem se reforçar positivamente ou se opondo gerando confrontos e conflitos que quando não bem explicitados e resolvidos fiquem contidos se traduzindo num verdadeiro mal-estar (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014). Neste contexto, o mal-estar aparente, mas não explicitado e verbalizado no cotidiano escolar pode afetar os sujeitos envolvidos e traduzir-se como sofrimento e até adoecimento. Como refere Diniz (1998), “adoece o sujeito, por não conseguir simbolizar o mal-estar, não conseguir transformá-lo em palavras”.

Neste sentido, ressaltamos o que sugere Morin (2011) em relação ao processo educacional: “é necessário introduzir e desenvolver na educação o estudo das características cerebrais, mentais, culturais dos conhecimentos humanos, de seus processos e modalidades, das disposições tanto psíquicas quanto culturais que o conduzem ao erro ou à ilusão”.

2.3 SAÚDE E SAÚDE MENTAL NO AMBIENTE ESCOLAR

Saúde, no sentido mais amplo, é um conceito difícil de definir, pois normalmente as pessoas têm uma ideia do que é saúde pelas experiências que passam ou já passaram. Sobre a saúde há conceitos que foram construídos e modificados ao longo dos anos. Mas nessa área não existe uma única verdade, afinal as visões mudam e quem as muda é a própria realidade (BUSS, 2000).

A saúde é algo abrangente com significados profundos, relativizada de acordo com cada sujeito e suas concepções de vida, dentro de uma estrutura política, social e cultural que varia de acordo com o tempo e o espaço com o qual se relaciona. No entanto, “a saúde das pessoas é um assunto ligado às próprias pessoas” (DEJOURS, 1986).

Segundo Scliar (2007), “o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas, dependendo da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, de concepções científicas, religiosas, filosóficas”.

O conceito da OMS, divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (deste então o Dia Mundial da Saúde), implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, diz que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar, mental e social e não apenas a ausência da enfermidade”.

A definição adotada pela OMS tem sido alvo de inúmeras críticas desde então. Definir a saúde como um estado de completo bem-estar faz com que a saúde seja algo ideal, inatingível, e assim a definição não pode ser usada como meta pelos serviços de saúde. Alguns afirmam ainda que a definição teria possibilitado a medicalização da existência humana, assim como abusos por parte do Estado a título de promoção de saúde (BUSS, 2000).

A saúde tem relação com afirmativas que a definem, aproximando conceitos como bem estar físico, social e mental da OMS com liberdade, tempo livre e lazer, bem como, alimentação, transporte e moradia da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Neste sentido, admite que a vida é vulnerável a fatores individuais e do meio, como a paz, educação, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (SEVERO, 2012).

Assim sendo, este conceito ampliado mostra que a saúde não se limita apenas ao corpo, inclui também a mente, as relações sociais, a coletividade e as emoções. Nos mostra que existe a necessidade do envolvimento de outros setores sociais, até da própria economia para que as pessoas possam de fato ter saúde, e deixa claro que a saúde de todos nós, além de

ter um caráter individual, também envolve ações das estruturas sociais, incluindo necessariamente as políticas públicas (BUSS, 2000).

2.3.1 Promoção e prevenção em saúde

A carta de Otawwa (1986) postula a ideia da saúde como qualidade de vida resultante de complexo processo condicionado por diversos fatores, tais como, entre outros, alimentação, justiça social, ecossistema, renda e educação. Implica, portanto, em promoção de saúde, que é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação em seu controle, que para atingir um completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde dever ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver (CZERESNIA; FREITAS, 2009; WHO, 1986).

No Brasil a conceituação ampla de saúde assume destaque nesse mesmo ano, tendo sido incorporada ao Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde: Direito à saúde significa a garantia pelo Estado de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL/MS, 1986; CZERESNIA; FREITAS, 2009).

Segundo Cezeresnia e Freitas (2009) o termo prevenir tem o significado de “preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize” (FERREIRA, 1986). A prevenção em saúde “exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (LEAVELL; CLARCK, 1976, p. 17).

As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de eventos específicos de risco à saúde, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de patologias e/ou transtornos e a redução do risco de agravamentos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações de cuidados e de mudanças de hábitos. Promover tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar (FERREIRA, 1986). Promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois se refere a medidas que “não se dirigem a uma determinada

doença ou transtorno (desordem), mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar geral” (LEAVELL; CLARCK, 1976, p. 19).

As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que compõem a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial colaborativa e integral (TERRIS, 1990; CZERESNIA; FREITAS, 2009).

O conceito de promoção de saúde foi apresentado oficialmente em 1984 pela OMS. Está relacionado à concepção ampla de saúde e pressupõe um modelo que envolve os determinantes sociais da saúde, como educação, meio ambiente e acesso aos serviços essenciais, por meio de ações coletivas, intersetoriais e fomentadoras de políticas públicas (ESTANISLAU, BRESSAN, 2014). Em 1998 a OMS definiu os sete princípios da promoção de saúde, quais sejam (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 1998):

- Conceção holística
- Intersetorialidade
- Empoderamento
- Participação social
- Equidade
- Ações multiestratégicas
- Sustentabilidade

A capacitação das comunidades e indivíduos por meio da informação e do desenvolvimento de habilidade pessoais e sociais é exemplo de ação promotora de saúde. A informação é uma das bases para a tomada de decisão e leva à autonomia por meio do empoderamento, combatendo assim, a impotência. Porém, é importante frisar que empoderamento é diferente de conscientização, pois está associado à pró-atividade em relação à saúde, às reais mudanças de atitude. Uma pesquisa realizada em nove países, inclusive no Brasil, demonstrou que uma campanha informativa pode modificar o conhecimento e as atitudes com relação aos problemas de saúde mental (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014).

Segundo os Parâmetros Curriculares Nacionais:

A promoção de saúde ocorre [...] por meio da educação, da adoção de estilos de vida saudável, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, da produção de um ambiente saudável, da eficácia da sociedade na garantia de implantação de políticas públicas voltadas para a qualidade da vida e dos serviços de saúde (BRASIL, 1997, p. 67).

Tendo em vista o foco desta pesquisa será abordada mais especificamente a questão da saúde mental, bem como, sua promoção e prevenção no ambiente escolar. Ao refletirmos sobre o conceito de saúde mental a complexidade é ainda maior. Do ponto de vista da saúde mental, em geral se acredita que crianças e adolescentes saudáveis são aqueles que apresentam desenvolvimento cognitivo, emocional e social satisfatórios para a idade, fatores esses que definem a capacidade de adaptação aos desafios da vida. No dia a dia esses jovens são curiosos, aprendem, fazem vínculos, brincam, desenvolvem estratégias para resolver problemas e de maneira geral apresentam boa qualidade de vida (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014).

Em 2005, a OMS definiu saúde mental na infância e na adolescência como:

[...] a capacidade de se alcançar e se manter um funcionamento psicossocial e um estado de bem-estar em níveis ótimos. [...] Ele auxilia o jovem a perceber, compreender e interpretar o mundo que está a sua volta, a fim de que adaptações ou modificações sejam feitas em caso de necessidade [...] (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2005).

Segundo Arruda et al.(2010) saúde mental é um estado de bem estar no qual a criança, o adolescente ou o adulto encontram-se aptos a exercer suas habilidades, superar as adversidades da vida, conseguindo estudar e/ou trabalhar de forma produtiva e colaborativa com a comunidade em que estejam inseridos. Nesse sentido o conceito central de Saúde Mental é o bem estar e o funcionamento integral de um indivíduo e, conseqüentemente, na sua comunidade. Portanto, estamos falando de mais do que apenas um estado de ausência de sofrimento psíquico, emocional ou mesmo de doença mental (SILVA, 2010).

Refletir sobre a saúde mental dos adolescentes implica pensar nos diversos modos de viver a adolescência e de viver a vida. Implica em um movimento de repensar as práticas de saúde e de educação em saúde que se voltam para esta parcela significativa da sociedade. Nesta fase os adolescentes encontram-se na maior parte do dia no ambiente escolar, o que torna este espaço um importante campo para a detecção e abordagem de comportamentos de risco para a saúde (AZAMBUJA et al., 2014).

Eventualmente situações cotidianas geram algum tipo de tensão mental. Essa tensão ou mal estar é um sinal de que algum tipo de adaptação é necessário, de maneira que ela faz parte do desenvolvimento de mecanismos de proteção (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014).

Segundo o UNICEF (2011) problemas de saúde mental são responsáveis por uma grande proporção da carga de sofrimento psíquico e transtornos entre jovens em todas as sociedades. Entre os adolescentes problemas de saúde mental não percebidos e que não

recebem atenção estão associados a baixos níveis de realização educacional, uso de drogas, comportamentos de risco, criminalidade, saúde sexual e reprodutiva precária, automutilação e cuidados pessoais inadequados, fatores que aumentam o risco de morbidade e de mortalidade prematura. Problemas de saúde mental em meio aos adolescentes implicam altos custos sociais e econômicos, uma vez que frequentemente evoluem para condições de maior incapacitação em etapas posteriores da vida (UNICEF, 2011).

Os fatores de risco para problemas de saúde mental são amplamente conhecidos e incluem abusos na infância; violência na família, na escola e na vizinhança; pobreza; exclusão social; e desvantagem educacional. Transtornos psiquiátricos e abuso de drogas por parte dos pais e violência conjugal também aumentam os riscos dos adolescentes, assim como a exposição às alterações sociais e à angústia psicológica que acompanham conflitos armados, desastres naturais e outras crises humanitárias. O estigma dirigido aos jovens com transtornos mentais e as violações aos direitos humanos a que estão sujeitos amplificam as consequências adversas (UNICEF, 2011).

Estimativas da Organização Mundial das Nações Unidas (ONU, 2012) referem que as crianças e os adolescentes representem respectivamente cerca de 30% e 14,2% da população mundial, essas populações são suscetíveis à prevalência média global de transtornos mentais de 15,8% e essas taxas tendem a aumentar com a idade. No Brasil há alguns estudos que apontam para taxas de 7 a 12,7% (PAULA; DUARTE; BORDIN, 2007). Ainda conforme dados da OMS os transtornos mentais na infância e adolescência concentram-se em duas categorias: transtornos do desenvolvimento psicológico, mais no início da primeira ou segunda infância; e os transtornos de comportamento e emocionais com início mais precoce nos primeiros cinco anos de vida (WHO, 2001).

Segundo o UNICEF (2011):

Estima-se que, em todo o mundo, cerca de 20% dos adolescentes tenham problemas de saúde mental ou de comportamento. A depressão é o principal fator isolado que contribui para a carga mundial de doenças em meio a indivíduos de 15 a 19 anos; e o suicídio é uma das três principais causas de mortalidade em meio a indivíduos de 15 a 35 anos de idade. Em termos globais, estima-se em 71 mil o número anual de adolescentes que cometem suicídio; e é 40 vezes maior o número de adolescentes que tentam o suicídio. Cerca de 50% dos transtornos mentais têm início antes dos 14 anos de idade, e 70% deles, antes dos 24 anos de idade. A prevalência de transtornos mentais em meio a adolescentes vem aumentando nos últimos 20 a 30 anos. Esse aumento é atribuído ao rompimento das estruturas familiares, ao desemprego crescente entre jovens e às aspirações educacionais e profissionais irrealizáveis das famílias em relação a seus filhos (UNICEF, 2011, p. 27).

Estima-se que milhões de crianças e adolescentes apresentam sintomas psicológicos relacionados a problemas de aprendizagem, de conduta, de depressão; transtornos do

desenvolvimento, do apego, de ansiedade; transtornos alimentares; abuso de substâncias, entre outros que ainda não são identificados e não recebem atenção adequada (BASSOLS, 2003). No Brasil, realizou-se um estudo pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) de agosto de 2008 com abrangência nacional em 142 municípios em todas as regiões do país, onde foram aplicadas 2.002 entrevistas com mães que procuraram algum tipo de atendimento na área de saúde mental para os seus filhos. O estudo revelou que cerca de 12,6% dos brasileiros entre 6 e 17 anos apresentam sintomas de transtornos mentais importantes, como transtornos depressivos, de ansiedade, déficit de atenção e/ou hiperatividade, transtornos alimentares, problemas significativos com álcool e outras drogas psicoativas, problemas de conduta e mesmo psicoses graves (BASSOLS, 2003).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), estimam que o suicídio é a terceira causa de morte entre os adolescentes, estando associado também ao surgimento de manifestações de Depressão Maior, com efeitos ao longo da vida adulta.

Neste contexto não podemos nos esquivar de abordar, mesmo que brevemente, o tema do suicídio entre pré-adolescentes e adolescentes em idade escolar, um tema extremamente preocupante que gera enorme impacto emocional, familiar e social, sujeito a mitos e tabus, principalmente pela mídia e as autoridades pelo temor do *Efeito Werther* (ondas de suicídios por imitação ou indução). Os Sofrimentos do Jovem Werther, livro do escritor alemão Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832) escrito em 1774 quando tinha 25 anos (GOETHE, 2001). O romance de Goethe em que o protagonista se mata após um fracasso amoroso surtiu um efeito desastroso gerando muitos suicídios juvenis em toda a Europa no século XVIII.

O tema do suicídio no Brasil carece profundamente de informação com abordagem científica e educacional em nosso meio, sendo que mesmo as estatísticas científicas e oficiais estão sujeitas a um viés que distorce a realidade, a subnotificação dos casos nos registros oficiais, seja por omissão, tabu ou outros fatores, além do não esclarecimento das situações de para-suicídios que são aquelas relacionadas aos acidentes e condutas de extremo risco e potencialmente letais, mas nas quais não há a expressão manifesta ou presumida do desejo de tirar a própria vida.

Citando apenas um dado do Mapa da Violência 2014 - Jovens do Brasil – (WAISELFISZ, 2014) num levantamento entre 1980 a 2012 permite inferir o que se denominou “novos padrões da mortalidade juvenil”, as mortes por suicídio entre os jovens e adolescentes no Brasil já são a terceira causa e mortalidade por causas externas entre os jovens atrás apenas das mortes por homicídios e acidentes de transportes.

Na realidade brasileira uma população específica tem despertado interesse e preocupação nas estatísticas internacionais, os indígenas. A contínua discriminação dos povos indígenas, violação dos direitos, alterações profundas e crescentes no seu meio ambiente etc. gerando impotência diante de situações traumáticas e insustentáveis para os indivíduos e a sua coletividade. Com agravamento em especial para os jovens indígenas em virtude de sua maior vulnerabilidade devido a existirem crianças e jovens indígenas em más condições de vida e de trabalho infantil, mendicância, deslocamentos e migrações forçadas, evasão escolar, violência, abuso de álcool e exploração sexual etc. exigindo atenção especial à situação destes jovens (UNICEF, 2014).

Como uma das respostas mais perturbadoras dessas situações de desesperança, pode-se constatar o aumento das mortes por suicídio entre os jovens indígenas. Em alguns povos indígenas os índices de suicídio atingem taxas 30 vezes maiores do que as estatísticas nacionais. O suicídio juvenil nos povos indígenas constitui um grave alerta para a sociedade e o Estado brasileiro (UNICEF, 2014).

Segundo o UNICEF (2014) “o suicídio de jovens indígenas induzido por circunstâncias anômalas, constitui uma violação aos direitos humanos: à vida destes povos”. Neste sentido, essas condições de vida anômalas são partilhadas por grande parte dos povos, no entanto, somente alguns procuram o suicídio como forma de expressão das condições de vulnerabilidade em que vivem (UNICEF, 2014).

Outras manifestações de alto risco entre os jovens da população em geral são as condutas antissociais, delinquência e uso de drogas que podem estar associadas às manifestações de agressividade e distúrbio do comportamento na infância. Nos últimos anos, também têm sido mais frequentes os quadros de transtornos alimentares e ansiedade em adolescentes. Hoje em dia tornou-se frequente entre adolescentes em fase escolar a agressão moral, verbal, sexual, virtual e até corporal entre alunos. O termo usado para essa prática é chamado de *Bullying*. O *Bullying* tem motivado muitos educadores e pesquisadores a estudar as causas que motivam a banalização humana e a perda coletiva de alguns valores sociais e do significado da palavra respeito no relacionamento entre colegas (BASSOLS, 2003).

Mais recentemente temos convivido com uma ampliação deste fenômeno, o *cyberbullying*, e que especialmente entre os pré-adolescentes e adolescentes em idade escolar tem atingido proporções e repercussões cada vez mais preocupantes. Considera-se *cyberbullying* quando um ou mais indivíduos utilizam os meios eletrônicos com a intenção de gerar exposição, constrangimento, agredir, infligir injúria ou desconforto, humilhar, causar medo ou sensação de insegurança, desespero no indivíduo que é alvo das agressões. Essas

ações podem ser feitas via e-mails, salas de bate-papo, telefones celulares, mensagens instantâneas, cabines de votação *online*. Há evidências científicas que indicam que 20 a 40% dos adolescentes terão pelo menos uma experiência com *cyberbullying* e em ritmo crescente conforme as evidências (BOTTINO, 2015).

Geração Z é a denominação sociológica dada às pessoas nascidas na década de 1990 até os anos de 2010, também chamadas de nativos digitais. Essa geração se caracteriza pela multiplicidade de tarefas: são capazes de estudar enquanto ouvem música, ou assistem à televisão, acessam redes sociais, falam ao celular, buscam informações na internet mandam mensagens instantâneas, entre outras atividades como, por exemplo, alimentar-se, tudo de forma simultânea (IBOPE, 2014).

Segundo o UNICEF (2011) em muitos países apenas uma pequena minoria de jovens com problemas de saúde mental passa por avaliação e recebe cuidados básicos, enquanto a maioria sofre desnecessariamente, incapaz de acessar recursos adequados para reconhecimento, apoio e tratamento. Apesar de progressos substanciais quanto ao desenvolvimento de intervenções eficazes, grande parte das necessidades de saúde mental não é atendida, mesmo nas sociedades mais abastadas – e em muitos países em desenvolvimento as taxas de necessidades não atendidas giram em torno de 100%.

Segundo o Relatório sobre a Saúde no Mundo: Saúde Mental, estruturado pela Organização Mundial da Saúde – OMS (2001), “devem ser lançadas em todos os países campanhas de educação e sensibilização do público sobre a saúde mental. Campanhas bem planejadas de sensibilização e educação podem reduzir o estigma e a discriminação, promovendo a saúde mental e a saúde física da população” (WHO, 2001).

Uma das tarefas mais urgentes da abordagem para a saúde mental do adolescente é melhorar e ampliar a base de evidências, principalmente em países com recursos limitados. Pesquisas sistemáticas sobre a natureza, a prevalência e os fatores determinantes de problemas de saúde mental em adolescentes – e sobre prevenção, intervenção precoce e estratégias de atenção em saúde mental serão cruciais para garantir o direito dos adolescentes à saúde e ao desenvolvimento nesses contextos (UNICEF, 2011).

Segundo Estanislau e Bressan (2014) os cuidados à saúde mental do adolescente tem-se mostrado um fator fundamental para que essa trajetória seja percorrida de maneira satisfatória. Dentre os diversos pontos positivos das abordagens preventivas e precoces podemos incluir:

- Beneficiam a todos, pois partem do princípio de que todos têm saúde mental e de que esta é um aspecto que deve ser cultivado por qualquer pessoa e não só por aqueles em maior risco de desenvolver um transtorno.

- Como o conhecimento atual é de que a grande maioria dos transtornos mentais tem início na juventude, intervenções precoces são estratégicas ao favorecer a identificação precoce de problemas e transtornos.

- Ao contemplar estágios iniciais do desenvolvimento (e de potenciais transtornos), intervenções precoces podem ser bastante efetivas mesmo com estratégias mais simples (como mudanças de hábitos, orientações aos pais, etc.).

Nos últimos 30 anos o campo da promoção em saúde mental e de prevenção de transtornos mentais vem ganhando espaço. Ao expandir o conceito de saúde mental a algo muito mais rico do que o enfoque exclusivo nas doenças mentais, um número maior de pessoas passou a considerar a saúde mental de maneira mais consciente, responsável e menos estigmatizada (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014).

O reconhecimento precoce de angústias emocionais e o provimento de apoio psicossocial por profissionais capacitados, que não precisam ser exclusivamente trabalhadores da área da saúde, como por exemplo: professores, coordenadores e outros profissionais da comunidade escolar podem aliviar os efeitos dos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes no ambiente escolar. Programas psicoeducacionais nas escolas, orientação de apoio com o envolvimento da família, são meios eficazes para melhorar a saúde mental do adolescente e das necessidades complexas de jovens com deficiências e mesmo sofrimento psíquico ou transtornos mentais, que quando necessário podem ser abordados, acolhidos e mesmo estimulados a buscar atenção mais específica as suas necessidades (UNICEF, 2011).

Iniciativas como essas em programas e conteúdos estão previstas nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) para o Ensino Médio e foram denominados Temas Transversais e tratam de assuntos relevantes, como a Ética, a Pluralidade Cultural, a Orientação Sexual, o Trabalho e Consumo, o Meio Ambiente e a Saúde (BRASIL, 1997).

No Brasil (1996) a partir da Lei de Diretrizes e Bases na Educação Nacional (nº 9.394) e da elaboração dos PCN, o tema saúde foi ganhando espaço nas escolas, passando a ser integrado como um Tema Transversal, permitindo uma abordagem mais ampla dos diversos aspectos vinculados ao processo de saúde individual e coletiva. Os Temas Transversais podem ser abordados em todas as disciplinas da escola, a forma de compreensão e de inserção desses temas pode acontecer de diferentes maneiras (DARIDO, 2012).

É sabido que apesar da proposta dos PCN recomendar a transversalidade entre os conteúdos, muitos professores que atuam nas escolas não tiveram em suas formações universitárias os conteúdos dos Temas Transversais. Além disso, “há a questão da tradição que acompanha cada área, o que dificulta a incorporação de outras maneiras para se trabalhar com os conteúdos” (DARIDO et al., 2001).

Como refere Marinho, Silva e Ferreira (2015):

A pesquisa mostra que, para o desenvolvimento e concretização da transversalidade na educação em saúde, não basta a inserção de temas de saúde em diversas atividades das disciplinas escolares, nas quais cada professor tratará de forma isolada ao seu próprio modo. É necessário um compromisso colegiado da escola como um todo, no qual todos os professores, juntamente com outros profissionais, irão planejar e desenvolver ações buscando promover a saúde de forma permanente nas escolas (MARINHO, SILVA, FERREIRA, 2015, p. 441).

A promoção da saúde mental acontece em ações que estimulam as potencialidades de uma pessoa (ou de um grupo de pessoas) em busca de fortalecimento de aspectos saudáveis. Como todos temos núcleos de saúde, a promoção de saúde mental pode ser realizada inclusive com quem está convivendo com um transtorno mental. Alguns exemplos de iniciativas de promoção da saúde mental podem incluir treinamento de habilidades socioemocionais ou campanhas de estímulo às atividades físicas, já que a saúde do corpo está diretamente ligada à saúde da mente (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014).

O acesso à informação e compreensão de conteúdos da saúde mental para crianças, adolescentes e professores no ambiente escolar permite compreender e usar a informação nos cuidados da própria saúde, estimulando competências cognitivas, sociais em promoção e prevenção da saúde mental. Neste sentido a perspectiva como dimensão fundamental reforça a importância da sensibilização da comunidade escolar da inclusão de conteúdos em educação em saúde mental no ensino de jovens e adolescentes (LOUREIRO, 2012).

A literatura em saúde mental sugere que o sistema escolar é um espaço estratégico e privilegiado na implementação de políticas de saúde pública para jovens, destacando como núcleo principal de promoção e prevenção de saúde mental para crianças e adolescentes (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014), intervindo no desenvolvimento de fatores de proteção e redução de riscos relacionados à saúde mental. Portanto, promover a educação em saúde mental significa promover seus cidadãos, sobretudo, crianças e jovens, garantindo seus direitos fundamentais, gerando pessoas felizes que promovam o bem estar coletivo de alguma forma, por mais simples que seja a sua parte, mas que tenham a visão de estarem ajudando a fazer um mundo melhor.

2.4 INSTRUMENTO DE PESQUISA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) patrocinou a elaboração do instrumento de pesquisa *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ), com o objetivo de avaliar os transtornos mentais em países em desenvolvimento. A preocupação com os impactos que os problemas de saúde mental poderiam ter em países periféricos e a necessidade de uma adequada avaliação desses transtornos mentais, considerando o contexto cultural desses países orientou o processo de construção do SRQ. Na sua versão original o SRQ incluía 24 itens, sendo os primeiros 20 itens para triagem de Transtornos Psíquicos Menores ou Transtornos Mentais Menores (TPM/TMM). O SRQ é um instrumento autoaplicável contendo escala dicotômica (sim/não) para cada uma das suas questões (SANTOS et al., 2010).

O SRQ destina-se à detecção de sintomas, ou seja, sugere nível de suspeição (presença/ ausência) de algum transtorno mental, mas não discrimina um diagnóstico específico; assim, avalia se há algum transtorno, mas não oferece diagnóstico do tipo de transtorno existente. Por este caráter de triagem é bastante adequado para estudos de populações, sendo muito útil para uma primeira classificação de possíveis casos e não casos (SANTOS et al., 2010).

O SRQ é um instrumento de rastreamento, e não diagnóstico, a determinação do ponto de corte para detecção de casos com respectivas sensibilidade e especificidade, necessita ser feita por meio da comparação com o padrão-ouro, isto é uma entrevista psiquiátrica padronizada (SEM; WILKINSON, 1987). No Brasil o SRQ-20 foi comparado com a entrevista psiquiátrica formal utilizando-se o instrumento semiestruturado CIS (*Clinical Interview Schedule*) em meados da década de 1980 (GOLDBERG, 1972). Nesse estudo, a sensibilidade e especificidade foram, respectivamente, 83% e 80% para detecção de casos de transtornos mentais menores (TMM) utilizando como ponto de corte 7/8 para mulheres e 5/6 para homens respostas afirmativas. Apesar dos avanços nos instrumentos clínicos de diagnósticos psiquiátricos passados mais de 20 anos da validação do SRQ-20 os mesmos parâmetros têm sido utilizados (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

Quando se aplica um instrumento para mensuração de um evento de ampla abrangência e sem dimensões físicas a serem avaliadas, como o SRQ, podem ser utilizadas estratégias metodológicas baseadas em questionários e entrevistas que são estruturados para investigar uma determinada realidade com o apoio de questões agrupadas cujo objetivo é aferir fenômenos específicos. A avaliação criteriosa do desempenho dos instrumentos de mensuração, ou seja, a validação desse instrumento para verificar se a mensuração realizada

mede consistentemente o que o instrumento propõe-se a medir (validade) deve ser realizada, tornando-se uma condição importante para o seu uso. Quando o instrumento avalia o evento de interesse em uma escala contínua é necessário o estabelecimento de um ponto de corte, abaixo e acima do qual seja possível definir-se ausência ou presença de um dado desfecho, respectivamente (SANTOS et al., 2010).

Na década de 1990 o SRQ-20 destacou-se como um dos instrumentos de triagem de morbidade psíquica mais utilizado em países desenvolvidos e em desenvolvimento. No que se refere aos pontos de corte para classificação de suspeitos, destaca-se a existência de variação em pontos de corte adotados para suspeição diagnóstica da morbidade psíquica, podendo variar entre 3/4 (até 3 respostas positivas=não caso/ 4 ou mais questões positivas=caso) e 11/12 (até 11 respostas positivas=não caso/ 12 ou mais respostas positivas=caso). A mensuração dos sintomas realizada pelo SRQ é feita por agrupamento de itens, o que pode facilitar fatores de classificação errônea para esse instrumento. A avaliação do desempenho do SRQ foi conduzida em vários estudos. O Quadro 2 apresenta os indicadores dos estudos de validação realizados no Brasil e em outros países. Como se pode observar os achados das pesquisas, em geral, apontaram um desempenho razoável do instrumento. A variabilidade da especificidade em pesquisas internacionais foi de 44% a 95,2%, enquanto entre estudos no Brasil foi de 74,6% a 89,3%; já a sensibilidade variou de 73% a 89,7%, e de 57% a 86,3%, respectivamente para pesquisas fora do país e no país (SANTOS et al., 2010).

Quadro 2 – Ponto de Corte, sensibilidade e especificidade encontrados em estudos de validação do SRQ-20

Autores/ano	Ponto de corte*	População estudada	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)
Harding et al. - 1980**	5/11	Usuários de serviços de atenção primária	73 - 83	72 - 85
Dhadphale et al. - 1982	7/8	Pacientes do hospital geral	89,7	95,2
Sen et al. - 1987	11/12	Usuários de serviço de atenção primária	79,0	75,0
Kortmann e Ten Horn - 1988	8/9	Usuários de clínica psiquiátrica	77,0	44,0
Penayo - 1990	9/10	População geral Usuários de atenção primária	81,0	58,0
Araya, Wynn e Lewis - 1992	9/10	Usuários de serviços atenção primária	77,0	76,0

Autores/ano	Ponto de corte*	População estudada	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)
El-Rufaie e Absood - 1994	5/6	Usuários de serviços atenção primária	78,3	75,2
Glubash et al. - 2001	3/4	População geral (mulheres)	83,0	80,0
Husain et al. - 2004	8/9	Pacientes de ambulatório	80,0	85,4
Giang et al. - 2006	5/6	Usuários de hospital	85,0	46,0
Brasil				
Mari e Williams - 1985	7/8	Usuários de serviços de atenção primária	83,0	80,0
Fernandes e Almeida Filho 22 - 1998	6/7	Trabalhadores em informática	57,0	79,0
Palácios et al. - 1998	4/5	Bancários	75,6	78,4
	5/6	Bancários	77,8	79,7
Ludermir e Melo Filho - 2002	5/6	População geral	62,0	78,0
Gonçalves et al.- 2008	7/8	População geral	86,3	89,3
Scazufca et al. 13 - 2009	4/5	População de idosos	76,1	74,6

Fonte: Santos et al. (2010).

* Número de respostas positivas às questões do SRQ e expressam pontos para classificação de não caso/caso: valor utilizado para classificar suspeição de não caso/ valor utilizado para suspeição de caso.

** Neste estudo foram investigadas populações distintas (na Colômbia, Índia, Sudão e Filipinas). Os pontos de corte de melhor desempenho variaram de 5 a 11 respostas positivas e os indicadores de validade segundo os dados expressos no Quadro.

No Brasil ainda não é muito expressivo o número de investigações epidemiológicas de base populacional, especialmente na área de saúde mental e a avaliação do desempenho do SRQ-20 ainda é restrita. A avaliação do desempenho do SRQ-20 em uma população de usuários de serviços primários de saúde revelou que o instrumento é um bom indicador de morbidade psiquiátrica. Estudo envolvendo empregados de 15 agências de um banco estatal no Rio de Janeiro avaliou o desempenho do SRQ-20 considerando diferentes pontos de corte. O estudo conduziu análise, em separado, para homens e mulheres. Os resultados apontaram ponto de corte com melhor equilíbrio entre sensibilidade e especificidade de cinco ou mais respostas positivas para os homens e de seis ou mais respostas positivas para as mulheres (SANTOS et al., 2010).

Os Transtornos Psíquicos Menores ou Transtornos Mentais Menores (TPM/TMM) são considerados aqueles que mesmo que não preencham os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition*) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – 10^a Revisão), apresentam sintomas proeminentes que trazem um prejuízo funcional e/ou intelectual comparável ou até pior do que quadros crônicos já bem estabelecidos (MARI, 1986).

Foi a partir de pesquisas epidemiológicas desenvolvidas fora dos ambientes de internação e pelo desenvolvimento da epidemiologia psiquiátrica é que foi possível conhecer melhor a morbidade, em que cerca de 90% das manifestações psiquiátricas compõem-se de distúrbios não psicóticos, principalmente depressão e ansiedade, incluindo sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, dificuldade de memória e de concentração e queixas somáticas (MELLO, 2007).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população desta pesquisa constitui-se dos alunos do 1º, 2º e 3º anos do Colégio Politécnico da Universidade Federal de Santa Maria (CPUFSM), um colégio público federal de Ensino Médio, cujo acesso se dá por um processo seletivo público regulado por edital. A amostra foi composta por alunos voluntários, totalizando 94 participantes, alunos dos três anos do Ensino Médio.

O Colégio Politécnico da UFSM é uma Unidade de Ensino Médio, Técnico e Tecnológico da Universidade Federal de Santa Maria, prevista no Estatuto Geral da UFSM, vinculada à Coordenadoria de Educação Básica, Técnica e Tecnológica da UFSM, que tem por finalidade ministrar a Educação Básica, a Formação Inicial e Continuada, a Educação Profissional Técnica de Nível Médio e a Educação Profissional Tecnológica. Está situado no Campus da Universidade Federal de Santa Maria, a 12 km da Sede do município de Santa Maria e a 280 km da capital do Estado do Rio Grande do Sul, Região Central do Estado do Rio Grande do Sul, composta por 59 municípios, com área de 98.215,50 km², representando 36,49% do território gaúcho.

A região geoe educacional de abrangência do Colégio Politécnico da UFSM tem como um dos pontos fortes da economia o setor primário e de serviços. Atua na Educação Profissional Técnica de Nível Médio, Educação Profissional Tecnológica de Graduação, Pós-Graduação, Formação Inicial e Continuada e na Educação Básica, ministrando o Ensino Médio que obedece a uma organização curricular seriada anual (PP-CPUFSM, 2015).

A filosofia do CPUFSM é ensinar produzindo, produzir ensinando e participar valorizando, através de uma educação de qualidade promovendo a formação integral dos jovens. A proposta pedagógica baseia-se: na igualdade de condições para acesso e permanência no colégio; liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar cultura, o pensamento, a arte e o saber; respeito à liberdade, às diferenças e apreço à tolerância; respeito à diversidade étnica e cultural; gestão democrática do ensino, na forma da Lei garantia do padrão de qualidade; valorização da experiência extraescolar (PP-CPUFSM, 2015).

A proposta pedagógica do Colégio Politécnico da UFSM (PP-CPUFSM, 2015) sem dúvida faz parte do processo emancipatório, objetivando a participação de todos os envolvidos no processo educacional e nela se busca uma educação comprometida com o homem, com o indivíduo, independente da sua classe social ou cultura, de modo que possa ser

dono e senhor de seu destino. Almeja uma educação, uma escola e uma pedagogia que não ignore ou rejeite a história, a política e a cultura dos agentes do processo educativo, bem como, a sociedade mais ampla, na medida em que é procedente a afirmação de que:

[...] qualquer que seja a opção da escola, esta tem de considerar que todo processo de ensino-aprendizagem não pode perder de vista a sua dimensão social e a sua busca incessante de igualdade de oportunidades aos indivíduos, de forma a levá-los a sua realização enquanto sujeito-cidadão e conviver com as transformações do mundo da ciência e da tecnologia (WERLANG, 1999, p. 78).

Em relação ao desempenho dos alunos do colégio CPUFSM, cabe uma referência de destaque pelo fato da escola liderar o ranking entre todas as escolas do estado do Rio Grande do Sul, pelo terceiro ano consecutivo, do Exame Nacional do Ensino Médio-ENEM. No ranking nacional do ENEM, realizado em 2015, o CPUFSM ocupa a posição de número 38 entre todas as escolas do Brasil (INEP, 2015).

3.2 CRITÉRIOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria, reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS), segundo a Resolução nº. 196/96 (BRASIL, 1996), sob o protocolo de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº. 0094.0.243.00011.

A coleta dos dados realizou-se após contato com a Direção do Colégio Politécnico – UFSM e com a autorização dessa para a realização do estudo em suas dependências. Após aprovação do CEP realizou-se o contato com os sujeitos da pesquisa para a informação dos objetivos do estudo, solicitação de suas participações e esclarecimentos acerca da coleta de dados, bem como, a assinatura pelos mesmos e/ou Pais/Responsáveis legais do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) e entrega do Termo de Confidencialidade (Apêndice A). A coleta dos dados foi realizada pessoalmente pelo pesquisador.

3.3 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Neste estudo aplicou-se o Questionário de Auto-Relato (*Self Report Questionnaire - SRQ*) (Anexo A), que é um tipo de teste psicológico e foi preenchido sem auxílio do pesquisador. O *Self Report Questionnaire* (SRQ) é um instrumento de auto relato, utilizado para a identificação de distúrbios psiquiátricos na população em geral em nível de atenção primária, desenvolvido por Harding et al. (1980) e adotado pela Organização Mundial de Saúde - OMS (1994) com esta finalidade. Foi validado no Brasil por Mari e Willians (1986). O questionário é composto por 20 questões elaboradas para a detecção de distúrbios neuróticos chamados atualmente transtornos psíquicos menores (TPM).

Utilizando-se o SRQ – 20, para uma pessoa ser considerada como um potencial portador de um Transtorno Psíquico ou Mental Menor deve ser utilizada a pontuação de sete (7) ou mais respostas afirmativas que valem um ponto cada, sendo este considerado o Ponto de Corte do SRQ-20. Esse escore foi obtido por meio de determinação da sensibilidade, especificidade e dos valores preditivos positivos e negativos em outras amostras. Esse ponto de corte permite a delimitação de dois grupos: sendo um formado por indivíduos com maior probabilidade de vir a desenvolver um transtorno mental comum e o outro por indivíduos com maior probabilidade de não desenvolvê-lo.

No presente estudo foi realizado o levantamento das médias anuais das três turmas pesquisadas no ano de 2014, bem como, a comparação destas médias com os resultados da pontuação atingida por cada turma, respectivamente no SRQ-20, considerando o ponto de corte adotado na aplicação deste instrumento, no caso ponto de corte maior ou igual a 7.

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A estatística está composta de uma análise descritiva dos dados que serve para caracterizar a amostra. O teste do coeficiente de correlação de *Spearman* foi utilizado para as comparações. Realizaram-se as análises estatísticas com auxílio do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS Inc., Chicago, EUA), versão 14.0, respeitando um nível de significância de 5%.

Aplicou-se o teste do Qui-quadrado de independência χ^2 , cuja aplicação é importante quando o objetivo é estudar as relações entre duas ou mais variáveis de classificação (TRIOLA, 2005).

4 RESULTADOS

Esta Tese tem sua concepção para a elaboração de um artigo e um manuscrito. No artigo e no manuscrito compõem os resultados apresentados nesse estudo com os alunos do Ensino Médio do CPUFSM, uma escola pública federal de Santa Maria, RS, Brasil.

4.1 MANUSCRITO

FATORES EMOCIONAIS E DE SAÚDE MENTAL: AVALIAÇÃO DE ALUNOS DE UMA ESCOLA PÚBLICA FEDERAL VISANDO AÇÕES PREVENTIVAS NOS CONTEÚDOS DE EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS

EMOTIONAL AND MENTAL HEALTH FACTORS: STUDENTS' EVALUATION IN A FEDERAL PUBLIC SCHOOL AIMING AT PREVENTIVE ACTIONS IN SCIENCE EDUCATION CONTENTS

CARLOS ALBERTO M. DO NASCIMENTO¹

LUCIANE F. JACOBI²

MARCIA P. BOTEGA³

MARIA ROSA C. SCHETINGER⁴

RESUMO

O estudo objetivou detectar alterações emocionais e de saúde mental que causem sofrimento psíquico suficientes para interferir no processo de aprendizagem em estudantes do Ensino Médio. Participaram do estudo alunos dos três anos de uma escola pública federal de Santa Maria-RS-Brasil. Dos 115 alunos, 94 responderam o *Self Report Questionnaire-SRQ-20*, instrumento da OMS utilizado mundialmente em nível de atenção primária para identificar Transtornos Mentais ou Psíquicos Menores (TMM/TPM). Destes, 32,98% atingiram escore suficiente de sofrimento psíquico. Propõem-se estimular o conhecimento em saúde mental e capacitação contínua dos educadores através de Módulos Educativos de Promoção, Prevenção e Aprendizagem Socioemocional contextualizados nos conteúdos do ensino de ciências, bem como, o nível de informação dos alunos sobre o tema. É a escola, o espaço-território estrategicamente privilegiado para essas ações, onde crianças e adolescentes passam a maior parte do tempo, oportunizando a aquisição de saberes e o empoderamento de competências promotoras de saúde mental.

Palavras-chave: Adolescentes. Saúde mental na escola. Educação em ciências. Ações preventivas.

ABSTRACT

The study had the objective of detecting emotional and mental health changes which provoke psychic distress enough to interfere with the learning process in high school pupils. The students from the three school years of a federal public school of Santa Maria-RS-Brazil took place in this study. From the 115 students, 94 answered the Self Report Questionnaire-SRQ-20, a WHO tool used worldwide in level of primary care in order to identify Mental or Psychic Minor Disorders (MMD/PMD). Of these, 32.98 % achieved sufficient scores in psychological suffering. One proposes to stimulate educators' mental health knowledge and ongoing enablement through Educational Modules of Promotion, Prevention, and Social-Emotional Learning that are contextualized in science teaching content, as well as students' information level on the theme. Strategically privileged school for these actions, being the space, territory where children and adolescents spend most of their time, gives them opportunities to acquire knowledge and empowerment of skills that promote mental health.

Keywords: Teenagers. Mental health. Science education. Preventive actions.

¹ Doutorando. Universidade Federal de Santa Maria. canascimento@ufsm.br.

² Doutora. Universidade Federal de Santa Maria. lucianefj8@gmail.com.

³ Doutoranda. Universidade Federal de Santa Maria. marcipb@hotmail.com.

⁴ Doutora. Universidade Federal de Santa Maria. rmariaschetinger@gmail.com.

INTRODUÇÃO

Considerando a educação em ciências como o campo do saber e do conhecimento apropriado para o trânsito e a interação de Temas Transversais como a saúde, em especial a saúde mental e de como está inserida no ambiente escolar (ROEHRS et al., 2010), nos propomos a investigar a presença de alterações emocionais e de saúde mental que possam predispor os adolescentes do Ensino Médio de uma escola pública federal a algum nível de sofrimento psíquico que possa interferir no processo de aprendizagem, bem como, propor ações preventivas nos conteúdos de educação em ciências.

A Saúde Mental é um estado de bem estar no qual o indivíduo, a criança, o adolescente ou o adulto encontra-se apto a exercer suas habilidades, superar as adversidades da vida, conseguindo estudar e/ou trabalhar de forma produtiva e colaborativa com a comunidade em que estejam inseridos (ARRUDA et al., 2010). Nesse sentido o conceito central de Saúde Mental é o bem estar e o funcionamento integral de um indivíduo e, conseqüentemente, da sua comunidade. Portanto, estamos falando de mais do que apenas um estado de ausência de sofrimento psíquico, emocional ou mesmo de doença mental (SILVA, 2010).

Por diversas razões é difícil definir a adolescência em termos precisos. Em primeiro lugar, é amplamente reconhecido que cada indivíduo vivencia esse período de modo diferente, dependendo de sua maturidade física, emocional e cognitiva, assim como de outras contingências. O início da puberdade, que pode ser considerada uma linha de demarcação clara entre infância e adolescência não resolve a dificuldade de definição (UNICEF, 2011).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é um período da vida que vai dos 10 aos 19 anos de idade, critério este usado principalmente para fins estatísticos e políticos, onde acontecem diversas mudanças físicas, psicológicas e comportamentais (EISENSTEIN, 2005). A adolescência consiste numa etapa do desenvolvimento em que as transformações são profundas e assistimos a um período de marcado crescimento, não só físico, mas também cognitivo, psicológico, afetivo e relacional.

Segundo o Relatório sobre a Saúde no Mundo: Saúde Mental, estruturado pela Organização Mundial da Saúde – OMS (2001), “devem ser lançadas em todos os países campanhas de educação e sensibilização do público sobre a saúde mental. Campanhas bem planejadas de sensibilização e educação podem reduzir a estigmatização e a discriminação, promovendo a saúde mental e a saúde física da população” (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2001).

Esta etapa será bem sucedida quando a adolescência se torna um período de superação de etapas com sucessos e elaboração de frustrações e limites, resultando na consolidação de uma identidade estável e saudável, integrado ao seu contexto psicossocial e sociocultural, tornando-se o jovem um adulto com um sistema de conceitos e valores bem definidos. O sucesso desta etapa depende da resolução das tarefas da adolescência e essa é indissociável dos contextos familiar, social e educacional. Estas tarefas são: a identificação e criação de relações com os pares, a alteração da relação com os pais e ganho de autonomia e a construção de uma identidade sexual, sendo que essas tarefas dizem respeito não apenas à relação do adolescente consigo próprio, mas também com os pais e os pares (amigos, colegas, professores, etc.) (ARRUDA, 2010).

Neste sentido é imprescindível destacarmos o modelo da Teoria Psicossocial do Desenvolvimento da personalidade criada por Erik Homburger Erikson (1902-1994),

que mesmo sem negar os fundamentos da teoria Freudiana sobre o desenvolvimento psicossocial e dos modelos de Melanie Klein, Margareth Mahler, Winnicott, Piaget, Sullivan e outros, Erikson também optou por distribuir o desenvolvimento humano em fases, porém como estágios psicossociais do ciclo vital onde descreve algumas crises pelas quais o indivíduo passa ao longo deste ciclo. Essas crises seriam estruturadas de forma que ao sair delas o sujeito sairia mais fortalecido ou mais fragilizado de acordo com a suas vivências e a resolução do conflito básico de cada fase, sendo que a resolução desta crise influenciaria diretamente o próximo estágio e as crises subsequentes, de maneira que o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo estariam completamente imbricados com seu contexto psicossocial, histórico e cultural, palco dessas crises.

O modelo de Erikson (2007) propõe oito fases/crises ao longo do ciclo vital no qual segundo ele construímos um plano de vida, um curso, um roteiro que parece ser muito determinado pela infância e as crises, com marcos como a construção da confiança básica e da capacidade de iniciativa na formação da identidade na adolescência e início da idade adulta. Este referencial nos permite estimar os enormes desafios que se colocam ao longo do desenvolvimento do indivíduo desde o seu nascimento e da importância das vivências e interações particularmente no seu processo de formação e educação.

Uma personalidade saudável domina ativamente seu meio, demonstra possuir uma certa unidade de personalidade [...]. De fato, podemos dizer que a infância se define pela ausência inicial desses critérios e de seu desenvolvimento gradual em passos complexos de crescente diferenciação. Como é, pois, que uma personalidade vital cresce ou, por assim dizer, advém das fases sucessivas da crescente capacidade de adaptação às necessidades da vida – com algumas sobras de entusiasmo vital? (ERIKSON, 1987, p. 91).

A adolescência, a escola e a saúde mental

Estimativas da Organização Mundial das Nações Unidas (ONU, 2012) referem que as crianças e os adolescentes representem respectivamente cerca de 30% e 14,2% da população mundial, essas populações são suscetíveis à prevalência média global de transtornos mentais de 15,8% e estas taxas tendem a aumentar com a idade. No Brasil há alguns estudos que apontam para taxas de 7 a 12,7% (PAULA, DUARTE, BORDIN, 2007).

Ainda conforme dados da OMS os transtornos mentais na infância e adolescência concentram-se em duas categorias, transtornos do desenvolvimento psicológico mais no início da primeira ou segunda infância e os transtornos de comportamento e emocionais com início mais precoce nos primeiros cinco anos de vida (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2001).

Pensar a saúde dos adolescentes implica pensar nos diversos modos de viver a adolescência e de viver a vida. Implica em um movimento de repensar as práticas de saúde e de educação em saúde que se voltam para esta parcela significativa da sociedade. Nesta fase os adolescentes encontram-se na maior parte do dia no ambiente escolar, o que torna este espaço um importante campo para a detecção e abordagem de comportamentos de risco para a saúde (AZAMBUJA et al., 2014).

Estima-se que milhões de crianças e adolescentes apresentam sintomas psicológicos relacionados a problemas de aprendizagem, de conduta, de depressão; transtornos do desenvolvimento, do apego, de ansiedade; transtornos alimentares; abuso de substâncias, entre outros que não são identificados e não recebem atenção adequada

(BASSOLS, 2003). No Brasil foi realizado um estudo pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) de agosto de 2008 com abrangência nacional em 142 municípios em todas as regiões do país onde foram aplicadas 2.002 entrevistas com mães que procuraram algum tipo de atendimento na área de saúde mental para os seus filhos. O estudo revelou que cerca de 12,6% dos brasileiros entre 6 e 17 anos apresentam sintomas de transtornos mentais importantes, como transtornos depressivos, de ansiedade, déficit de atenção e/ou hiperatividade, transtornos alimentares, problemas significativos com álcool e outras drogas psicoativas, problemas de conduta e mesmo psicoses graves (BASSOLS, 2003).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS-2001) estimam que o suicídio é a terceira causa de morte entre os adolescentes, estando associado também ao surgimento de manifestações de Depressão Maior, com efeitos ao longo da vida adulta.

Neste contexto não podemos nos esquivar de abordar mesmo que brevemente o tema do suicídio entre pré-adolescentes e adolescentes em idade escolar, um tema extremamente preocupante que gera enorme impacto emocional, familiar e social sujeito a mitos e tabus, principalmente pela mídia e as autoridades pelo temor do que se passou a denominar *Efeito Werther* (ondas de suicídios por imitação ou indução), a partir da publicação em 1774 do livro *Os Sofrimentos do Jovem Werther*, no qual o escritor alemão Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832), então com 25 anos (GOETHE, 2001). No romance de Goethe o protagonista se mata após um fracasso amoroso, o que surtiu um efeito desastroso gerando muitos suicídios juvenis em toda a Europa no século XVIII.

O tema do suicídio no Brasil carece profundamente de informação com abordagem científica e educacional em nosso meio, sendo que mesmo as estatísticas científicas e oficiais estão sujeitas a um viés que distorce a realidade, a subnotificação dos casos nos registros oficiais, seja por omissão, tabu ou outros fatores, além do não esclarecimento das situações de para-suicídios que são aquelas relacionadas aos acidentes e condutas de extremo risco e potencialmente letais, mas nas quais não há a expressão manifesta ou presumida do desejo de tirar a própria vida.

Citando apenas um dado do Mapa da Violência 2014 - Jovens do Brasil - Waiselfisz (2014) num levantamento entre 1980 a 2012 permite inferir o que se denominou “novos padrões da mortalidade juvenil”, as mortes por suicídio entre os jovens e adolescentes no Brasil já são a terceira causa de mortalidade por causas externas entre os jovens atrás apenas das mortes por homicídios e acidentes de transportes.

Outras manifestações são as condutas antissociais, delinquência e uso de drogas que podem estar associadas às manifestações de agressividade e distúrbio do comportamento na infância. Nos últimos anos também têm sido mais frequentes os quadros de transtornos alimentares e ansiedade em adolescentes. Hoje em dia tornou-se frequente entre adolescentes em fase escolar a agressão moral, verbal, sexual, virtual e até corporal entre alunos. O termo usado para esta prática é chamado de *Bullying*. O *Bullying* tem motivado muitos educadores e pesquisadores a estudar as causas que motivam a banalização humana e a perda coletiva de alguns valores sociais e do significado da palavra respeito no relacionamento entre colegas (BASSOLS, 2003).

E mais recentemente temos convivido com uma ampliação deste fenômeno o *cyberbullying* e que especialmente entre os pré-adolescentes e adolescentes em idade escolar tem atingindo proporções e repercussões cada vez mais preocupantes. Considera-se *cyberbullying* quando um ou mais indivíduos utilizam os meios eletrônicos com a intenção de gerar exposição, constrangimento, agredir, infligir injúria ou desconforto, humilhar, causar medo ou sensação de insegurança, desespero no indivíduo

que é alvo das agressões. Essas ações podem ser feitas via e-mails, salas de bate-papo, telefones celulares, mensagens instantâneas, cabines de votação online. Há evidências científicas que indicam que 20 a 40% dos adolescentes terão pelo menos uma experiência com *cyberbullying* e em ritmo crescente conforme as evidências (BOTTINO, 2015).

Geração Z é a denominação sociológica dada às pessoas nascidas na década de 1990 até os anos de 2010, também chamadas de nativos digitais. Essa geração se caracteriza pela multiplicidade de tarefas: são capazes de estudar enquanto ouvem música, ou assistem à televisão, acessam redes sociais, falam ao celular, buscam informações na internet, mandam mensagens instantâneas, entre outras atividades como, por exemplo, alimentar-se de forma simultânea IBOPE (2014).

Nestes aspectos cabe uma referência obrigatória aos conceitos e idéias de Zygmunt Bauman, sociólogo polonês que em seu livro “Amor Líquido” (2004), no qual o autor expõe sua análise de maneira mais simples e próxima do cotidiano, analisando as relações amorosas e algumas particularidades da “modernidade líquida”. Vivemos tempos líquidos, nada é feito para durar, tampouco sólido. Os relacionamentos escorrem das nossas mãos por entre os dedos feito água.

Segundo Bauman (2004) na sociedade que antecedeu a pós-modernidade os indivíduos se desenvolviam a partir da comunidade, a qual precede aos indivíduos nos permitir desenvolver um senso de pertencimento por laços afetivos parentais de afinidades e parentesco, confiáveis e inquebráveis permitindo a formação da identidade dos indivíduos a partir de vínculos que permitam o desenvolvimento da confiança básica se, porém numa sociedade com tanta “descartabilidade” até as afinidades se tornam raras e confusas. Paradoxalmente, a sociedade pós-moderna modificou significativamente esse paradigma agora centrado no indivíduo, fragmentada e nas relações em redes que se caracterizam basicamente por duas possibilidades imediatas: conectar-se e desconectar-se de forma seriada e automática.

Pensando a escola como uma extensão e expressão desta realidade cabe uma referência a Holzer: Sobre Territórios e Lugaridades (2013). “Somos seres-em-situação, o que significa que construímos e desvelamos o mundo, a partir de nossa individualidade de ser. Lugares, por sua vez, só existem porque os seres humanos compartilham suas experiências. A geograficidade que expressa a materialidade do espaço geográfico é compartilhada em nossas vivências cotidianas com a lugaridade que expressa exatamente essa relação dialógica dos seres em movimento com lugares e caminhos”.

Bauman (2014, p.65) enfatiza que:

Para ser feliz há dois valores essenciais que são absolutamente indispensáveis [...] um é segurança e o outro é liberdade. Você não consegue ser feliz e ter uma vida digna na ausência de um deles. Segurança sem liberdade é escravidão. Liberdade sem segurança é um completo caos. Você precisa dos dois. [...] Cada vez que você tem mais segurança, você entrega um pouco da sua liberdade. Cada vez que você tem mais liberdade, você entrega parte da segurança. Então, você ganha algo e você perde algo.

A comunicação eletrônica para a maioria dos adolescentes faz parte do comportamento pró-social que visa desenvolver e manter redes de amizade e relacionamentos afetivos, através dessas relações eles ensaiam e aprendem a se apresentar aos outros e ajustam sua autoapresentação de acordo com as reações dos outros. De acordo com o senso de intimidade que estabelecem nestes relacionamentos permite a autoapresentação e autorevelação com as consequentes adaptações e

desadaptações, e através do feedback que recebem podem ensaiar e validar suas identidades sociais (VALKENBURG, 2011). Neste sentido vários estudos sugerem que cada vez mais a autoapresentação e a autorevelação acontecem através da Internet em detrimento da comunicação face a face (DAVIS, 2010; SCHMITT et al., 2008).

O processo de educação de um adolescente não é fácil porque é constituído por um emaranhado de experiências emocionais complexas que visam preparar alguém para se respeitar e para respeitar aqueles com quem eles convivem. Família e escola passam a caminhar juntas, constituindo os núcleos sociais básicos de experiências significativas que posteriormente podem estar favorecendo ou desfavorecendo a construção de seres humanos cidadãos (CURY, 2003; BENETTI et al., 2007).

A escola não é importante apenas pelo conteúdo pedagógico que transmite; ela exerce vários outros efeitos sobre o aluno. Diversos aprendizados que não estão escritos no currículo formal são experimentados pelo adolescente em sua vida escolar. A vivência escolar é uma grande experiência de socialização, de convívio com as diferenças de todos os tipos e em todos os níveis. E onde, muitas vezes, o adolescente busca formar o seu "grupo de iguais" (WILLIAMS, 2009).

A experiência escolar tem uma repercussão marcante na consolidação da autoestima, seja contribuindo para o seu fortalecimento ou prejudicando-a. Na escola o adolescente tem a oportunidade de conviver com outros adultos além de seus pais e de identificar outros modelos de referência, tanto no sentido positivo quanto no negativo (LEVITT, 2007).

A escola representa o microcosmo da sociedade, no qual o adolescente se prepara para lidar com situações com que se defrontara "no mundo lá fora". Na escola o aluno também desenvolve (ou não) várias capacidades, tais como ouvir, negociar, ceder, participar, cooperar, perseverar e desenvolver autodisciplina e responsabilidade (SILVA, 2010; FERREIRA, 2002).

Essas capacidades são fundamentais para o êxito do ser humano. Êxito não pode ser entendido apenas como sucesso nos campos profissional e financeiro, mas sim, em todas as esferas da vida, principalmente no que diz respeito à Saúde Mental (FORD, 2003; ROBERTS, 2007).

Educação em saúde mental e os temas transversais

A educação brasileira continua sofrendo consequências dos movimentos de globalização que no decorrer das últimas décadas vem gerando profundas e complexas transformações, desde a estrutura organizacional das Instituições de Ensino e de seus objetivos de educação até a atuação dos professores (MATOS, SARDINHA, 1999).

Uma destas transformações diz respeito à inserção nos currículos escolares de importantes temas que emergiram dos problemas sociais vividos pela sociedade moderna. Tais conteúdos fazem parte dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) para o Ensino Médio e foram denominados Temas Transversais e tratam de assuntos relevantes, como a Ética, a Pluralidade Cultural, a Orientação Sexual, o Trabalho e Consumo, o Meio Ambiente e a Saúde (BRASIL, 1997).

No Brasil (1996), a partir da Lei de Diretrizes e Bases na educação Nacional (nº 9.394) e da elaboração dos Parâmetros Curriculares Nacionais, o tema saúde foi ganhando espaço nas escolas, passando a ser integrado como um Tema Transversal, permitindo uma abordagem mais ampla dos diversos aspectos vinculados ao processo de saúde individual e coletiva. Os Temas Transversais podem ser abordados em todas as disciplinares da escola e a forma de compreensão e de inserção destes temas pode acontecer de diferentes maneiras (DARIDO, 2012).

É sabido que apesar da proposta dos PCN recomendar a transversalidade entre os conteúdos, muitos professores que atuam nas escolas não tiveram em suas formações universitárias os conteúdos dos Temas Transversais. Além disso, “há a questão da tradição que acompanha cada área, o que dificulta a incorporação de outras maneiras para se trabalhar com os conteúdos (DARIDO et al., 2001).

Uma das vias mais promissoras para promover a adoção de comportamentos saudáveis e a modificação de condutas prejudiciais à saúde e de forma sustentada é a Educação para a Saúde (EpS) (GOMES, 2009). O acesso à informação e compreensão de conteúdos da saúde mental para crianças, adolescentes e professores no ambiente escolar permite compreender e usar a informação nos cuidados da própria saúde, estimulando competências cognitivas, sociais em promoção e prevenção da saúde mental. Neste sentido a perspectiva como dimensão fundamental reforça a importância da sensibilização da comunidade escolar da inclusão de conteúdos em educação em saúde mental no ensino de jovens e adolescentes (LOUREIRO, 2012).

A saúde e a qualidade de vida são consideradas necessidades básicas e vitais da sociedade que o contexto educacional, auxiliado pelos conteúdos transversais, tem a condição de propor como metas educativas em consonância com o conjunto de aprendizagem básica a ser desenvolvida pela escola. Diante disso e tendo como um dos objetivos da educação escolar formar cidadãos conhecedores de seus direitos e deveres, a educação em saúde torna-se essencial para o processo de responsabilidade e autonomia em relação à saúde (LEONELLO, L'ABBATE, 2006).

A literatura em saúde mental sugere que o sistema escolar é um espaço estratégico e privilegiado na implementação de políticas de saúde pública para jovens, destacando como núcleo principal de promoção e prevenção de saúde mental para crianças e adolescentes, intervindo no desenvolvimento de fatores de proteção e redução de riscos relacionados à saúde mental (ESTANISLAU, BRESSAN, 2014). Portanto, promover a educação em saúde mental significa promover seus cidadãos, sobretudo, crianças e jovens garantindo seus direitos fundamentais, gerando pessoas felizes que promovam o bem estar coletivo de alguma forma por mais simples que seja a sua parte, mas que tenham a visão de estarem ajudando a fazer um mundo melhor.

Como exemplos de abordagem em saúde mental voltada ao aluno, os autores citam o Guia Curricular de Saúde Mental na Escola (*Teen Mental Health*), desenvolvido no Canadá e que incorpora a “alfabetização” em saúde mental ao currículo existente, as evidências científicas do projeto demonstraram-se efetivas pra que educadores e estudantes assimilem conhecimento e apresentem mudanças de atitude em relação à saúde mental (ESTANISLAU, BRESSAN, 2014), programa esse que está disponível e pode ser adaptado para aplicação em qualquer ambiente escolar.

Nos Estados Unidos o PATHS – *Promoting Alternative Thinking Strategies* (Promovendo estratégias de Pensamento Alternativas) (www.pathstraining.com/main/), implementou um currículo específico que promove o conhecimento sobre as emoções, a formação de relacionamentos positivos e as habilidades de resolução de problemas. As pesquisas tem demonstrado que o programa estimula a cognição (capacidade de planejamento, memória de trabalho, controle de impulsos etc.) de forma duradoura (ESTANISLAU, BRESSAN, 2014).

No Brasil podemos citar projetos semelhantes como: Comunidade Aprender Criança (www.aprendercrianca.com.br), vinculado ao Instituto Glia, Universidade de Ribeirão Preto – SP, criado em 2006, que desenvolveram o Projeto Atenção Brasil: Educando com ajuda das Neurociências: Cartilha do Educador. Outra iniciativa brasileira, o Projeto Cuca Legal (www.projetcucalegal.org.br) vinculado à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), que a partir de pesquisas desenvolve

estratégias educativas de promoção e prevenção em saúde mental na escola, com abordagem particularmente direcionada para o suporte e o empoderamento de educadores e demais profissionais vinculados ao contexto escolar (ESTANISLAU, BRESSAN, 2014).

Neste sentido, após a revisão da literatura sobre o tema proposto neste estudo e refletindo a Educação em Ciências como um campo prioritário para o desenvolvimento de Temas Transversais como a Saúde e mais especificamente aqui a Saúde Mental nos propomos a investigar se as alterações emocionais e da saúde mental em alunos do Ensino Médio são uma realidade no nosso contexto escolar.

MATERIAIS E MÉTODOS

População e amostra

Constitui-se a população desta pesquisa alunos dos 1º, 2º e 3º anos do Colégio Politécnico da Universidade Federal de Santa Maria (CPUFSM), um colégio público federal de Ensino Médio, cujo acesso se dá por um processo seletivo público regulado por edital. A amostra foi composta por alunos voluntários, totalizando 94 participantes, alunos dos três anos do Ensino Médio.

Crítérios éticos

A coleta dos dados realizou-se após contato com a Direção do Colégio Politécnico – UFSM e com a autorização dessa para a realização do estudo em suas dependências. Após esta aprovação e, de acordo com a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto/estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM.

Após aprovação do CEP realizou-se o contato com os sujeitos da pesquisa para a informação dos objetivos do estudo, solicitação de suas participações e esclarecimentos acerca da coleta de dados, bem como, a assinatura pelos mesmos e/ou Pais/Responsáveis legais de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) e entrega de um Termo de Confidencialidade (Apêndice A). A coleta dos dados foi realizada pessoalmente pelo pesquisador.

Instrumento para coleta de dados

Neste estudo aplicou-se o Questionário de Auto Relato (*Self Report Questionnaire* - SRQ), que é um tipo de teste psicológico e foi preenchido sem auxílio do pesquisador. O *Self Report Questionnaire* (SRQ), Questionário de Auto Relato é um questionário de identificação de distúrbios psiquiátricos em nível de atenção primária, desenvolvido por Harding et al. (1980) e adotado pela Organização Mundial de Saúde - OMS (1994) e validado no Brasil por Mari e Willians (1986). O questionário é composto por 20 questões elaboradas para a detecção de distúrbios neuróticos, chamados atualmente Transtornos Psíquicos Menores (TPM).

Os Transtornos Psíquicos Menores ou Transtornos Mentais Menores (TPM/TMM) são considerados aqueles que mesmo que não preencham os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition*) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão), apresentam sintomas

proeminentes que trazem um prejuízo funcional e/ou intelectual comparável ou até pior do que quadros crônicos já bem estabelecidos (MARI, 1986).

Foi a partir de pesquisas epidemiológicas desenvolvidas fora dos ambientes de internação e pelo desenvolvimento da epidemiologia psiquiátrica é que foi possível conhecer melhor a morbidade, em que cerca de 90% das manifestações psiquiátricas compõem-se de distúrbios não psicóticos, principalmente depressão e ansiedade, incluindo sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, dificuldade de memória e de concentração e queixas somáticas (MELLO, 2007).

No Brasil ainda não é muito expressivo o número de investigações epidemiológicas de base populacional, especialmente na área de saúde mental. Para uma pessoa ser considerada como possível caso deve ser utilizada a pontuação de sete (7) ou mais respostas afirmativas, que valem um ponto cada, sendo este considerado o Ponto de Corte do SRQ-20. Este escore foi obtido por meio de determinação da sensibilidade, especificidade e dos valores preditivos positivos e negativos em outras amostras. Este ponto de corte permite a obtenção de dois grupos formados, sendo um formado por indivíduos com maior probabilidade de ter um transtorno mental comum e outro, por indivíduos com maior probabilidade de não tê-los.

Análise estatística

A estatística está composta de uma análise descritiva dos dados que serve para caracterizar a amostra. O teste do coeficiente de correlação de *Spearman* foi utilizado para as comparações. Realizaram-se as análises estatísticas com auxílio do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS Inc., Chicago, EUA), versão 14.0, respeitando um nível de significância de 5%.

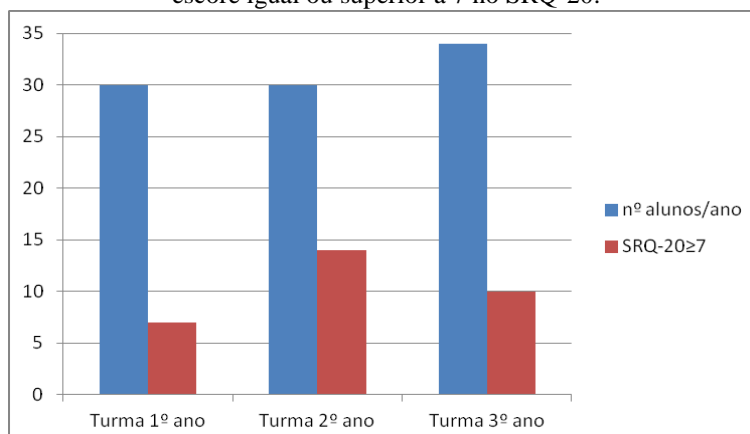
Aplicou-se o teste do Qui-quadrado de independência χ^2 , cuja aplicação é importante quando o objetivo é estudar as relações entre duas ou mais variáveis de classificação (TRIOLA, 2005).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 115 alunos dos três anos do Ensino Médio do Colégio Politécnico da Universidade Federal de Santa Maria (CPUFSM), 94 aceitaram participar da pesquisa e responderam ao instrumento SRQ-20 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS, 1994). Após a tabulação dos dados identificamos 42 do sexo feminino e 52 do sexo masculino com idades variando entre 12 e 19 anos e todos solteiros. Sendo que num total de 30 alunos do 1º ano 7 alunos pontuaram um escore acima de 7; no 2º ano de um total de 30 que responderam ao instrumento 14 pontuaram um escore acima de 7; e do 3º ano de um total de 34 alunos que responderam ao instrumento 10 pontuaram um escore acima de 7, totalizando um número de 31 alunos do total de 94 da amostra com escore acima do Ponto de Corte estabelecido para o SRQ-20 (Gráfico 1).

Considerando-se o Ponto de Corte estipulado como parâmetro para aplicação do SRQ-20, podemos deduzir que aproximadamente 23,33% dos alunos do 1º ano, 46,66% dos alunos do 2º ano e 29,41% dos alunos do 3º ano, o que equivale a um percentual médio de 32,98% da amostra total de 94 alunos. Sendo assim, observa-se que 32,98% apresentam algum nível de sofrimento psíquico e emocional que podem ser considerados como portadores de um tipo de Transtornos Psíquicos Menores ou Transtornos Mentais Menores (TPM/TMM).

Gráfico 1 – Número total de alunos por ano do Ensino Médio Colégio Politécnico da Universidade Federal de Santa Maria (CPUFSM) que responderam ao SRQ-20 e número de alunos que atingiram escore igual ou superior a 7 no SRQ-20.



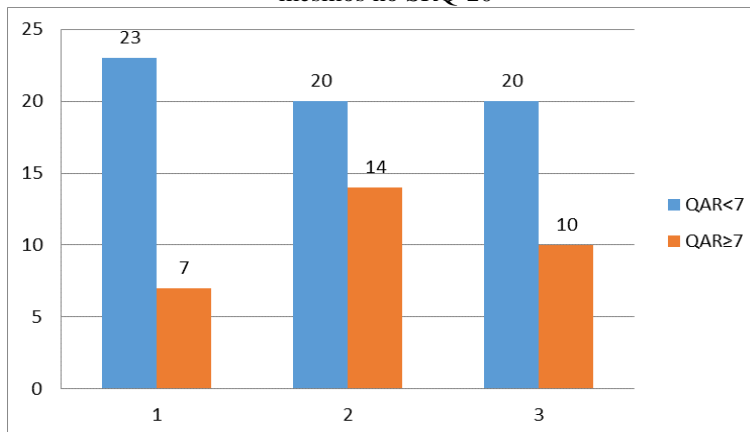
Fonte: Construção do autor

Considerando-se os parâmetros utilizados na atenção básica em saúde onde com o uso deste tipo de instrumento de pesquisa (SRQ-20) para identificação de grupos de pessoas portadoras de algum tipo de sofrimento emocional e/ou psíquico que esteja interferindo na sua qualidade de vida e saúde mental de forma a gerar prejuízo para o seu funcionamento cognitivo, aprendizagem e desempenho numa fase do ciclo vital tão importante e decisiva do seu desenvolvimento psicossocial, intelectual e formação acadêmica com risco potencial de atrapalhar e/ou comprometer de forma significativa o seu desenvolvimento pessoal como um todo.

Estes resultados relacionam-se de forma consistente com discussões de estudos anteriores que revelam que crianças e adolescentes que sofrem com transtornos mentais são incapazes de utilizar apropriadamente os recursos para identificação e tratamento (CARVALHO et al., 2011), conseqüentemente, ficam mais expostos ao risco de abuso de álcool e outras drogas, baixo desempenho escolar, atividades violentas e criminosas, idealização e pensamento suicida.

Foi realizado o teste do Qui-quadrado χ^2 (Gráfico 2), o qual não foi significativo ($p = 0,3169$), ou seja, não houve relação entre a série do Ensino Médio cursada pelos alunos e a pontuação atingida pelos mesmos no SRQ-20 (TRIOLA, 2005).

Gráfico 2 – Relação entre a série do Ensino Médio cursada pelos alunos e a pontuação atingida pelos mesmos no SRQ-20



Fonte - Construção do autor

Segundo Estanislau e Bressan (2014) jovens afetados por transtornos mentais apresentam com mais frequência rendimento inferior, evasão escolar, a demanda de alunos com algum tipo de problema emocional vem preocupando educadores. Nesse contexto, a falta de informações confiáveis e de orientação especializada vem causando insegurança, que é um fator relevante para a distorção do olhar do professor que passa a considerar como transtorno mental o que não é, e vice-versa.

Neste sentido os autores referem que estudos epidemiológicos brasileiros alertam que 10 a 20% das crianças e adolescentes apresentam algum nível de sofrimento psíquico e mental e que entre jovens de 7 e 14 anos que vivem na região sudeste do Brasil 1 em cada 8 dos matriculados na escola tem algum tipo de dificuldade que justifica a necessidade de atenção por profissionais de saúde mental (PAULA, DUARTE, BORDIN, 2007; MORAES, 2008).

Sabe-se que o impacto dos transtornos psiquiátricos na vida do indivíduo é o mais prejudicial entre todos os problemas de saúde na população entre 10 aos 24 anos, principalmente em crianças e adolescentes em fase escolar, que pode ser aferido pelo índice de Incapacidade por Doença (*Global Burden of Disease* – OMS). Particularmente no Brasil a situação é alarmante devido à proporção continental do país e às diversidades socioculturais.

Em recente estudo de Thiengo, Cavalcante e Lovisi (2014) de revisão sistemática das bases eletrônicas de dados nos últimos 13 anos da literatura sobre a prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes (incluído o período após a divulgação do relatório da WHO, 2001) num universo de 7.040 artigos que após rigoroso critério de inclusão foram avaliados quantitativamente. Os autores constataram que de acordo com os estudos os transtornos mais frequentes entre crianças e adolescentes foram depressões, transtornos de ansiedade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDHA), transtornos por uso de substâncias e transtornos de conduta, com prevalências variáveis entre os estudos de acordo com cada tipo de transtorno.

Em nosso meio o mais abrangente e revelador estudo, o Projeto Atenção Brasil realizado pelo Instituto Glia e Comunidade Aprender Criança de Ribeirão Preto Arruda et al. (2010), coordenado pelo Dr. Marco Antônio Arruda e desenvolvido em parceria com a Universidade de São Paulo (USP), da Universidade de Medicina de São José do Rio Preto, USP), do Instituto de La Sapienza de Roma (ITA) e do Albert Einstein *College of Medicine* (EUA). O estudo avaliou através de questionários e protocolos de pesquisa com pais e professores de 5.961 crianças e adolescentes predominantemente de escolas públicas das cinco regiões do Brasil, incluindo 16 estados e 81 cidades brasileiras de pequeno, médio e grande porte, sendo 11 capitais.

Na pesquisa foram avaliados aspectos demográficos, de desenvolvimento, gestacionais, hábitos e outros e também realizada a aplicação do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ, *Strengths and Difficulties Questionnaire*) (GOODMAN, 1999), mundialmente utilizado e validado no Brasil. É um instrumento de triagem em Saúde Mental infantil com idades entre 4 e 16 anos que permite estimar índices total de dificuldades emocionais, problemas de comportamento e interação com colegas, empatia, e o eventual impacto dessas dificuldades na vida da criança ou adolescente e sua família. O levantamento e a análise dos dados coletados demonstraram que entre 10 a 15% das crianças e adolescentes avaliados através dos questionários respondidos pelos pais e professores, apresentavam chances de sofrer algum tipo de problema que afete a sua saúde mental. Os percentuais variaram dentro dessa faixa de acordo com a região do país e a média nacional ficou em 12,7% (ARRUDA et al., 2010).

Diante deste panorama percebe-se que a informação e o conhecimento sobre saúde mental na comunidade escolar são relevantes, possibilitando identificar sinais que demandem encaminhamentos para avaliação de uma equipe em saúde mental, contribuindo para uma intervenção precoce. Conforme Puura et al. (1998), o professor estaria em posição ideal para observar sinais de irritabilidade, isolamento social e queda no rendimento escolar. A capacitação da comunidade escolar (professores/alunos) é um fator de proteção que reforçam a ação a favor do desenvolvimento da saúde mental, a aquisição e aplicação do conhecimento, atitudes e competências necessárias para compreender e gerir emoções, estabelecer e manter relações saudáveis.

Sendo assim, a partir dos dados da pesquisa, da análise dos mesmos e da revisão da bibliografia sobre o tema proposto, planejamos a elaboração de Módulos Educativos em EAD - Educação a Distância através dos recursos do ambiente virtual de aprendizagem, Plataforma Moodle (*Modular Object Oriented Dynamic Learning Environment*), ofertado aos professores do Ensino Médio, direcionado à educação em ciências, focados em Capacitação, Promoção, Prevenção e Aprendizagem Socioemocional (*Social and Emotional Learning – SEL*).

Segundo Estanislau e Bressan (2014, p. 49) “compreendida como um processo de aquisição e reforço de habilidades socioemocionais (HSEs), ou seja, habilidades que auxiliam a pessoa a lidar consigo mesma, a relacionar-se com os outros e a executar tarefas (estudar, trabalhar, etc.) de maneira competente e ética”.

Enfatizamos que nesta proposta os tópicos sugeridos, as atividades dinâmicas e práticas baseadas no modelo biopsicossocial, sem qualquer objetivo de Medicalização do problema (o termo medicalização refere-se ao processo de transformar questões não-médicas, eminentemente de origem social e política em questões médicas, isto é, tentar encontrar no campo médico as causas e soluções para problemas dessa natureza. Ocorre seguindo uma concepção de ciência médica que discute o processo saúde-doença como centrado no indivíduo, privilegiando a abordagem biológica, organicista (COLLARES e MOYSÉS, 1994).

Estes tópicos contextualizados e inseridos nos conteúdos do ensino de ciências visando tanto subsidiar e ampliar a capacitação dos professores, o nível de informação e habilidades dos alunos no sentido de esclarecer dúvidas, socializar vivências, dificuldades e conflitos inerentes à fase do desenvolvimento dos alunos no Ensino Médio, bem como, das peculiaridades do contexto do ambiente escolar que são inerentes e comuns a todos. Neste sentido estas ações priorizariam promover a educação em saúde mental a partir de uma orientação humanística, estimulando um ambiente escolar receptivo e acolhedor, promovendo relações interpessoais escolares saudáveis, confiáveis e potencialmente criativas entre alunos professores e profissionais da comunidade escolar.

Numa dimensão mais ampla e do modelo biopsicossocial essas ações propostas buscam oportunizar o empoderamento (*empowerment*) (FREIRE, SHOR, 1986). Nesse sentido implica conquista da liberdade, avanço e superação do estado de subordinação (dependência econômica, física, psicológica etc.) por parte daquele que se empodera (sujeito ativo do processo), e não uma simples doação ou transferência por benevolência. Esse processo é realizado pela própria pessoa, por si mesma as mudanças e ações que a levam a evoluir e se fortalecer (ROSO, ROMANINI, 2014), como sujeitos envolvidos no processo recíproco do ensino e da educação em ciências, no âmbito da saúde mental e sua inserção como tema transversal nos conteúdos estabelecidos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs). Empoderamento este, como fenômeno e processo recíproco de crescimento através da informação, conhecimento e aquisição de habilidades, competências e autonomia.

A elaboração dos tópicos abordados no Módulo Educativo seria orientada tomando como base as questões do *Self Report Questionnaire* (SRQ). O conteúdo do módulo foi desenvolvido através de consulta a materiais de prevenção em saúde mental, educação para a saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) “como todas e quaisquer combinações de experiências de aprendizagem concebidas para ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento do seu conhecimento ou influenciando as suas atitudes (WHO, 2013)”.

Enfatizamos também a relevância do tema educação em saúde mental inserido nos temas transversais focado num contexto interdisciplinar, envolvendo diferentes áreas do conhecimento (e das ciências como a) começando pelo ensino de ciências, educação em saúde, pedagogia, psicologia e áreas afins e complementares.

Constatamos durante o desenvolvimento deste trabalho que existem várias iniciativas bem sucedidas em outros países e mesmo no Brasil, o que nos motivou numa perspectiva em curto prazo para a elaboração de uma Cartilha/Folder na escola com referencial teórico e links para ser utilizada pelos professores e alunos numa linguagem acessível, utilizada e aplicável no ambiente escolar. Neste sentido, não se propõem aqui uma abordagem focada na medicalização seja do tema, do ambiente e das relações interpessoais, mas prevalecendo uma orientação humanizada e acolhedora.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo revelam que 32,98% dos adolescentes, dos 94 participantes que responderam o instrumento da pesquisa, estudantes do Colégio Politécnico da Universidade Federal de Santa Maria (CPUFSM), podem ser considerados como portadores de um tipo de Transtorno Psíquico ou Mental Menor. Este dado torna-se preocupante quando se sabe das consequências que podem acarretar durante a adolescência e juventude, fases de transição significativas no contexto de vida dos indivíduos em que o corpo se encontra em processo de maturação, podendo ameaçar o desenvolvimento e bem-estar dos mesmos.

Existe a necessidade de desenvolver programas com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre saúde mental, tanto para os educadores quanto para as crianças e os adolescentes, já que são períodos privilegiados para a aquisição de modelos e referências para a incorporação de comportamentos na transição para a idade adulta. As escolas são os locais privilegiados para a implementação de programas, não só porque são os locais onde os jovens passam a maior parte do tempo e espaços privilegiados para a aquisição de saberes e competências promotoras da saúde. Ainda que a educação em saúde mental seja um assunto pouco debatido ela implica um conhecimento voltado para a ação em prol da saúde dos jovens e dos seus pares.

Neste contexto entendemos que a educação em saúde mental deve tornar-se um princípio fundamental dos programas de saúde escolar, pois além de promover a adoção de comportamentos saudáveis numa concepção humanística que agreguem conhecimentos e concepções de promoção, prevenção e aquisição do empoderamento de competências com reflexos e resultados nas vidas e no cotidiano dos estudantes e da comunidade escolar.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, M. A. et al. **Projeto Atenção Brasil: Saúde Mental e desempenho escolar em crianças e adolescentes brasileiros. Análise dos resultados e recomendações para o educador com base em evidências científicas.** Ribeirão Preto, SP: Instituto Glia, 2010.

AZAMBUJA, C. R. et al. Association between physical activity level and body image in college students. In: International workshop and exhibition about physical activity in times of major sporting events, 2014, São Paulo. **Annals**. São Paulo: ILSI Brasil/FSP USP, 2014.

BASSOLS, A. M. et al. **Saúde mental na escola** – uma abordagem multidisciplinar. Editora Mediação, v. 1, 2003. 134 p.

BAUMAN, Z. **Amor Líquido**. São Paulo: Zahar Nacional, 2004. 192 p.

BAUMAN, Z. **Fronteiras do pensamento**. Disponível em: <<http://www.fronteiras.com/entrevistas/vivemos-o-fim-do-futuro>>. Acesso em: 13 julh. 2015.

BENETTI, S. P. C. et al. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. **Caderno de saúde Pública**, Print Version, v. 23, n. 6, 2007.

BOTTINO, S. M. B. Repercussões do Cyberbullying na saúde mental dos adolescentes. **Revista debates em psiquiatria**. Ano 5. n. 2, p. 20-26. 2015.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.394 – **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**, de 20 de dezembro de 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm>. Acesso em: 3 mai. 2015.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2007/pces058_04.pdf>. Acesso em: 8 mai. 2015.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais**. Brasília: MEC/SEF, 1997, 126 p. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro01.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2015.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos - apresentação dos temas transversais**. Brasília: MEC/SEF, 1998. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/ttransversais.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2015.

CARVALHO, P. D. et al. Prevalência e fatores associados a indicadores negativos de saúde mental em adolescentes estudantes do Ensino Médio em Pernambuco, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 11, n. 3, p. 227-238 jul./set., 2011.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. A Transformação do Espaço Pedagógico em Espaço Clínico - A Patologização da Educação - **Publicação: Série Idéias** n. 23. São Paulo: FDE, p. 25-31. 1994.

CURY, C. R.; GOLFETO, J. H. **Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): a study school children in Ribeirão Preto**. Revista Brasileira de Psiquiatria. v. 25, n. 3, p. 139-45, 2003.

DARIDO, S. C. (Org.). **Cadernos de Formação: Conteúdos e Didática de Educação Física**. São Paulo: Cultura Acadêmica, v. 1, 2012, 176p.

DARIDO, S. C. et al. Educação Física, a formação do cidadão e os parâmetros curriculares nacionais. **Revista Paulista de Educação Física**, v. 15, n. 1, p. 17-32, 2001.

DAVIS, K. Coming of age online: the developmental underpinnings of girls' blogs. **J Adolesc Res.** 25:145-71. 2010.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critério. **Adolesc Saude.** v. 2, n. 2, 2005.

ERIKSON, E. H.; ERIKSON, J. **O ciclo da vida completo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 112.

ERIKSON, E. H. **Identidade, Juventude e Crise**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1976. p. 322.

ERIKSON, E. H. **Infância e Sociedade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1987. 128 p.

ESTANISLAU, G. M.; BRESSAN, R. A. **Saúde Mental na Escola: o que os educadores devem saber**. Artmed: Porto Alegre, 2014. p. 277.

FERREIRA, M. C. T.; MARTURANO, E. M. Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo rendimento escolar. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Print version, 2002.

FORD, T.; GOODMAN, R.; MELTZER, H. The British child and adolescent mental health survey 1999, the prevalence of DSM-IV disorders. **Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 42, p. 1203-1211, 2003.

FREIRE, P. **Medo e ousadia: cotidiano do professor**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. p. 312.

GOETHE, J. W. **Os Sofrimentos do Jovem Werther**. Porto Alegre: Coleção L&PM Pocket. 2001. p. 208.

GOMES, J. P. As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. **Educação**, v. 32, n. 1, p. 84-91 Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - Porto Alegre, Brasil. 2009.

GOODMAN, R. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. **J Child Psychol Psychiatry**, n. 40, p. 791-801, 1999.

HALL, C. et al. **Teorias da Personalidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p. 591.

HARDING, T. W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol Med.** v. 10, n. 2, p. 231-241. 1980.

HOLZER, W. Sobre Territórios e Lugaridades. **Cidades - Revista Científica.** v. 10, n. 17. 2013.

IBOPE. Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística. **Gerações Y e Z: juventude digital.** Disponível em: <<http://www4.ibope.com.br/>>. Acesso em: 13 jul. 2015.

LEONELLO, V. M.; L'ABBATE, S. Educação em saúde na escola: uma abordagem do currículo e da percepção de alunos de graduação em pedagogia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação,** v. 10, n. 19, p. 149-66, 2006.

LEVITT, J. M. et al. Early identification of mental problems in schools: The status of instrumentation. **Journal of School Psychology.** v. 45, p. 163-191, 2007.

LOUREIRO, L. M. J. et al. Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. **Revista de Enfermagem.** III Série. n. 6. 2012.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **Brasilian Journal Psychiatry,** v. 148, p. 23-6. 1986.

MATOS, M. & SARDINHA, S. **Estilos de vida activos e qualidade de vida.** Lisboa: Edições FMH. p. 163-181, 1999.

MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil.** Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 207.

MOODLE. **Modular Object Oriented Dynamic Learning Environment.** Disponível em: <<https://moodle.org/>>. Acesso em: 16 jul. 2015.

MORAES, C. Carta aos editors “força-tarefa brasileira de psiquiatrias da infância e adolescência”. **Rev. Bras. Psiquiatria,** v. 30. n. 3, p. 290-301, 2008.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Mapa do Progresso de 2012.** Nova York: Divisão de Estatística do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais; 2012.

PAULA, C. S.; DUARTE, C. S.; BORDIN, I. A. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. **Rev Bras Psiquiatria.** v. 29, n. 1, p. 11-7, 2007.

PUURA, K. et al. Children with symptoms of depression – what do the adults see? **J Child Psychiatry,** v. 39, n. 4, p. 577-85, 1998.

RABELLO, E. T. **Personalidade: estrutura, dinâmica e formação** – um recorte eriksoniano. Monografia de Graduação. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

RABELLO, E. T.; PASSOS, J. S. **Erikson e a teoria psicossocial do desenvolvimento**. Disponível em: <<http://www.josesilveira.com>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

ROBERTS, R. E.; ROBERTS, C. R.; XING, Y. Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. **Journal of Psychiatric Research**, v. 41, p. 959-967, 2007.

ROEHRS, H.; MAFTUM, M. A.; ZAGONEL, I. P. S. Adolescência na percepção de professores do ensino fundamental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 421-8, 2010.

ROSO, A.; ROMANINI, M. Empoderamento individual, empoderamento comunitário e conscientização: um ensaio teórico. **Psicologia e Saber Social**, v. 3, n.1, p. 83-95, 2014.

SCHMITT, K. L.; DAYANIM, S.; MATTHIAS, S. Personal homepage construction as an expression of social development. **Dev Psychol.** 44, p. 496-506. 2008.

SILVA, A. **A interface família escola e saúde mental na infância e adolescência**. 2010. Disponível em: <www.mp.go.gov.br>. Acesso em: 22 jun. 2015.

THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria (UFRJ. Impresso)**, v. 63, p. 360-372, 2014.

TRIOLA, M. F. **Introdução à Estatística**. 9 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2005. p. 682.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação Mundial da Infância 2011: Adolescência uma fase de oportunidades**. 2011. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2015.

VALKENBURG, P. M.; PETER, J. Online communication among adolescents: an integrated model of its attraction, opportunities, and risks. **J Adolesc Health**. v. 48, p. 121-7, 2011.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2014: Jovens do Brasil**. CEBELA-FLACSO, 2014.

WHO. *World Health Organization*. **Expert Committee on Mental Health**: Geneva, 1994.

_____. *World Health Organization*. **Global Burden of Disease**. 2004.

_____. *World Health Organization*. **Health Education**. Geneva, CH: World Health Organization, 2013.

_____. *World Health Organization*. **Mental Health: New Understanding, New Hope** The World Health Report. 2001.

WILLIAMS, S. B. et al. Screening for child and adolescent depression in primary care settings: a systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. **Pediatrics**, v. 123e, p. 716-735, 2009.

4.2 ARTIGO

FOLDER EDUCATIVO COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: POSSIBILIDADES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

FOLDER AS AN EDUCATIONAL TOOL TO PROMOTE AND PREVENT HEALTH MENTAL: THEORETICAL-METHODOLOGICAL ALTERNATIVES

RESUMO

O artigo trata da pesquisa e elaboração de um folder educativo sobre Saúde Mental a ser utilizado na promoção e prevenção em Saúde Mental com alunos e professores no ambiente escolar. Foi elaborado a partir do referencial teórico da tese de doutorado sobre Saúde Mental, visando a ações de promoção e prevenção no ambiente escolar. Constatamos a carência de materiais educativos em Saúde Mental para aplicação na comunidade escolar. Pesquisamos a literatura sobre educação em Saúde Mental e materiais educativos tendo como público-alvo jovens e adolescentes do Ensino Médio. Neste sentido, produzimos este material contextualizado no ambiente escolar, com intuito discursivo, ilustrativo e finalidades específicas de educação, promoção e prevenção em Saúde Mental. Propomos que o material possa contribuir na formação dos estudantes e na atividade docente, visto que oportuniza a aquisição de conhecimentos e educação em Saúde Mental numa abordagem interessante e acessível.

Palavras-chave: Educação em Saúde Mental. Adolescentes. Ambiente Escolar.

ABSTRACT

This article addresses the development of educational materials concerning mental health education and mental illness prevention to be distributed to students and teachers at the high school of Santa Maria. A pamphlet was developed in response to a lack of existing materials educating students on evaluation of their own mental health and the resources available to them. Through administering a questionnaire with a target audience of teenagers, the information presented in the pamphlet was tailored to the school environment. We have included a copy of the pamphlet in this article, and believe it can contribute in the teenagers' self-awareness and assessment of their mental states. As a novel pedagogical material and medium, it potentially conveys information in a format interesting and accessible to adolescents.

Keywords: Education in Mental Health. Adolescents. School Environment.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo trata da elaboração de um folder educativo sobre Saúde Mental a ser utilizado em atividades de promoção e prevenção em Saúde Mental para alunos e professores no ambiente escolar. O material foi desenvolvido a partir da revisão do

referencial teórico realizada na tese de doutorado sobre o tema “Fatores emocionais e de Saúde Mental: avaliação de alunos de uma escola pública federal visando ações de promoção e prevenção no ambiente escolar”, no programa de Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – PPGQVS – UFRGS, Brasil.

O folder é um impresso de pequeno porte, constituído de uma só folha de papel com uma ou mais dobras e que apresenta conteúdo informativo ou publicitário. Analisando etimologicamente a palavra folder, de origem inglesa, encontramos referências como “folheto dobrado”; “o que dobra” ou ainda a derivação do verbo *to fold*, ou seja, dobrar (PAULA; CARVALHO, 2014).

A educação é considerada um instrumento de transformação social, não só a educação formal, mas toda a ação educativa que propicie a reformulação de hábitos, a aceitação de novos valores e que estimule a criatividade. Ao pensarmos educação e saúde, constatamos que ambas são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento e ao bem-estar dos indivíduos (SANTOS, 2009).

A educação deve provocar reflexão pautada na consciência da complexidade presente em toda a realidade, ou seja, é fundamental que o educador compreenda a teia das relações existentes entre todos os processos sociais, para que possa pensar a ciência una e múltipla, simultaneamente. O debate sobre a complexidade nasce no seio da ciência e da epistemologia da ciência de forma totalmente separada do nascimento do movimento ecologista e das novas concepções psicopedagógicas que se referem à construção dos conhecimentos e a uma forma diferente de afrontar os processos educativos. Esses elementos tendem a percorrer caminhos que se cruzam cada vez mais e que, em qualquer caso, parecem avançar na mesma direção (SANTOS, 2009).

A escola além de oportunizar às crianças e adolescentes a relação com o saber, por ser uma atividade grupal, oferece também para o desenvolvimento das funções de socialização. Em busca de sua identidade o adolescente encontra na micro-sociedade da escola um sistema de forças que atuam sobre ele, onde entre outras coisas reedita seu ciúme fraterno, compete, divide, rivaliza, oprime e é oprimido, ou seja, reproduz o sistema social. É por esta razão que a escola muitas vezes pode detectar dificuldades no processo de desenvolvimento do aluno que aparece por inteiro na busca de si mesmo, e seu olhar sobre ele é, em geral, menos comprometido emocionalmente do que acontece com os pais (OUTEIRAL, 2008).

Cabe uma referência de que nesta fase os jovens se deparam com a difícil tarefa da escolha profissional, o que lhes remete a uma diferenciação entre vocação e escolha profissional. Entende-se vocação o que diz respeito às características e habilidades inatas e tem relação com aspectos da formação da sua identidade e personalidade (OUTEIRAL, 2008).

Importante ter em mente que os fenômenos que se manifestam no ambiente escolar sejam de ensino e de aprendizagem, de gestão, de relações profissionais e/ou interpessoais, exigem dos profissionais da educação uma postura de conhecimento científico, profissional e político. A escolha profissional, entretanto, abrange além da própria pessoa o contexto social, familiar, os modelos de identificação e a própria realidade do mercado de trabalho. Este estágio, que na verdade pode ser um longo e penoso processo é decisivo na vida de todos nós e se constitui em uma das tarefas principais das etapas finais da adolescência (OUTEIRAL, 2008).

Considerando que o próprio adolescente já traz consigo os conflitos, pressões e expectativas próprias da família e da sociedade. Não é incomum e até natural que o ambiente escolar e as relações interpessoais que ali se estabelecem sejam entre alunos, alunos e professores e mesmo com a família reeditem situações da vida cotidiana que podem se reforçar positivamente ou se opondo gerando confrontos e conflitos que quando não bem explicitados e resolvidos fiquem contidos se traduzindo num verdadeiro mal-estar. Neste contexto o mal-estar aparente, mas não explicitado e verbalizado no cotidiano escolar pode afetar os sujeitos envolvidos e traduzir-se como sofrimento e até adoecimento (ESTANUSLAU; BRESSAN, 2014).

Neste sentido, a Educação em Ciências é um campo prioritário para o desenvolvimento de Temas Transversais como a Saúde e a Educação em Saúde, mais especificamente aqui a Saúde Mental. Assim, propomos a abordagem do tema na comunidade escolar por meio de uma ação de promoção e prevenção em Saúde Mental. Tendo em vista a realidade e o contexto no qual nos propomos a desenvolver este trabalho é importante termos presente que o público alvo mais significativo é composto por adolescentes.

A Saúde Mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo, a criança, o adolescente ou o adulto encontram-se aptos a exercer suas habilidades, superar as adversidades da vida, conseguindo estudar e/ou trabalhar de forma produtiva e colaborativa com a comunidade em que estejam inseridos (ARRUDA et al., 2010).

Em 2005, a OMS definiu Saúde Mental na infância e na adolescência como:

[...] a capacidade de se alcançar e se manter um funcionamento psicossocial e um estado de bem-estar em níveis ótimos. [...] Esta condição auxilia o jovem a perceber, compreender e interpretar o mundo que está a sua volta, a fim de que adaptações ou modificações sejam feitas em caso de necessidade [...] (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 2005, p. 7).

Refletir sobre a Saúde Mental dos adolescentes implica pensar nos diversos modos de viver a adolescência e de viver a vida. Implica em um movimento de repensar as práticas de saúde e de educação em saúde que se voltam para esta parcela significativa da sociedade. Nesta fase os adolescentes encontram-se na maior parte do dia no ambiente escolar, o que torna este espaço um importante campo para a detecção e abordagem de comportamentos de risco para a saúde (AZAMBUJA et al., 2014).

Nesse sentido, o conceito central de Saúde Mental é o bem-estar e o funcionamento integral de um indivíduo e, conseqüentemente, da sua comunidade. Portanto, estamos falando de mais do que apenas um estado de ausência de sofrimento psíquico, emocional ou mesmo de doença mental (SILVA, 2010).

Conceituar ou delimitar a fase da adolescência é um desafio relacionado a muitas variáveis e contextos. A adolescência é uma etapa de oportunidades para a criança e um momento crucial para que possamos continuar construindo seu desenvolvimento da primeira década de vida, ajudá-la a navegar em meio a riscos e vulnerabilidades, e colocá-la no caminho da realização de seu potencial (UNICEF, 2011).

Segundo o Relatório sobre a Saúde no Mundo: Saúde Mental, estruturada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001):

Devem ser lançadas em todos os países campanhas de educação e sensibilização do público sobre a Saúde Mental. Campanhas bem planejadas de sensibilização e educação podem reduzir a estigmatização e a discriminação, promovendo a Saúde Mental e a saúde física da população (*WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO*, 2001).

A capacitação das comunidades e indivíduos por meio da informação e do desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais é exemplo de ação promotora de saúde. A informação é uma das bases para a tomada de decisão e leva à autonomia por meio do empoderamento, combatendo assim a impotência. Porém, é importante frisar, empoderamento é diferente de conscientização, pois está associado à proatividade em relação à saúde, as reais mudanças de atitude. Enquanto conscientização pode ser entendida como o acesso à informação e conhecimento sobre determinado tema ou área do saber, sem que isso signifique uma aquisição capaz de tornar o indivíduo sujeito e

agente de mudança real na sua realidade e qualidade de vida. Uma pesquisa realizada em nove países, inclusive no Brasil, demonstrou que uma campanha informativa pode modificar o conhecimento e as atitudes com relação aos problemas de Saúde Mental (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014).

Iniciativas como estas em programas e conteúdos estão previstas nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) para o Ensino Médio, sendo denominadas como Temas Transversais, os quais tratam de assuntos relevantes como a Ética, a Pluralidade Cultural, a Orientação Sexual, o Trabalho e Consumo, o Meio Ambiente e a Saúde (BRASIL, 1997).

No Brasil (1996) a partir da Lei de Diretrizes e Bases na Educação Nacional (nº 9.394) e da elaboração dos PCN, o tema saúde foi ganhando espaço nas escolas, passando a ser integrado como um Tema Transversal, permitindo uma abordagem mais ampla dos diversos aspectos vinculados ao processo de saúde individual e coletiva. Os Temas Transversais podem ser abordados em todas as disciplinas da escola. A forma de compreensão e de inserção destes temas pode acontecer de diferentes maneiras (DARIDO, 2012).

É sabido que apesar da proposta dos PCN recomendar a transversalidade entre os conteúdos, muitos professores que atuam nas escolas não tiveram em suas formações universitárias os conteúdos dos Temas Transversais. Além disso, “há a questão da tradição que acompanha cada área, o que dificulta a incorporação de outras maneiras para se trabalhar com os conteúdos (DARIDO et al., 2001).

O novo paradigma em educação deve ser entendido conforme o conceito de Morin (2011), que acredita ser a Transdisciplinaridade a chave que abrirá um momento no qual será realizada uma nova leitura do mundo. Esse paradigma educacional deverá ser capaz de levar a uma questão central, epistemológica, sistêmica e, portanto, muito mais ampla, envolvendo o processo de construção do conhecimento, sua organização e seu funcionamento. Partindo de um tipo de pensamento que percebe o mundo em sua totalidade que vê a natureza como sendo auto-organizadora da matéria, certamente haverá outra maneira de pensar a questão educacional e surgirá assim uma nova ordem global para a mente humana (MORIN, 2011).

Então, convém ressaltar que os PCN preconizam que a promoção de saúde ocorre [...] por meio da educação, da adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, da produção de um ambiente

saudável, da eficácia da sociedade na garantia de implantação de Políticas Públicas voltadas para a qualidade da vida e dos serviços de saúde (BRASIL, 1997, p. 67).

Uma das vias mais promissoras para promover a adoção de comportamentos saudáveis e a modificação de condutas prejudiciais à saúde e de forma sustentada é a Educação para a Saúde (EpS) na concepção de Gomes (2009).

O acesso à informação e compreensão de conteúdos da Saúde Mental para crianças, adolescentes e professores no ambiente escolar permite compreender e usar a informação nos cuidados da própria saúde, estimulando competências cognitivas, sociais em promoção e prevenção da Saúde Mental. Neste sentido, e tendo como perspectiva de uma dimensão fundamental reforça-se a importância da sensibilização da comunidade escolar da inclusão de conteúdos em educação em Saúde Mental no ensino de jovens e adolescentes (LOUREIRO et al., 2012).

A literatura em Saúde Mental sugere que o espaço escolar é um lugar estratégico e privilegiado na implementação de Políticas de Saúde Pública para jovens, ao se destacar como núcleo principal de promoção e prevenção de Saúde Mental para crianças e adolescentes (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014), intervindo no desenvolvimento de fatores de proteção e redução de riscos relacionados à Saúde Mental.

Historicamente a saúde na escola vem sendo desenhada após uma série de debates (FERNANDES; ROCHA; SOUZA, 2005) e a partir disso o Ministério da Educação e do Desporto (BRASIL, 1998) criou o Referencial Curricular Nacional, no qual a saúde foi considerada como um tema transversal a ser trabalhado com responsabilidade no projeto de toda a escola, o que torna alunos, professores e o próprio ambiente escolar, sistematicamente, elementos chaves para essa realização.

Neste sentido, o objetivo principal e específico deste artigo é descrever a elaboração de um folder educativo a ser utilizado no ambiente escolar visando a realização de ações de promoção, prevenção e educação em Saúde Mental a partir de uma proposta transversal.

2 METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa de cunho bibliográfico sobre a elaboração de material informativo e/ou educativo em Saúde Mental direcionado ao público de jovens adolescentes no ambiente escolar, nas bases de dados informatizadas disponíveis na

internet e em outras fontes de dados como livros, anais, documentos governamentais e não governamentais.

Os critérios de inclusão foram: artigos que versam sobre o tema educação em saúde e/ou educação em Saúde Mental e artigos com desenvolvimento de materiais educativos em Saúde Mental no Brasil e no exterior, tendo como público-alvo jovens adolescentes em ambiente escolar do Ensino Médio. Dessa forma, foram incluídos trabalhos com abordagem direta e indireta do tema, em sua maioria na Língua Portuguesa, incluindo artigos originais, artigos de revisão e livros até 2015.

Como técnica, a pesquisa bibliográfica compreende a leitura, seleção, fichamento e arquivo dos tópicos de interesse para a pesquisa em pauta, com vistas a conhecer as contribuições científicas que se efetuaram sobre determinado assunto (RODRIGUES, 2007).

De acordo com Tachaizawa e Mendes (2003) o levantamento de dados tem como base metodológica uma análise teórica que segundo os autores, “é uma simples organização coerente de ideias originadas da bibliografia brevemente escolhida, em torno de um tema”.

Após a consulta bibliográfica observamos a escassez de materiais deste tipo, direcionados especificamente aos estudantes do Ensino Médio, em uma linguagem acessível e que pudessem ser utilizados em atividades de educação, promoção e prevenção em Saúde Mental no ambiente escolar.

A que se considerar que o material elaborado é uma proposta a ser aplicada futuramente em atividades no ambiente escolar, portanto neste artigo não há, ainda, dados ou resultados sobre sua utilização.

Diante de tais resultados, buscou-se então avançar na tese, com a elaboração de um folder, tendo em vista que perante a diversidade de formas, estilos e finalidades de materiais informativos e educativos o folder constitui-se num recurso midiático muito importante na sociedade atual, pois ao apresentar formas relativamente estáveis de enunciados que circulam socialmente pode ser considerado como gênero textual (PAULA; CARVALHO, 2014). Outro aspecto importante é que o folder permite uma maior flexibilidade e versatilidade na apresentação, utilização e manuseio, bem como uma linguagem e ilustrações mais adequadas ao público-alvo de jovens adolescentes em ambiente escolar, permitindo comunicar rapidamente ideias e conceitos sem cansar o leitor.

Também conhecido como prospecto, o folder surgiu nos meios de comunicação e publicidade como um artefato utilizado para fazer marketing e propaganda, especificamente para a realização de campanhas publicitárias. Algumas pessoas confundem o folder com o panfleto. Embora semelhantes, o folder é um impresso que possui no mínimo uma dobra, utiliza imagens, dá destaque às ideias mais importantes com quadros ou palavras em fontes maiores (maiúsculas, coloridas ou de diferentes formatos) (PAULA; CARVALHO, 2014).

O folder é dobrado conforme a sequência de argumentos. A capa contém a chamada principal, a qual deve despertar a curiosidade para a abertura do mesmo. Ao abrir a primeira dobra nota-se o detalhamento do que a capa anuncia. A última dobra (externa) é, geralmente, reservada para os dados como endereço, telefone, e-mail e outras informações como distribuidores, representantes, patrocinadores, mapas de localização e outras informações de contato (PAULA; CARVALHO, 2014).

Os folders podem ter características diversas. No presente artigo apresentamos o que pode ser definido como um folder de serviços e orientações de saúde, pois apresenta imagens, linguagem persuasiva, ilustrações adequadas ao público, ao ambiente e orientações de Saúde Mental e qualidade de vida.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos conteúdos acessados na revisão do referencial teórico para o desenvolvimento da tese de doutoramento no Programa de Pós-graduação Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde constatamos a carência de materiais educativos em Saúde Mental para serem utilizados na comunidade escolar por alunos, professores e familiares. Assim sendo, elaboramos um folder educativo sobre o tema, o qual é o objeto deste artigo, para ser utilizado em atividades de promoção e prevenção em Saúde Mental no ambiente escolar (Anexo 1).

A seguir relacionamos os tópicos abordados no Folder:

- 1) O papel estratégico da educação na Saúde Mental.
- 2) O que é Saúde Mental?
- 3) Mente sã em corpo sã.
- 4) Quais os problemas de Saúde Mental mais comuns e frequentes?
- 5) Quem pode ter sofrimento mental ou psíquico?
- 6) Falsos conceitos sobre sofrimento psíquico e doença mental.

- 7) Quais são os sinais que devem nos preocupar?
- 8) Buscar ajuda? Quando?
- 9) Todos nós podemos ajudar: Cuidar sim, excluir jamais.
- 10) Para manter uma boa Saúde Mental.

Segundo o Unicef (2011) problemas de Saúde Mental são responsáveis por uma grande proporção da carga de sofrimento psíquico e transtornos entre jovens em todas as sociedades. Entre os adolescentes problemas de Saúde Mental não percebidos e que não recebem atenção estão associados aos baixos níveis de realização educacional, uso de drogas, comportamentos de risco, criminalidade, saúde sexual e reprodutiva precárias, automutilação e cuidados pessoais inadequados. Fatores esses que aumentam o risco de morbidade e de mortalidade prematura. Problemas de Saúde Mental na adolescência implicam em altos custos sociais e econômicos, uma vez que frequentemente evoluem para condições de maior incapacitação em etapas posteriores da vida (UNICEF, 2011).

É amplamente aceito atualmente que o campo de ação da Educação em Saúde é toda a comunidade. Todas as pessoas sejam qual for a sua idade, sexo, condição social e econômica, devem se beneficiar da Educação em Saúde e neste contexto insere-se a Educação em Saúde Mental. Esta ação deve ser priorizada junto aos alunos e ao ambiente escolar (GOMES, 2009).

A iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde, baseada nos princípios da Carta de Ottawa (WHO, 1986) entende a escola como um contexto no qual toda a comunidade escolar deve unir esforços no sentido de proporcionar aos alunos experiências e estruturas de promoção e prevenção em saúde. Um dos aspectos mais relevantes do conceito de Escola Promotora de Saúde é quanto a oportunidade de ações direcionadas para melhorar o ambiente escolar, reforçando os laços com a família e a comunidade como estratégia de promoção, prevenção e educação em saúde. A especificidade do conceito reside no seu carácter global e abrangente, na medida em que procura envolver a comunidade escolar no desenvolvimento e implementação de intervenções promotoras de saúde, não excluindo ninguém da comunidade escolar (BRASIL, 2007).

Por meio de programas e ações de Educação em Saúde deve-se preparar o aluno para cuidar de si no que diz respeito aos cuidados pessoais e ambientais, de segurança doméstica, interações sociais, lazer etc. É importante oportunizar aos alunos habilidades para que ao deixarem a escola sejam capazes de cuidar da sua própria saúde e dos seus semelhantes, estimulando-os a adotarem estilos de vida que permitam o

desenvolvimento de todas as suas possibilidades físicas, mentais e sociais (GOMES, 2009).

No Brasil o documento *Escolas Promotoras de Saúde: experiências no Brasil*, organizado pelo Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde propõe a incorporação de práticas educativas em saúde no cotidiano didático-pedagógico das escolas, sugerindo ações como: a disseminação da proposta das escolas como espaços de desenvolvimento de ações de promoção da saúde; inclusão dos temas transversais – ética e cidadania, consumo e trabalho, multiculturalidade, meio ambiente, saúde e sexualidade no currículo das escolas; produção de material didático-informativo para professores, alunos e comunidade escolar sobre temáticas de saúde (BRASIL, 2007).

A Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (Unesco) e a Oficina Internacional de Educação e da Saúde recomendam que: “a saúde se deve aprender na escola da mesma forma que todas as outras ciências sociais”. Da mesma forma que o aluno aprende na escola os conhecimentos científicos e os hábitos sociais que lhe permitirão enfrentar os problemas da vida na comunidade, também deve aprender e adquirir os conhecimentos e os hábitos de saúde em geral que lhe permitirão adquirir o melhor grau possível de saúde, física, mental e social (GOMES, 2009).

O acesso à informação e compreensão de conteúdos da Saúde Mental para crianças, adolescentes e professores no ambiente escolar permite compreender e usar a informação nos cuidados da própria saúde, estimulando competências cognitivas, sociais em promoção e prevenção da Saúde Mental. Neste sentido reforça-se a importância da sensibilização da comunidade escolar da inclusão de conteúdos em educação em Saúde Mental no ensino de jovens e adolescentes (LOUREIRO et al., 2012).

Pensando em saúde coletiva a escola tem sido considerada o lugar ideal para a educação em Saúde Mental por dois fatores básicos. Primeiro, por ser um centro de construção do conhecimento e; segundo, por ser o lugar onde a maioria dos jovens permanece durante boa parte do dia. Assim sendo programas de educação em Saúde Mental podem ser voltados aos professores, aos alunos ou a ambos. As intervenções direcionadas aos alunos podem ser colocadas em prática por professores capacitados ou por profissionais da área da saúde (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014).

Como os professores e administradores escolares são profissionais que tendem a ser valorizados pelas comunidades em que vivem, um benefício adicional observado nessa abordagem é o fortalecimento da alfabetização em Saúde Mental das

comunidades, o que ocorre por meio da disseminação do conhecimento e das mudanças de atitudes adquiridas por esses profissionais. Medidas como essas podem estimular a promoção em Saúde Mental (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014; LOUREIRO et al., 2012).

Como exemplos de abordagem em Saúde Mental voltada ao aluno, os autores citam o Guia Curricular de Saúde Mental na Escola (*Teen Mental Health*), desenvolvido no Canadá desde 2014 e que incorpora a “alfabetização” em Saúde Mental ao currículo existente. As evidências científicas do projeto demonstraram-se efetivas para que educadores e estudantes assimilassem conhecimento e apresentassem mudanças de atitude em relação à Saúde Mental, programa este que está disponível e pode ser adaptado para aplicação em qualquer ambiente escolar (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014).

Nos Estados Unidos o *Promoting Alternative Thinking Strategies* (PATHS) (Promovendo estratégias de Pensamento Alternativas) (www.pathstraining.com/main/), implementou um currículo específico que promove o conhecimento sobre as emoções, a formação de relacionamentos positivos e as habilidades de resolução de problemas. As pesquisas têm demonstrado que o programa estimula a cognição (capacidade de planejamento, memória de trabalho, controle de impulsos etc.) de forma duradoura (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014).

No Brasil podemos citar projetos semelhantes como: Comunidade aprender Criança (www.aprendercrianca.com.br), vinculado ao Instituto Glia, Universidade de Ribeirão Preto – SP, criado em 2006, que desenvolveu o Projeto Atenção Brasil: Educando com ajuda das Neurociências: Cartilha do Educador. Outra iniciativa brasileira, o Projeto Cuca Legal (www.projetocucallegal.org.br), vinculado à Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), que a partir de pesquisas desenvolve estratégias educativas de promoção e prevenção em Saúde Mental na escola, com abordagem particularmente direcionada para o suporte e o empoderamento de educadores e demais profissionais vinculados ao contexto escolar (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que o folder pode contribuir para a formação dos adolescentes, partindo do pressuposto de que o folder possibilita aquisição de conhecimentos e

educação em Saúde Mental, tornando a temática mais interessante e acessível. Há necessidade de avaliações posteriores do impacto na utilização do material em atividades no ambiente escolar. Acreditando que nenhum conhecimento é estático pretendemos propor revisões periódicas do material.

Para a implementação e eficácia deste material se faz necessário também o envolvimento dos demais atores do universo escolar, além da existência de ações específicas que possibilitem implementação da proposta como tarefa de continuidade deste material. Observa-se a necessidade de estudos de prosseguimento visando a avaliar o impacto das ações educativas promovidas por esses atores no processo de promoção, prevenção e educação em Saúde Mental no ambiente escolar.

Concluindo, ressaltamos que o folder é um material de apoio em atividades de Educação em Saúde Mental a serem desenvolvidas no contexto de um projeto com uma abordagem transversal, integrado com todas as áreas do conhecimento trabalhadas em sala de aula.

5 REFERÊNCIAS

ARRUDA, M. A. et al. *Projeto Atenção Brasil: Saúde Mental e desempenho escolar em crianças e adolescentes brasileiros. Análise dos resultados e recomendações para o educador com base em evidências científicas*. Ribeirão Preto, SP: Instituto Glia, 2010.

AZAMBUJA, C. R. et al. Association between physical activity level and body image in college students. In: International workshop and exhibition about physical activity in times of major sporting events, 2014, São Paulo. *Annals*. São Paulo: ILSI Brasil/FSP USP, 2014.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 9.394 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*, de 20 de dezembro de 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm>. Acesso em: 3 mai. 2015.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros Curriculares Nacionais: Introdução aos Parâmetros Curriculares Nacionais*. Brasília: MEC/SEF, 1997, 126 p. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro01.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2015.

_____. Ministério de Educação e do Desporto. *Referencial Curricular Nacional*. Brasília, DF: MEC, 1998.

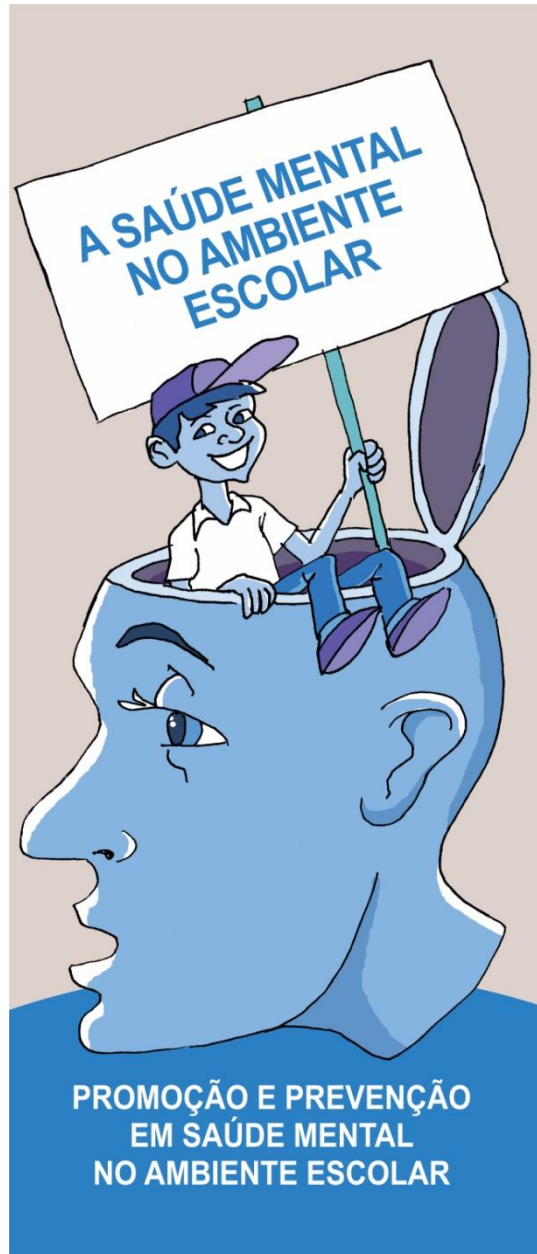
_____. Ministério da Saúde. *Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil* / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 304 p.

- DARIDO, S. C. et al. Educação Física, a formação do cidadão e os parâmetros curriculares nacionais. *Revista Paulista de Educação Física*, v. 15, n. 1, p. 17-32, 2001.
- DARIDO, S. C. (Org.). *Cadernos de Formação: Conteúdos e Didática de Educação Física*. São Paulo: Cultura Acadêmica, v. 1, p. 176, 2012.
- ESTANISLAU, G. M.; BRESSAN, R. A. *Saúde Mental na Escola: o que os educadores devem saber*. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 277.
- FERNANDES, M. H.; ROCHA, V. M.; SOUZA, D. B. A concepção sobre saúde do escolar entre professores do ensino fundamental (1ª a 4ª séries). *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, v. 12, n. 2, p. 283-291, 2005.
- GOMES, J. P. As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. *Educação*, v. 32, n. 1, p. 84-91, Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Brasil, 2009.
- LOUREIRO, L. M. de J. et al. Literacia em Saúde Mental de Adolescentes e Jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº 6, 2012.
- MORIN, E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: Cortez, 2011.
- OUTEIRAL, J. *Adolescer – Estudos Revisados Sobre Adolescência*. Rio de Janeiro: Revinter, 2008.
- PAULA, M. A. N. R.; CARVALHO, A. de P. O gênero textual folder a serviço da educação ambiental. *Revista Eletrônica em Gestão, Educação e Tecnologia Ambiental – REGET*. v. 18 n. 2, p. 982-989, 2014.
- RODRIGUES, R. M. *Pesquisa acadêmica: como facilitar o processo de preparação de suas etapas*. São Paulo: Atlas, 2007.
- SANTOS, E. C. *Educação ambiental e ensino de ciências: A transversalidade e a mudança de paradigma*. Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências, VII - Enpec. 2009.
- SILVA, A. *A interface família escola e Saúde Mental na infância e adolescência*. 2010. Disponível em: <www.mp.go.gov.br>. Acesso em: 22 jun. 2015.
- TACHAIZAWA, T.; MENDES, G. *Como escrever monografias na prática*. 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2003.
- UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Situação Mundial da Infância 2011: Adolescência uma fase de oportunidades*. 2011. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2015.
- WHO. World Health Organization. *Carta de Ottawa*. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, 1986.

_____. World Health Organization. *Mental Health: New Understanding, New Hope*. The World Health Report, 2001.

_____. World Health Organization. *Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. Geneva, 2005.

Anexo 1: Folder Saúde Mental no ambiente escolar



O PAPEL ESTRATÉGICO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE MENTAL

As escolas são ambientes privilegiados para o desenvolvimento de crianças e adolescentes e suas famílias, tanto na promoção de fatores de proteção quanto na detecção de riscos e redução de danos psicossociais.

Por concentrarem a maior parte da população infanto-juvenil brasileira, os estabelecimentos escolares agregam diversidades e singularidades, potencialidades e recursos significativos para a produção de saúde, a garantia de proteção integral e o desenvolvimento de pessoas sob princípios de autonomia e emancipação.

Por outro lado, não é atribuição nem papel da comunidade escolar a identificação e o diagnóstico de patologias ou transtornos mentais, mas está sob seu alcance a promoção de ambientes, ações e situações que visem ao desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes, de acolhida e aceitação, bem como de espaços reflexivos e críticos sobre quaisquer problemas identificados (MS E CNMP, 2013).

“A adolescência é uma etapa de oportunidades para as crianças, e um momento crucial para que possamos continuar construindo seu desenvolvimento da primeira década de vida, ajudá-la a navegar em meio a riscos e vulnerabilidades, e colocá-la no caminho da realização de seu potencial” (UNICEF, 2011).



QUÊ É SAÚDE MENTAL?

É nos sentirmos bem nós mesmos e na relação com os outros. É sermos capazes de lidar de forma positiva e buscar soluções nas adversidades.

É termos confiança em si próprio, nos outros e não temermos o futuro.

Em 2005, a OMS definiu saúde mental na infância e na adolescência como:

[...] a capacidade de se alcançar e se manter um funcionamento psicossocial e um estado de bem-estar.

[...] Ele auxilia o jovem a perceber, compreender e interpretar o mundo que está a sua volta, a fim de que adaptações ou modificações sejam feitas em caso de necessidade [...] (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

MENTE Sã EM CORPO SãO!

A Saúde Mental e a Saúde Física são duas vertentes fundamentais e indissociáveis da Saúde.



QUAIS OS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL MAIS COMUNS E FREQUENTES?

- Ansiedade excessiva ou Medos sem motivo aparente ou desproporcional.
- Mal-estar psicológico ou Estresse continuado.
- Problemas com a alimentação em excesso ou falta de apetite que não melhora.
- Depressão.
- Euforia ou Agitação Excessivas.
- Abuso e Dependência de álcool e outras drogas.
- Transtornos Mentais Graves: Psicoses, como a Esquizofrenia.
- Deficiência Mental.
- Demências: Idosos.

A Ansiedade excessiva (Fobias, Pânico...) e a Depressão são os Transtornos Mentais mais frequentes, sendo causas importantes de sofrimento, incapacidade e dificuldades de aprendizagem.

QUEM PODE TER SOFRIMENTO MENTAL OU PSÍQUICO?

Ao longo da vida, todos nós podemos ser afetados por problemas emocionais, sofrimento psíquico e de saúde mental, de maior ou menor gravidade.

Algumas fases, como a entrada na escola, a adolescência, a menopausa e o envelhecimento, ou acontecimentos e dificuldades, tais como a perda de familiar próximo, separações, o desemprego, as mudanças e a pobreza podem ser causa de perturbações da saúde mental.

Fatores genéticos, quadros infecciosos ou traumáticos e uso de drogas podem também estar na origem de Transtornos Mentais graves.

FALSOS CONCEITOS SOBRE SOFRIMENTO PSÍQUICO E DOENÇA MENTAL



As pessoas afetadas por problemas de saúde mental são muitas vezes incompreendidas, estigmatizadas, excluídas ou marginalizadas, devido a falsos conceitos, que importa esclarecer e desmistificar, tais como:

- **As doenças mentais são fruto da imaginação;**
- **As doenças mentais não têm solução;**
- **As pessoas com problemas mentais são pouco inteligentes, preguiçosas, imprevisíveis ou perigosas e agressivas.**

Estes mitos, a par do estigma e da discriminação associados ao sofrimento e à doença mental, fazem com que muitas pessoas tenham vergonha e medo de procurar apoio ou tratamento, ou não queiram reconhecer os primeiros sinais ou sintomas de doença.

Neste contexto, precisamos entender a importância de se respeitar os modos diferentes de ser e de viver que cada pessoa tem seu jeito de ver o mundo e de se relacionar com ele e com as pessoas.

Alguns são mais calmos, outros mais agitados; alguns são mais calmos, outros mais agitados; alguns gostam de certas coisas, outros desgostam, e assim vai. O que vale mesmo é o respeito, a cordialidade e a conduta de cada uma voltada para o bem comum.

É por isso que podemos e devemos ajudar a quem precisa observar quem está numa condição de maior vulnerabilidade ou risco e acolhê-lo nas suas necessidades. Isso inclui as pessoas em sofrimento mental.

É comum observarmos nestas pessoas algumas fragilidades e limitações que podem variar de uma fase de uma pequena confusão, até uma situação de isolamento, tristeza ou mesmo MOMENTOS de agitação intensa e eventualmente de agressividade como vemos nas situações mais extremas e raras.

QUAIS SÃO OS SINAIS QUE DEVEM NOS PREOCUPAR?



BUSCAR AJUDA, QUANDO?

- Perda de interesse ou abandono do convívio com as pessoas habituais.
- Mudança na maneira habitual de funcionar (na escola, trabalho ou em casa).
- Problemas de concentração, memória, ou do pensamento lógico e da maneira de falar difíceis de explicar.
- Maior sensibilidade ao som, luz, cheiros e evitação de locais ou situações.
- Falta de vontade ou desejo de participar nas atividades habituais, ou desânimo.
- Uma vaga sensação de estar desligado de si próprio e dos que os rodeiam; uma sensação de irrealidade.
- Crenças pouco habituais ou exageradas acerca de poderes pessoais em compreender significados ou de mudar acontecimentos;
- Medo ou desconfiança dos outros ou uma estranha sensação de se sentir nervoso.
- Alterações graves no sono ou no apetite.
- Mudanças nos hábitos de higiene.
- Mudanças grandes e rápidas nos sentimentos, ou nos níveis de energia e disposição.

A opinião e ajuda de um profissional da área da saúde ou saúde mental deverá sempre ser procurada quando necessário: o Assistente Social, Psicólogo, Pedagogo, um médico de confiança, profissional de enfermagem ou outros que estejam mais disponíveis, uma vez que a solução dos problemas é sempre mais fácil e eficaz quando ajuda ou tratamento são buscados mais cedo.

Mesmo nas doenças mais graves é possível controlar e reduzir os sintomas e, através de medidas de reabilitação, desenvolver capacidades e melhorar a qualidade de vida.



TODOS NÓS PODEMOS AJUDAR:



**CUIDAR SIM,
EXCLUIR
JAMAIS**

- Não estigmatizando • Apoiando • Integrando • Reabilitando
- Não à Psicofobia: É o preconceito contra os portadores de Deficiência e Sofrimento Mental
- Integração das pessoas com sofrimento psíquico ou Transtorno Mental.
- Se ninguém é melhor que ninguém, também não existe quem seja pior.
- Agir com preconceito e a indiferença só contribuem para um mundo mais desigual.
- A boa comunicação no ambiente escolar: estimular o envolvimento Escola-Família através de um diálogo efetivo e permanente, pautado em respeito e colaboração.
- Aprendizagem Socioemocional: é o processo de aquisição e reforço de habilidades socioemocionais que auxiliam a pessoa a lidar consigo mesma, a relacionar-se com os outros e a executar tarefas (estudar, trabalhar, etc.) de maneira competente e ética.

PARA MANTER UMA BOA SAÚDE MENTAL

- Não se isole: comunique-se sempre e tente estar disponível para o que os outros têm a dizer.
- Reforce os laços familiares e as amizades: seu grupo de amigos na escola, o professor com quem convive e confia.
- Diversifique os seus interesses.
- Não se compare tanto com os outros, você não precisa de tanta competição.
- Mantenha-se intelectual e fisicamente ativo
- Busque ajuda profissional, converse quando se perceber em sofrimento psíquico e emocional
- Não seja espectador passivo da vida, participe!
- Contribua para promover a sua saúde mental e a dos outros.



Referências

BRASIL. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS - tendo redes para garantir direitos Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. - Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 60 p.

BRASIL. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - 2. ed. rev. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 72 p.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação Mundial da Infância 2011: Adolescência uma fase de oportunidades. 2011. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf

WHO. World Health Organization. Relatório Mundial de Saúde. 2005

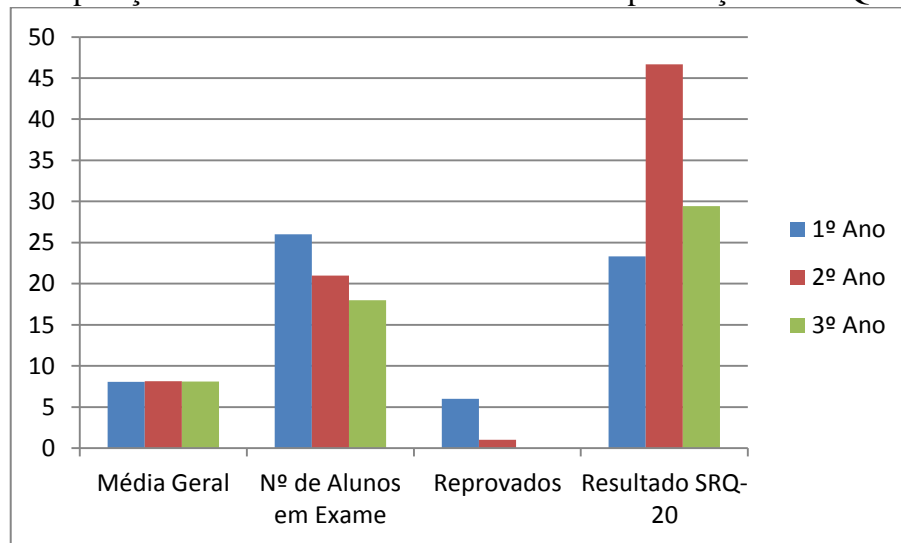
Este Folder faz parte do material produzido na Tese de Doutorado de Carlos Alberto Machado do Nascimento no PPG-Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde da UFRGS - 2015

5 DISCUSSÃO GERAL

Conforme já mencionado nos resultados do manuscrito, do total de 115 alunos dos três anos do Ensino Médio do Colégio Politécnico da Universidade Federal de Santa Maria (CPUFSM), 94 aceitaram participar da pesquisa e responderam ao instrumento SRQ-20, Organização Mundial de Saúde - OMS (1994), após a tabulação dos dados identificamos 42 estudantes do sexo feminino e 52 do sexo masculino com idades variando entre 12 e 19 anos e todos solteiros.

Complementando a avaliação dos resultados, elaboramos um gráfico comparativo (Gráfico 3), da média geral por turma dos alunos de cada um dos três anos com a pontuação do SRQ-20. Observa-se que não se constatou algum prejuízo no aproveitamento dos alunos que possa ser associado a uma maior pontuação no SRQ – 20.

Gráfico 3 – Comparação das médias de dos três anos com a pontuação no SRQ – 20.



Fonte: Construção do autor

Os dados obtidos nesta pesquisa relacionam-se de forma consistente com discussões de estudos anteriores que revelam que crianças e adolescentes que sofrem com transtornos mentais são incapazes de utilizar apropriadamente os recursos para identificação e tratamento (CARVALHO et al., 2011), conseqüentemente ficam mais expostos ao risco de abuso de álcool e outras drogas, baixo desempenho escolar, atividades violentas e criminosas, idealização e pensamento suicida.

Segundo Estanislau e Bressan (2014) jovens afetados por transtornos mentais apresentam com mais frequência rendimento inferior, evasão escolar, a demanda de alunos

com algum tipo de problema emocional vem preocupando educadores. Nesse contexto, a falta de informações confiáveis e de orientação especializada vem causando insegurança, que é um fator relevante para a distorção do olhar do professor que passa a considerar como transtorno mental o que não é, e vice-versa.

Os mesmos autores referem que estudos epidemiológicos brasileiros alertam que 10 a 20% das crianças e adolescentes apresentam algum nível de sofrimento psíquico e mental e que entre jovens de 7 e 14 anos que vivem na região sudeste do Brasil 1 em cada 8 dos matriculados na escola tem algum tipo de dificuldade que justifica a necessidade de atenção por profissionais de saúde mental (PAULA, DUARTE, BORDIN, 2007; MORAES, 2008).

Sabe-se que o impacto dos transtornos psiquiátricos na vida do indivíduo é o mais prejudicial entre todos os problemas de saúde na população entre 10 aos 24 anos, principalmente em crianças e adolescentes em fase escolar, que pode ser aferido pelo índice de Incapacidade por Doença (*Global Burden of Disease* – OMS). Particularmente no Brasil a situação é alarmante devido à proporção continental do país e às diversidades socioculturais.

Em recente estudo de Thiengo, Cavalcante e Lovisi (2014) de revisão sistemática das bases eletrônicas de dados nos últimos 13 anos da literatura sobre a prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes (incluído o período após a divulgação do relatório da WHO, 2001) num universo de 7.040 artigos que após rigoroso critério de inclusão foram avaliados quantitativamente. Os autores constataram que de acordo com os estudos os transtornos mais frequentes entre crianças e adolescentes foram depressões, transtornos de ansiedade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDHA), transtornos por uso de substâncias e transtornos de conduta, com prevalências variáveis entre os estudos de acordo com cada tipo de transtorno.

Em nosso meio, o Projeto Atenção Brasil realizado pelo Instituto Glia e Comunidade Aprender Criança de Ribeirão Preto Arruda et al. (2010) desenvolveram uma abrangente pesquisa utilizando o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) (GOODMAN, 1999), mundialmente utilizado e validado no Brasil. O mesmo é um instrumento de triagem em Saúde Mental para crianças e adolescentes. A análise dos dados coletados demonstrou que entre 10 a 15% das crianças e adolescentes avaliados nos questionários respondidos pelos pais e professores apresentavam chances de desenvolver algum tipo de transtorno que comprometa a sua saúde mental. Os percentuais variaram dentro dessa faixa de acordo com a região do país e a média nacional ficou em 12,7% (ARRUDA et al., 2010).

Diante deste panorama percebe-se que a informação e o conhecimento sobre saúde mental na comunidade escolar são relevantes, possibilitando identificar sinais que demandem

encaminhamentos para avaliação de uma equipe em saúde mental, contribuindo para uma intervenção precoce. Segundo Puura et al. (1998), “o professor estaria em posição ideal para observar sinais de irritabilidade, isolamento social e queda no rendimento escolar”. A capacitação da comunidade escolar (professores/alunos) é um fator de proteção que reforçam a ação a favor do desenvolvimento da saúde mental, a aquisição e aplicação do conhecimento, atitudes e competências necessárias para compreender e gerir emoções, estabelecer e manter relações saudáveis.

A educação brasileira continua sofrendo consequências dos movimentos de globalização que no decorrer das últimas décadas vem gerando profundas e complexas transformações, desde a estrutura organizacional das Instituições de Ensino e de seus objetivos de educação até a atuação dos professores (MATOS, SARDINHA, 1999).

Uma dessas transformações diz respeito à inserção nos currículos escolares de importantes temas que emergiram dos problemas sociais vividos pela sociedade moderna. Tais conteúdos fazem parte dos PCN para o Ensino Médio e foram denominados Temas Transversais e tratam de assuntos relevantes, como a Ética, a Pluralidade Cultural, a Orientação Sexual, o Trabalho e Consumo, o Meio Ambiente e a Saúde (BRASIL, 1997).

No Brasil (1996) a partir da Lei de Diretrizes e Bases na Educação Nacional (nº 9.394) e da elaboração dos Parâmetros Curriculares Nacionais o tema saúde foi ganhando espaço nas escolas, passando a ser integrado como um Tema Transversal, permitindo uma abordagem mais ampla dos diversos aspectos vinculados ao processo de saúde individual e coletiva. Os Temas Transversais podem ser abordados em todas as disciplinas da escola, a forma de compreensão e de inserção destes temas pode acontecer de diferentes maneiras (DARIDO, 2012).

Apesar da proposta dos PCN recomendar a transversalidade entre os conteúdos, muitos professores que atuam nas escolas não tiveram em suas formações universitárias os conteúdos dos Temas Transversais. Além disso, “há a questão da tradição que acompanha cada área, o que dificulta a incorporação de outras maneiras para se trabalhar com os conteúdos (DARIDO et al., 2001).

Neste sentido Fleck (2012, 1979) de forma peculiar em sua obra propõe definir coletivo de pensamento como sendo a unidade social da comunidade de cientistas de um campo determinado do saber e estilo de pensamento como sendo o conjunto de pressuposições sobre as quais o coletivo de pensamento constrói sua base teórica de uma área da ciência e de um determinado grupo de pesquisadores, cientistas, estudiosos etc.

Argumentou que o saber e a ciência nunca são possíveis em si mesmos, mas uma atividade coletiva que implica debates e divergências, não é consensual e apresenta respostas provisórias, sempre, sob determinadas condições e suposições como produto histórico e sociológico da atuação de um coletivo de pensamento. Fleck considera que a relação cognitiva entre sujeito e objeto a conhecer é mediada por um terceiro fator, o estado do conhecimento que pressupõe as relações históricas, sociais e culturais. Assim sendo, as relações históricas presentes em um determinado estilo de pensamento indicam uma inter-relação entre o conhecido e o que se quer conhecer. Logo, o processo de produção de conhecimento deve levar em consideração três elementos: o sujeito, o objeto e o estilo de pensamento compartilhado pelo coletivo de pensamento (FLECK, 2012, 1979).

Uma das inovações importantes que o pensamento de Fleck nos propõe é a ideia de que não há necessariamente uma ruptura radical entre dois ou mais modelos teóricos, mas sim uma continuidade com mudanças como uma mutação em um ser vivo (FLECK, 2012, 1979).

Uma das vias mais promissoras para promover a adoção de comportamentos saudáveis e a modificação de condutas prejudiciais à saúde e de forma sustentada é a Educação para a Saúde (EpS) (GOMES, 2009). O acesso à informação e compreensão de conteúdos da saúde mental para crianças, adolescentes e professores no ambiente escolar permite compreender e usar a informação nos cuidados da própria saúde, estimulando competências cognitivas, sociais em promoção e prevenção da saúde mental. Neste sentido, a perspectiva como dimensão fundamental reforça-se a importância da sensibilização da comunidade escolar da inclusão de conteúdos em educação em saúde mental no ensino de jovens e adolescentes (LOUREIRO, 2012).

A saúde e a qualidade de vida são consideradas necessidades básicas e vitais da sociedade que o contexto educacional auxiliado pelos conteúdos transversais tem a condição de propor como metas educativas em consonância com o conjunto de aprendizagem básico a ser desenvolvido pela escola. Diante disso e tendo como um dos objetivos da educação escolar formar cidadãos conhecedores de seus direitos e deveres, a educação em saúde torna-se essencial para o processo de responsabilidade e autonomia em relação à saúde (LEONELLO, L'ABBATE, 2006).

A literatura em saúde mental sugere que o sistema escolar é um espaço estratégico e privilegiado na implementação de Políticas de Saúde Pública para jovens, destacando-se como núcleo principal de promoção e prevenção de saúde mental para crianças e adolescentes (ESTANISLAU, BRESSAN, 2014), intervindo no desenvolvimento de fatores de proteção e redução de riscos relacionados à saúde mental. Portanto, promover a educação em saúde

mental significa promover seus cidadãos, sobretudo, crianças e jovens, garantindo seus direitos fundamentais, gerando pessoas felizes que promovam o bem estar coletivo de alguma forma, por mais simples que seja a sua parte, mas que tenham a visão de estarem ajudando a fazer um mundo melhor.

Como exemplos de abordagem em saúde mental voltadas ao aluno os autores citam o Guia Curricular de Saúde Mental na Escola (*Teen Mental Health*), desenvolvido no Canadá e que incorpora a “alfabetização” em saúde mental ao currículo existente, as evidências científicas do projeto demonstraram-se efetivas pra que educadores e estudantes assimilem conhecimento e apresentem mudanças de atitude em relação à saúde mental (ESTANISLAU, BRESSAN, 2014), programa esse que está disponível e pode ser adaptado para aplicação em qualquer ambiente escolar.

Nos Estados Unidos o PATHS – *Promoting Alternative Thinking Strategies* (Promovendo estratégias de Pensamento Alternativas) (www.pathstraining.com/main/), implementou um currículo específico que promove o conhecimento sobre as emoções, a formação de relacionamentos positivos e as habilidades de resolução de problemas. As pesquisas tem demonstrado que o programa estimula a cognição (capacidade de planejamento, memória de trabalho, controle de impulsos etc.) de forma duradoura (ESTANISLAU, BRESSAN, 2014).

No Brasil podemos citar projetos semelhantes como: Comunidade Aprender Criança (www.aprendercrianca.com.br), vinculado ao Instituto Glia, Universidade de Ribeirão Preto – SP, criado em 2006, que desenvolveram o Projeto Atenção Brasil: Educando com Ajuda das Neurociências: Cartilha do Educador. Outra iniciativa brasileira, o Projeto Cuca Legal (www.projetocucalegal.org.br) vinculado à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), que a partir de pesquisas desenvolve estratégias educativas de promoção e prevenção em saúde mental na escola, com abordagem particularmente direcionada para o suporte e o empoderamento de educadores e demais profissionais vinculados ao contexto escolar (ESTANISLAU, BRESSAN, 2014).

Numa dimensão mais ampla e do modelo biopsicossocial essas ações propostas buscam oportunizar o empoderamento (*empowerment*) (FREIRE, SHOR, 1986), nesse sentido, implica conquista da liberdade, avanço e superação do estado de subordinação (dependência econômica, física, psicológica etc.) por parte daquele que se empodera (sujeito ativo do processo), e não uma simples doação ou transferência por benevolência. Esse processo é realizado pela própria pessoa, por si mesma as mudanças e ações que a levam a evoluir e se fortalecer (ROSA, ROMANINI, 2014), como sujeitos envolvidos no processo

recíproco do ensino e da educação em ciências, no âmbito da saúde mental e sua inserção como tema transversal nos conteúdos estabelecidos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Empoderamento esse, como fenômeno e processo recíproco de crescimento através da informação, conhecimento e aquisição de habilidades, competências e autonomia.

Enfatizamos também a relevância do tema educação em saúde mental inserido nos temas transversais focado num contexto interdisciplinar, envolvendo diferentes áreas do conhecimento (e das ciências como a) começando pelo ensino de ciências, educação em saúde, pedagogia, psicologia e áreas afins e complementares. Neste sentido, não propomos aqui ações focadas num modelo de medicalização do tema “Saúde Mental”, nas relações interpessoais e no ambiente escolar, mas sim, onde prevaleça uma orientação humanizada e acolhedora.

Neste contexto entendemos que a educação em saúde mental deve tornar-se um princípio fundamental dos programas de saúde escolar, pois além de promover a adoção de comportamentos saudáveis numa concepção humanística que agreguem conhecimentos e concepções de promoção, prevenção e aquisição do empoderamento de competências com reflexos e resultados nas vidas e no cotidiano dos estudantes e da comunidade escolar.

6 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo revelam que 32,98% dos adolescentes, dos 94 participantes que responderam o instrumento da pesquisa, estudantes do Colégio Politécnico da Universidade Federal de Santa Maria (CPUFSM), podem ser considerados como portadores de algum nível de sofrimento psíquico e emocional potencialmente suficientes para desenvolverem um Transtorno Psíquico ou Mental Menor. Este dado torna-se preocupante quando se sabe das consequências que podem acarretar durante a adolescência e juventude, fases de transição significativas no contexto de vida dos indivíduos, em que o corpo se encontra em processo de maturação podendo ameaçar o desenvolvimento e bem-estar dos mesmos.

A partir da revisão da literatura na presente pesquisa constatou-se a carência de ações e material informativo que oportunizem o conhecimento sobre Saúde Mental, tanto para os educadores quanto para as crianças e os adolescentes no ambiente escolar, visto ser esta fase um período oportuno para a aquisição de modelos e referências e para a incorporação de comportamentos na transição para a idade adulta. As escolas são os locais privilegiados para a implementação de projetos com materiais informativos, não só porque são os locais onde os jovens passam a maior parte do tempo e espaços privilegiados para a aquisição de saberes e competências promotoras da saúde. Ainda que a educação em saúde mental seja um assunto pouco debatido, ela implica um conhecimento voltado para a ação em prol da saúde dos jovens e dos seus pares.

Conforme proposto nos objetivos deste estudo elaboramos um folder educativo intitulado “A saúde mental no ambiente escolar”, como uma ação de promoção e prevenção em Saúde Mental no contexto da comunidade escolar na qual foi desenvolvida a pesquisa. Este material com referencial teórico-científico e links relacionados ao tema, numa linguagem acessível e aplicável no ambiente escolar será utilizado em atividades com professores e alunos. Nesta ação não propomos uma abordagem na medicalização do tema da Saúde Mental, no ambiente escolar e nas relações interpessoais. Mas sim, um enfoque que priorize uma orientação humanizada e acolhedora, visando oportunizar o empoderamento (*empowerment*) das pessoas na comunidade escolar, diminuindo o estigma e o preconceito em relação ao sofrimento psíquico estimulando a aceitação e a tolerância no sentido de que os indivíduos sintam-se mais livres para expressar e comunicar seus sentimentos e conflitos.

PERSPECTIVAS FUTURAS

Estimular o debate a respeito da Saúde Mental no ambiente escolar entre todos os segmentos envolvidos no processo educacional;

Divulgar a produção e os resultados encontrados, compartilhando conhecimento e boas práticas em Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. et al. Adolescência e Maioridade Penal: Reflexões a partir da Psicologia e do Direito. **Psicologia Política**. v. 9, n. 17, p. 67-83. jan./jun., 2009.

ARRUDA, M. A. et al. **Projeto Atenção Brasil: Saúde Mental e desempenho escolar em crianças e adolescentes brasileiros**. Análise dos resultados e recomendações para o educador com base em evidências científicas. Ribeirão Preto: Instituto Glia, SP, 2010.

AZAMBUJA, C. R. et al. Association between physical activity level and body image in college students. In: International workshop and exhibition about physical activity in times of major sporting events, 2014, São Paulo. **Annals**. São Paulo: ILSI Brasil/FSP USP, 2014.

BASSOLS, A. M. et al. **Saúde mental na escola** – uma abordagem multidisciplinar. São Paulo: Mediação, v. 1, 2003. 134 p.

BAUMAN, Z. **Amor Líquido**. Rio de Janeiro: Zahar Nacional, 2004. p. 192.

_____. **Fronteiras do pensamento**. Disponível em: <<http://www.fronteiras.com/entrevistas/vivemos-o-fim-do-futuro>>. Acesso em: 13 jul. 2015.

BENETTI, S. P. C. et al. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. **Caderno de saúde Pública**, Print Version, v. 23, n. 6, 2007.

BOTTINO, S. M. B. Repercussões do Cyberbullying na saúde mental dos adolescentes. **Revista debates em psiquiatria**. Ano 5. n. 2, p. 20-26, 2015.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.394 – **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**, de 20 de dezembro de 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm>. Acesso em: 3 mai. 2015.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos**. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília/DF 1996.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2007/pces058_04.pdf>. Acesso em: 8 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde: Conferência Nacional de Saúde, 1986, Brasília. **Anais...** Brasília: MS, 1986. BUSS, P. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n.1, p.163-77, 2000.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais:** introdução aos parâmetros curriculares nacionais. Brasília: MEC/SEF, 1997, 126 p. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro01.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2015.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais:** terceiro e quarto ciclos - apresentação dos temas transversais. Brasília: MEC/SEF, 1998. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/ttransversais.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2015.

_____. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. **ABC do SUS:** doutrinas e princípios. Brasília/DF 1990.

BRÊTAS, J. R. S. et al. Os rituais de passagem segundo adolescentes. **Acta paul. enferm.**, v. 21, n. 3, 2008.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no Ciclo de Vida Familiar:** uma estrutura para a Terapia Familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. (Orgs.), *As mudanças no Ciclo de Vida Familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CARVALHO, P. D. et al. Prevalência e fatores associados a indicadores negativos de saúde mental em adolescentes estudantes do Ensino Médio em Pernambuco, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 11, n. 3, p. 227-38, jul./set. 2011.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. A Transformação do Espaço Pedagógico em Espaço Clínico - A Patologização da Educação - **Publicação: Série Ideias**. São Paulo: FDE, n. 23, p. 25-31, 1994.

CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE. **I Conferência Nacional de Saúde Mental:** relatório final/ 8. Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf >. Acesso em: 16 mar. 2015.

CURY, C. R.; GOLFETO, J. H. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): a study school children in Ribeirão Preto. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 25, n. 3, p. 139-145, 2003.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. **Saúde Pública**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

DARIDO, S. C. (Org.). **Cadernos de Formação: Conteúdos e Didática de Educação Física**. São Paulo: Cultura Acadêmica, v. 1, p. 176, 2012.

DARIDO, S. C. et al. Educação Física, a formação do cidadão e os parâmetros curriculares nacionais. **Revista Paulista de Educação Física**, v. 15, n. 1, p. 17-32, 2001.

DAVIS, K. Coming of age online: the developmental underpinnings of girls' blogs. **J Adolesc Res**. v. 25, p. 145-71, 2010.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 14, p. 7-11, 1986.

DINIZ. O mal-estar das mulheres professoras. In: LOPES, E. M. T. (Org.) et al. **A psicanálise escuta a educação**. Belo Horizonte: Autentica, 1998.

DORON, R.; PAROT, F. Dicionário de psicologia. São Paulo: Editora Ática, 2000.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critério. **Adolesc Saude**. v. 2, n. 2, 2005.

ERIKSON, E. H. **Identidade, Juventude e Crise**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1976. p. 322.

_____. **Infância e Sociedade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1987. p. 128.

ERIKSON, E. H.; ERIKSON, J. **O ciclo da vida completo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

ESTANISLAU, G. M.; BRESSAN, R. A. **Saúde Mental na Escola: o que os educadores devem saber**. Artmed: Porto Alegre, 2014. p. 277.

FERNANDES, M. H.; ROCHA, V. M.; SOUZA, D. B. A concepção sobre saúde do escolar entre professores do ensino fundamental (1ª a 4ª séries). **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, v. 12, n. 2, p. 283-291, 2005.

FERNANDEZ, J. C.; ANDRADE, E. A. **Promoção da saúde: elemento instituinte?** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000100014&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 ago. 2015.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, M. C. T.; MARTURANO, E. M. Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo rendimento escolar. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Print version, 2002.

FLECK, L. **Estilo de pensamento da ciência**. Mauro Lúcio Leitão Condé (Org.). Belo Horizonte, MG: Fino Traço, 2012. p. 160.

FLECK, L. **Genesis and development of a scientific fact**. Translated by Frederick Bradley and Thaddeus J. Trenn, 1979. p. 203.

FORD, T.; GOODMAN, R.; MELTZER, H. The British child and adolescent mental health survey 1999, the prevalence of DSM-IV disorders. **Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 42, p. 1203-1211, 2003.

FREIRE, P. **Medo e ousadia: cotidiano do professor**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. p. 312.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996. p. 54.

GOETHE, J. W. **Os Sofrimentos do Jovem Werther**. Porto Alegre: Coleção L&PM Pocket. 2001. p. 208.

GOLDBERG, D. P. **The detection of psychiatric illness by questionnaire; a technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness**. London: Oxford University Press, 1972.

GOMES, J. P. As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - Porto Alegre, Brasil. **Educação**, v. 32, n. 1, p. 84-91, 2009.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 380-390, fev. 2008.

GOODMAN, R. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 40, p. 791-801, 1999.

GOUVEIA, M. S. F. Atividades de ciências: a relação teoria-prática no ensino. **Ensino em Re-vista**, v. 3, n. 1, p. 9-14, 1994.

HALL, S. C.; LINDZEY, G.; CAMPBELL, J. B. **Teorias da personalidade**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 592.

HARDING, T. W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol Med**. v. 10, p. 231-241, 1980.

HOLZER, W. Sobre Territórios e Lugaridades. **Cidades - Revista Científica**, v. 10, n. 17, 2013.

IBOPE. Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística. **Gerações Y e Z: juventude digital**. 2014. Disponível em: <<http://www4.ibope.com.br/>>. Acesso em: 13 jul. 2015.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM)**, 2015. Disponível em: <<http://enem.inep.gov.br/index.html>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

LEAVELL, S.; CLARCK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LEONELLO, V. M.; L'ABBATE, S. Educação em saúde na escola: uma abordagem do currículo e da percepção de alunos de graduação em pedagogia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 19, p. 149-166, 2006.

LEVITT, J. M. et al. Early identification of mental problems in schools: The status of instrumentation. **Journal of School Psychology**, v. 45 p. 163-191, 2007.

LOUREIRO, L. M. J. et al. Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. **Revista de Enfermagem**. III Série, n. 6, 2012.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **Brasilian Journal Psychiatry**, v. 148, p. 23-26, 1986.

MARINHO, J. C. B.; SILVA, J. A.; FERREIRA, M. A educação em saúde como proposta transversal: analisando os Parâmetros Curriculares Nacionais e algumas concepções docentes. **História, Ciências e Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro. v. 22, n. 2, p. 429-443, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n2/0104-5970-hcsm-2014005000025.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2016.

MATOS, M.; SARDINHA, S. **Estilos de vida ativos e qualidade de vida**. Lisboa: Edições FMH. p. 163-181, 1999.

MATSUDO, S. M. et al. Nível de atividade física da população do estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível sócio-econômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Revista Brasileira de Ciência & Movimento**, v. 10, n. 4, p. 41-50, 2002.

MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 207.

MOODLE. **Modular Object Oriented Dynamic Learning Environment**. Disponível em: <<https://moodle.org/>>. Acesso em: 16 jul. 2015.

MORAES, C. Carta aos editores “força-tarefa brasileira de psiquiatrias da infância e adolescência”. **Rev. Bras. Psiquiat**, v. 30. n. 3, p. 290-301, 2008.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2011. p. 102.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Mapa do Progresso de 2012**. Nova York: Divisão de Estatística do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais; 2012.

OSÓRIO, L. C. **Adolescente hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

OUTEIRAL, J. **Adolescer – Estudos Revisados Sobre Adolescência**. 3. ed. Rio de Janeiro-RJ: Revinter, 2008. p. 184.

_____. **O mal-estar na escola**. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2005.

PANDOLFO, K. C. M. et al. Índice de sobrepeso e obesidade em estudantes do ensino fundamental. **Revista Digital Lecturas, Educación Física y Deportes [on line]**, v. 18, n. 189, 2014.

PAULA, C. S.; DUARTE C. S.; BORDIN I. A. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. **Rev Bras Psiquiatria**. v. 29, n. 1, p. 11-7, 2007.

PELICIONI, M. C. F. As inter-relações entre educação, saúde e meio ambiente. **Jornal da USP**, v. 15, n. 494, p. 2, 08 nov. 1999.

PRETO, N. G. Transformação do sistema familiar na adolescência. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. (Orgs.). **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PUURA, K. et al. Children with symptoms of depression – what do the adults see? **J Child Psychiatry**, v. 39, n. 4, p. 577-585, 1998.

RABELLO, E. T. **Personalidade: estrutura, dinâmica e formação – um recorte eriksoniano**. Monografia de Graduação. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

RABELLO, E. T.; PASSOS, J. S. **Erikson e a teoria psicossocial do desenvolvimento**. Disponível em: <<http://www.josesilveira.com>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

ROBERTS, R. E.; ROBERTS, C. R.; XING, Y. Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. **Journal of Psychiatric Research**, v. 41, p. 959-967, 2007.

ROEHRS, H.; MAFTUM, M. A.; ZAGONEL, I. P. S. Adolescência na percepção de professores do ensino fundamental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 421-8, 2010.

ROSO, A.; ROMANINI, M. Empoderamento individual, empoderamento comunitário e conscientização: um ensaio teórico. **Psicologia e Saber Social**, v. 3, n. 1, p. 83-95, 2014.

SÁ, R. A.; CARNEIRO, S. M. M.; LUZ, A. A. A escola e os sete saberes: reflexões para avanços inovadores no processo educativo. **Revista da FAEBA – Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 22, n. 39, p. 159-169, jan./jun. 2013.

SANTOS, E. C. **Educação ambiental e ensino de ciências: A transversalidade e a mudança de paradigma.** Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências, VII - Enpec. 2009.

SANTOS, K. O. B. et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 544-560 jul./set., 2010. Disponível em: < <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/54/54>>. Acesso em: 12 jul. 2014.

SCHMITT, K. L.; DAYANIM, S.; MATTHIAS, S. Personal homepage construction as an expression of social development. **Dev Psychol**, v. 44, p. 496-506, 2008.

SCLIAR, M. Physis: **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SELOSSE, J. **Adolescence, violences, et déviances.** Vigneux: Editions Matrice, 1997.

SEN, B.; WILKINSON, G.; MARI, J. J. Psychiatric morbidity in primary health care: a two-stage screening procedure in developing countries. Choice of instruments and cost-effectiveness. **Br J Psychiatry**, n. 151, p. 33-38, 1987.

SEVERO, R. R. **O princípio da integralidade na política de saúde.** Recife, 2012. 110 fl. Dissertação Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, Programa de Serviço Social, 2012.

SILVA, A. **A interface família escola e saúde mental na infância e adolescência.** 2010. Disponível em: <www.mp.gov.br>. Acesso em: 22 jun. 2015.

TERRIS, M. Public health policy for the 1990. **Ann. Review of Public Health**, v. 11, p. 39-51, 1990.

THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** (UFRJ. Impresso), v. 63, p. 360-372, 2014.

TRIOLA, M. F. **Introdução à Estatística.** 9. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2005. p. 682.

UFSM, Universidade Federal de Santa Maria. **Projeto pedagógico – Colégio Politécnico.** Disponível em: <http://www.politecnico.ufsm.br/images/projeto_pedagogico/projeto_pedagogico_2015.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2015.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação Mundial da Infância 2011: Adolescência uma fase de oportunidades**. 2011. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2015.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Suicídio adolescente em povos indígenas**. São Paulo: Arte Brasil, 2014. p. 221.

VALKENBURG, P. M.; PETER, J. Online communication among adolescents: an integrated model of its attraction, opportunities, and risks. **J Adolesc Health**. n. 48, p. 121-7, 2011.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2014: Jovens do Brasil**. CEBELA-FLACSO, 2014.

WEINBERG, C. **Geração delivery: adolecer no mundo atual**. Sá Editora, 2001.

WERLANG, C. K. **A Reforma da Educação Profissional**. Uma reflexão no Colégio Agrícola de Santa Maria. Santa Maria: Imprensa Universitária - UFSM, 1999.

WHO. *World Health Organization*. **Expert Committee on Mental Health**: Geneva, 1994.

_____. **Global Burden of Disease**. 2004.

_____. **Health Education**. Geneva, CH: World Health Organization, 2013.

_____. **Mental Health**: First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Ottawa: WHO; 1986. Disponível em: <www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2015.

_____. **Mental Health**: New Understanding, New Hope The World Health Report. 2001.

_____. Carta de Ottawa. **Promoção da Saúde**: Cartas de Ottawa, 1986.

WILLIAMS, S. B. et al. Screening for child and adolescent depression in primary care settings: a systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. **Pediatrics**, v. 123e, p. 716-735, 2009.

XAVIER, M. M. et al. **Fatores associados à prevalência de obesidade infantil em escolares**. *Pediatr mod*. 2009.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de confidencialidade

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS:
QUÍMICA DA VIDA E SAÚDE

Pesquisador responsável: Maria Rosa Chitolina Schetinger

Instituição/Departamento: UFSM – Departamento de Química

Telefone para contato: 3220-9557

Local da coleta de dados: Santa Maria, RS

Os pesquisadores do presente projeto, denominado “**FATORES EMOCIONAIS E DE SAÚDE MENTAL: AVALIAÇÃO DE ALUNOS DE UMA ESCOLA PÚBLICA FEDERAL VISANDO AÇÕES PREVENTIVAS NOS CONTEÚDOS DE EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS**” se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados através de questionários. Concordam, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Centro de Ciências Naturais e Exatas – Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, por um período de 4 anos. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 23/08/2011, com o número do CAAE 0094.0.243.000-11.

Santa Maria, ____ de _____ de 2013.

Profª Drª Maria Rosa Chitolina Schetinger

Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido⁵

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS: QUÍMICA DA VIDA E SAÚDE

Este estudo, denominado “**FATORES EMOCIONAIS E DE SAÚDE MENTAL: AVALIAÇÃO DE ALUNOS DE UMA ESCOLA PÚBLICA FEDERAL VISANDO AÇÕES PREVENTIVAS NOS CONTEÚDOS DE EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS**” tem como objetivo investigar a presença de alterações emocionais e de saúde mental em adolescentes do Ensino Médio de uma escola pública federal que possam indicar algum nível de desconforto emocional ou sofrimento psíquico capaz de interferir no processo de aprendizagem.

A importância deste tipo de trabalho é justificada pelo fato de que o período escolar torna-se crítico para intervenções de promoção da saúde mental e com esta investigação pretende-se que esses dados fiquem disponíveis e que possam contribuir para a qualidade da educação neste nível de ensino, justificando a importância deste estudo na contribuição de direcionamentos para a condução de ações preventivas e educativas relativas à temática saúde mental na escola.

Os participantes não terão nenhum tipo de gasto, mas poderão estar sujeitos a algum desconforto emocional no decorrer do questionário. Sendo assim, a participação neste estudo é livre e voluntária, podendo o participante desistir de participar em qualquer momento da pesquisa, sem ônus ou penalização. A identidade de todos os participantes permanecerá em sigilo.

Eu, _____ após ler as informações acima, concordo em participar deste estudo.

Santa Maria, RS, _____ de _____ de 2013.

Assinatura do participante

Prof^ª Dr^a Maria Rosa Chitolina Schetinger

ESCLARECIMENTO: Caso exista dúvida quanto a sua participação entrar em contato com Maria Rosa Chitolina Schetinger pelo telefone (55) 3220-9557. Qualquer outra dúvida ou denúncia, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Sala 736 - Fone: (55) 3220 9362.

⁵ (Este foi elaborado e está em processo de revisão e diagramação)

Apêndice C – Folder “A saúde mental no ambiente escolar”

A SAÚDE MENTAL NO AMBIENTE ESCOLAR

PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE SAÚDE MENTAL NO AMBIENTE ESCOLAR

O PAPEL ESTRATÉGICO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE MENTAL

As escolas são ambientes privilegiados para o desenvolvimento de crianças e adolescentes e suas famílias, tanto na promoção de fatores de proteção quanto na detecção de riscos e redução de danos psicossociais.

Por concentrarem a maior parte da população infanto-juvenil brasileira, os estabelecimentos escolares agregam diversidades e singularidades, potencialidades e recursos significativos para a produção de saúde, a garantia de proteção integral e o desenvolvimento de pessoas sob princípios de autonomia e emancipação.

Por outro lado, não é atribuição nem papel da comunidade escolar a identificação e o diagnóstico de patologias ou transtornos mentais, mas está sob seu alcance a promoção de ambientes, ações e situações que visem ao desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes, de acolhida e aceitação, bem como de espaços reflexivos e críticos sobre quaisquer problemas identificados (MS E CNMP, 2013).

“A adolescência é uma etapa de oportunidades para as crianças, e um momento crucial para que possamos continuar construindo seu desenvolvimento da primeira década de vida, ajudá-la a navegar em meio a riscos e vulnerabilidades, e colocá-la no caminho da realização de seu potencial” (UNICEF, 2011).

ILUSTRAR UMA CENA DE ADOLESCENTES EM AMBIENTE ESCOLAR

O QUE É SAÚDE MENTAL?

É nos sentirmos bem conosco mesmos (próprios) e na relação com os outros. É sermos capazes de lidar de forma positiva e buscar soluções nas adversidades.

É termos confiança em si próprio, nos outros e não temermos o futuro.

Em 2005, a OMS definiu saúde mental na infância e na adolescência como:

[...] a capacidade de se alcançar e se manter um funcionamento psicossocial e um estado de bem-estar em níveis ótimos. [...] Ele auxilia o jovem a perceber, compreender e interpretar o mundo que está a sua volta, a fim de que adaptações ou modificações sejam feitas em caso de necessidade [...] (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

MENTE SÃ EM CORPO SÃO!

A Saúde Mental e a Saúde Física são duas vertentes fundamentais e indissociáveis da Saúde.

ILUSTRAÇÃO: UM JOVEM EXPRESSANDO BEM ESTAR (ESPORTE...)

QUAIS OS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL MAIS COMUNS E FREQUENTES?

Ansiedade excessiva ou Medos sem motivo aparente ou desproporcional.
 Mal-estar psicológico ou Estresse continuado.
 Problemas com a alimentação em excesso ou falta de apetite que não melhora.
 Depressão.
 Euforia ou Agitação Excessiva.
 Abuso e dependência de álcool e outras drogas.
 Transtornos Mentais Graves: Psicoses, como a Esquizofrenia.
 Deficiência Mental.
 Demências: Idosos.

A Ansiedade excessiva (Fobias, Pânico...) e a Depressão são os Transtornos Mentais mais frequentes, sendo causas importantes de SOFRIMENTO, incapacidade e DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM.

QUEM PODE TER SOFRIMENTO MENTAL OU EMOCIONAL?

A o longo da vida, todos nós podemos ser afetados por problemas emocionais, sofrimento psíquico e de saúde mental, de maior ou menor gravidade. Algumas fases, como a entrada na escola, a adolescência, a menopausa e o envelhecimento, ou acontecimentos e dificuldades, tais como a perda de familiar próximo, separações, o desemprego, as mudanças e a pobreza podem ser causa de perturbações da saúde mental. Fatores genéticos, quadros infecciosos ou traumáticos e uso de drogas podem também estar na origem de Transtornos Mentais graves.

ILUSTRAÇÃO DE UM JOVEM QUE APARENTE NÃO ESTAR BEM (SEM MUITO DRAMA)

FALSOS CONCEITOS SOBRE SOFRIMENTO PSÍQUICO E DOENÇA MENTAL

As pessoas afetadas por problemas de saúde mental são muitas vezes incompreendidas, estigmatizadas, excluídas ou marginalizadas, devido a falsos conceitos, que importa esclarecer e desmistificar, tais como:

- As doenças mentais são fruto da imaginação;
- As doenças mentais não têm cura;
- As pessoas com problemas mentais são pouco inteligentes, preguiçosas, imprevisíveis ou perigosas e agressivas.

Estes mitos, a par do estigma e da discriminação associados ao sofrimento e à doença mental, fazem com que muitas pessoas tenham vergonha e medo de procurar apoio ou tratamento, ou não queiram reconhecer os primeiros sinais ou sintomas de doença.

Neste contexto, precisamos entender a importância de se respeitar os modos diferentes de ser e de viver que cada pessoa tem seu jeito de ver o mundo e de se relacionar com ele e com as pessoas.

Alguns são mais coração, outros razão; alguns são mais calmos, outros mais agitados; alguns gostam de certas coisas, outros desgostam, e assim vai. O que vale mesmo é o respeito, a cordialidade e a conduta de cada um voltada para o bem comum.

É por isso que podemos e devemos ajudar a quem precisa observar quem está numa condição de maior vulnerabilidade ou risco e acolhê-lo nas suas necessidades. Isso inclui as pessoas em sofrimento mental.

É comum observarmos nestas pessoas algumas fragilidades e limitações que podem variar de uma fase de uma pequena confusão, até uma situação de isolamento, tristeza ou mesmo MOMENTOS de agitação intensa e eventualmente de agressividade como vemos nas situações mais extremas e raras.

IMAGEM: ALGUÉM SENDO DISCRIMINADO, ISOLADO

BUSCAR AJUDA PROFISSIONAL, QUANDO?

E QUAIS SÃO OS SINAIS QUE DEVEM NOS PREOCUPAR?

- ❖ Perda de interesse ou abandono do convívio com as pessoas habituais.
- ❖ Mudança na maneira habitual de funcionar (na escola, trabalho ou em casa).
- ❖ Problemas de concentração, memória, ou do pensamento lógico e da maneira de falar difíceis de explicar.
- ❖ Maior sensibilidade ao som, luz, cheiros e EVITAÇÃO de locais OU SITUAÇÕES.
- ❖ Falta de vontade ou desejo de participar nas atividades habituais, ou DESÂNIMO.
- ❖ Uma vaga sensação de estar desligado de si próprio e dos que os rodeiam; uma sensação de irrealidade.
- ❖ Crenças pouco habituais ou exageradas acerca de poderes pessoais em compreender significados ou de mudar acontecimentos;
- ❖ Medo ou desconfiança dos outros ou uma estranha sensação de se sentir nervoso.
- ❖ Alterações graves no sono ou no apetite.
- ❖ Mudanças nos hábitos de higiene
- ❖ Mudanças grandes e rápidas nos sentimentos, ou nos níveis de energia e disposição.

A opinião e ajuda de um profissional da área da saúde ou saúde mental deverá sempre ser procurada quando necessário: o Assistente Social, Psicólogo, Pedagogo, um médico de confiança, profissional de enfermagem ou outros que estejam mais disponíveis, uma vez que a solução dos problemas é sempre mais fácil e eficaz quando ajuda ou tratamento é buscado mais cedo.

Mesmo nas doenças mais graves é possível controlar e reduzir os sintomas e, através de medidas de reabilitação, desenvolver capacidades e melhorar a qualidade de vida.

ALUNO ADOLESCENTE CONVERSANDO COM UM PROFESSOR

TODOS NÓS PODEMOS AJUDAR: CUIDAR SIM, EXCLUIR NÃO

Não estigmatizando

Apoiando

Integrando

Reabilitando

Não à Psicofobia: É o preconceito contra os portadores de Deficiência e Sofrimento Mental

Integração das pessoas com sofrimento psíquico ou Transtorno Mental

Se ninguém é melhor que ninguém, também não existe quem seja pior. Agir com preconceito e a indiferença só contribuem para um mundo mais desigual.

A boa comunicação no ambiente escolar: estimular o envolvimento Escola-Família através de um diálogo efetivo e permanente, pautado em respeito e colaboração.

Aprendizagem Socioemocional: é o processo de aquisição e reforço de habilidades socioemocionais que auxiliam a pessoa a lidar consigo mesma, a relacionar-se com os outros e a executar tarefas (estudar, trabalhar, etc.) de maneira competente e ética.

ALGUÉM AJUDANDO, APOIANDO OUTRO JOVEM, CENA COTIDIANA

PARA MANTER UMA BOA SAÚDE MENTAL

Não se isole: **COMUNIQUE-SE SEMPRE E TENDE ESTAR DISPONÍVEL PARA O QUE OS OUTROS TÊM A DIZER.**

Reforce os laços familiares, as amizades, SEU GRUPO DE AMIGOS NA ESCOLA, O PROFESSOR COM QUEM CONVIVE E CONFIA MAIS

Diversifique os seus interesses

Mantenha-se intelectual e fisicamente ativo

Busque ajuda profissional, converse quando se perceber em sofrimento psíquico e emocional
Não seja espectador passivo da vida, participe

Contribua para promover a sua saúde mental e a dos outros

SUGESTÃO DE ILUSTRAÇÃO

CUIDAR SIM, EXCLUIR NÃO

(Ilustração na contracapa).

Referências:

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação Mundial da Infância 2011: Adolescência uma fase de oportunidades. 2011. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf

ANEXO

Anexo A – SRQ 20 - *Self report questionnaire*

Página 1 de 2

TESTE 3: SRQ 20 - Self Report Questionnaire.

Teste que avalia o sofrimento mental. Por favor, leia estas instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

Instruções

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
1- Você tem dores de cabeça freqüente?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
2- Tem falta de apetite?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
3- Dorme mal?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
4- Assusta-se com facilidade?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
5- Tem tremores nas mãos?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
6- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
7- Tem má digestão?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
9- Tem se sentido triste ultimamente?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
10- Tem chorado mais do que costume?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação Suas atividades diárias?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa- sofrimento?)	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>

17- Tem tido ideia de acabar com a vida?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
19- Você se cansa com facilidade?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>
20- Têm sensações desagradáveis no estomago?	SIM <input type="radio"/>	NÃO <input type="radio"/>

RESULTADO

Se o resultado for ≥ 7 (maior ou igual a sete respostas SIM) está comprovado sofrimento mental