



Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Mestrado em Educação - Campus do Pantanal



DÉBORA SODRÉ GONÇALVES CARNEIRO

**INDICADORES DE DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES NA REDE PÚBLICA
DE ENSINO DOS MUNICÍPIOS DE CORUMBÁ E LADÁRIO – MS**

Corumbá/MS

2020



Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Mestrado em Educação - Campus do Pantanal



DÉBORA SODRÉ GONÇALVES CARNEIRO

**INDICADORES DE DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES NA REDE PÚBLICA
DE ENSINO DOS MUNICÍPIOS DE CORUMBÁ E LADÁRIO – MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação, área de concentração em Educação Social do Campus do Pantanal da Universidade Federal do de Mato Grosso do Sul, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação Social, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Cláudia Araújo de Lima.

Corumbá/MS

2020

DÉBORA SODRÉ GONÇALVES CARNEIRO

**INDICADORES DE DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES NA REDE PÚBLICA
DE ENSINO DOS MUNICÍPIOS DE CORUMBÁ E LADÁRIO – MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação, área de concentração em Educação Social, do Campus do Pantanal da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação Social, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Cláudia Araújo de Lima.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Cláudia Araújo Lima - Presidente
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS

Prof. Dr. Lupicinio Iñiguez Rueda
Universitat Autònoma de Barcelona – UAB
Barcelona - Espanha

Prof.^a Dr.^a Juliana Guimarães e Silva
Instituto de Saúde Pública
Universidade do Porto
Porto - Portugal

Prof. Dr. Tiago Duque
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Prof. Dr. Rômulo Ballestê Marques dos Santos
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Corumbá/MS
2020

AGRADECIMENTOS

A conclusão do mestrado é mais uma etapa da minha vida, escrever este agradecimento me emociona muito porque um filme passa na minha cabeça e muitas emoções afloram com essas lembranças. A primeira pessoa sem dúvida a agradecer é minha mãe Sônia Sodré Pereira Gonçalves (*in memoriam*), que sempre torceu por cada vitória e me ajudou a levantar nos momentos de dificuldade. Minha mãe sempre sonhou em ser professora e não teve oportunidade de realizar o seu sonho, hoje a conclusão dessa pós – graduação eu dedico a ela. As lembranças da sua felicidade transbordando através de um sorriso único por cada conquista minha, por isso, mãe mesmo estando com Deus hoje sei que está dançando e sorrindo muito por esse momento da minha vida.

Agradecer ao meu pai Antônio Nascimento Gonçalves pelo apoio, por vim de longe para que eu pudesse continuar meus estudos, enquanto carinhosamente ficava com meus filhos.

Agradecer as minhas irmãs Denise Sodré Gonçalves e Daniela Sodré Gonçalves que são minhas referências de vida, sempre me apoiaram e me motivaram em todos os momentos da minha vida com muito amor e carinho.

Aos meus filhos Júlia Sodré Carneiro, Sofia Sodré Carneiro e Henrique Sodré Carneiro (meu trio) por serem sempre muito amorosos e pacientes comigo nos momentos de ausência para me dedicar ao mestrado.

A meu esposo Sidarta Mendes Carneiro por me apoiar em todas as minhas escolhas e me incentivar sempre com palavras e gestos de carinho e amor, pela paciência nos meus momentos de estudos e por ser essa pessoa compreensiva que está sempre na torcida pelas minhas conquistas tornando-as muito mais prazerosas tendo ele ao meu lado.

As minhas amigas que estão distante, mas sempre presentes através de ligações e mensagens, como Dalila Soares da Silva, Cristinne Lyra Pontes e em especial a Ana Maria Borges que sempre acreditou em mim, uma forte influência profissional e uma amiga espetacular na minha vida.

Agradecer a toda a turma do mestrado como Charyze, Simeia, Nicole, Nathalia e a Jeane e aos professores contribuíram em cada disciplina. Também aos presentes que recebi no mestrado, as minhas amigas Mayara, Ana Paula e Sandrinha pessoas especiais. A minha amiga Ailine Lehnhart pela qual tenho uma enorme admiração e que esteve presente em todos os momentos de tristeza e felicidade.

Agradeço aos professores: Prof. Dr. Lupicinio Iñiguez Rueda, Prof^a Dr^a Juliana Guimarães e Silva, Prof. Dr. Tiago Duque e Prof. Dr. Rômulo Ballestê Marques dos Santos por aceitarem o convite para avaliar e contribuir com meu trabalho.

E por ultimo, essa pessoa que aprendi a admirar desde a primeira aula do mestrado que tive o prazer enorme de tê-la como minha orientadora a Professora Claudia Araujo Lima. Uma excelente pessoa e profissional que em diversos momentos acreditou mais em mim do que eu mesma, com suas palavras de apoio, seus elogios, suas críticas construtivas que colaboraram para me sentir muito mais segura e com coragem de alçar voos mais altos. Sem dúvida não vou esquecer essa experiência que tive o prazer de ter com você nesses dois anos do mestrado. Eterna gratidão.

Agradeço a Deus por sempre estar presente na minha vida concedendo força e esperança para a conclusão desse trabalho.

Muito obrigada!

RESUMO

Esta pesquisa é devido a grande incidência de adolescentes com sintomas de depressão em todo o mundo vem se apresentando como sendo uma das principais causas de doença e incapacidade. A ocorrência da depressão de forma mais grave nesse período pode levar a ideação suicida ou até mesmo ao suicídio. O objetivo geral é analisar os indicadores de depressão e as habilidades sociais em estudantes do ensino médio no ambiente escolar dos municípios de Corumbá e Ladário – MS. Os objetivos específicos foram: identificar fatores de risco relacionados aos indicadores de depressão no contexto escolar; avaliar classes de habilidades sociais que podem contribuir para o desenvolvimento da depressão em estudantes; compreender fatores de risco que levam os estudantes a tentativa de suicídio e o último, analisar as práticas de professores, coordenadores e diretores das escolas, relativas aos indicadores de depressão e de suicídio. Trata-se de um estudo de caso que foi desenvolvido com base na pesquisa social que emprega técnicas quantitativa, qualitativa, descritiva por meio de pesquisa de campo no ambiente escolar. A pesquisa contou com a participação de 10 funcionários (seis professores, dois coordenadores e dois diretoras) e 20 estudantes do ensino médio, sendo que cinco funcionários e 12 estudantes da escola da cidade de Corumbá - MS e cinco funcionários e oito estudantes da escola da cidade de Ladário - MS. Os funcionários das escolas responderam um questionário socioacadêmico e participaram de uma entrevista semiestruturada e os estudantes responderam dois testes psicológicos: Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes – IHSA e o Inventário de Depressão de Beck - BDI-II. Os resultados da pesquisa indicam as dificuldades que os adolescentes apresentaram com relação às habilidades sociais e quando relacionados aos indicadores de depressão moderado e grave revelam ter uma baixa frequência dos comportamentos sociais. A partir disso percebe-se a necessidade que seja criada nas escolas estratégias para capacitar e apoiar os professores e funcionários para promoção de saúde dos adolescentes.

Palavras-chave: Depressão; Suicídio; Habilidades Sociais; Adolescência; Escola.

ABSTRACT

This research is due to the high incidence of adolescents with symptoms of depression, worldwide has been presenting itself as being one of the main causes of illness and disability. Depression more severely during this period can lead to suicidal ideation or even suicide. The general objective is to analyze the indicators of depression and social skills in high school students in the school environment in the municipalities of Corumbá and Ladário - MS, Brazil. The specific objectives were: to identify risk factors related to depression indicators in the school context; evaluate classes of social skills that can contribute to the development of depression in students; understand risk factors that lead students to attempt suicide and the latter, analyze the practices of teachers, coordinators and school principals, regarding the indicators of depression and suicide. This is a case study that was developed based on social research that employs quantitative, qualitative, descriptive techniques through field research in the school environment. The survey was attended by 10 employees (six teachers, two coordinators and two principals) and 20 high school students, with five employees and 12 students from the Corumbá school and five employees and eight students from the Ladário school at state education network from Mato Grosso do Sul – MS, Brazil. School officials answered a socio-academic questionnaire and participated in a semi-structured interview and students answered two psychological tests: Social Skills Inventory for Adolescents - IHSA and Beck's Depression Inventory - BDI-II. The survey results indicated the difficulties that adolescents presented with respect to social skills and when related to indicators of moderate and severe depression reveal a low frequency of social behaviors. From this, there is a need for strategies to be created in schools to train and support teachers and staff to promote adolescent health.

Keywords: Depression; Suicide; Social skills; Adolescence; School.

RESUMEN

Esta investigación se debe a la alta incidencia de adolescentes con síntomas de depresión, en todo el mundo se ha presentado como una de las principales causas de enfermedad y discapacidad. La depresión más severa durante este período puede conducir a una ideación suicida o incluso al suicidio. El objetivo general es analizar los indicadores de depresión y habilidades sociales en estudiantes de secundaria en el entorno escolar en los municipios de Corumbá y Ladário - MS, Brasil. Los objetivos específicos fueron: identificar los factores de riesgo relacionados con los indicadores de depresión en el contexto escolar; evaluar clases de habilidades sociales que pueden contribuir al desarrollo de la depresión en los estudiantes; Comprenda los factores de riesgo que llevan a los estudiantes a intentar suicidarse y, por último, analizar las prácticas de los maestros, coordinadores y directores de escuela con respecto a los indicadores de depresión y suicidio. Este es un estudio de caso que se desarrolló en base a la investigación social que emplea técnicas cuantitativas, cualitativas y descriptivas a través de la investigación de campo en el entorno escolar. A la encuesta asistieron 10 empleados (seis maestros, dos coordinadores y dos directores) y 20 estudiantes de secundaria, con cinco empleados y 12 estudiantes de la escuela Corumbá y cinco empleados y ocho estudiantes de la escuela Ladário de la Red estatal de enseñanza de Mato Grosso do Sul - MS. Los funcionarios escolares respondieron un cuestionario socio-académico y participaron en una entrevista semiestructurada y los estudiantes respondieron dos pruebas psicológicas: Inventario de habilidades sociales para adolescentes - IHSA y el Inventario de depresión de Beck - BDI-II. Los resultados de la encuesta indicaron las dificultades que los adolescentes presentaron con respecto a las habilidades sociales y cuando se relacionan con indicadores de depresión moderada y severa, revelan una baja frecuencia de comportamientos sociales. En base a esto, existe la necesidad de crear estrategias en las escuelas para capacitar y apoyar a maestros y personal para promover la salud de los adolescentes.

Palabras llave: depresión; Suicidio; Habilidades sociales; Adolescencia; Colegio.

LISTA DE TABELAS:

TABELA 1 - Cruzamento do escore total de frequência com escore total de dificuldade.....	78
TABELA 2 - Percentual do cruzamento dos testes BDI-II mínimo e IHSA subescalas.....	89
TABELA 3 - Percentual do cruzamento dos testes BDI-II leve e IHSA subescalas.....	91
TABELA 4 - Percentual do cruzamento dos testes BDI-II moderado e IHSA subescalas.....	92
TABELA 5 - Percentual do cruzamento dos testes BDI-II grave e IHSA subescalas.....	93

LISTA DE GRÁFICOS:

GRÁFICO 1 - Faixa etária e sexo dos adolescentes participantes da pesquisa.....	56
GRÁFICO 2 - Escolaridade dos adolescentes que participaram da pesquisa.....	57
GRÁFICO 3 - Idade dos profissionais entrevistados.....	57
GRÁFICO 4 - Escolaridade dos profissionais entrevistados	58
GRÁFICO 5 - Frequência de habilidades sociais por sexo.....	80
GRÁFICO 6 - Frequência de habilidades sociais por idade.....	81
GRÁFICO 7 – Indicadores de Depressão.....	83
GRÁFICO 8 – Indicadores de depressão por idade.....	84
GRÁFICO 9 - Indicadores de depressão por sexo.....	85
GRÁFICO 10 - Relação entre indicadores de depressão com o item cognições suicida.....	86
GRÁFICO 11 - Relação entre BDI-II e Escore total frequência.....	88

LISTA DE SIGLAS

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria
BDI - II – Inventário de Depressão de Beck
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CFM - Conselho Federal de Medicina
CFP - Conselho Federal de Psicologia
CID-10 - Código Internacional de Doenças
CVV - Centro de Valorização a Vida
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DSM-V - Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
IASP - International Association for Suicide Prevention
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHSA - Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes
INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MS - Ministério da Saúde
MMFDH - Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos.
MS - Mato Grosso do Sul
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PSE - Programa Saúde na Escola
ROC - Receiver Operating Characteristics
REBRAPS - Associação Brasileira de Psiquiatria
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
SATEPSI - Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos
SINAN - NET - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SRT - Serviço Residencial Terapêutico
SIM - Sistema de Informações de Mortalidade
SUS - Sistema Único de Saúde
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

SUPRE - Suicide Prevention Program

SED - Secretaria de Educação do Mato Grosso do Sul

UF - Unidade da Federação

UFMS - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas

LISTA DE APÊNDICES:

APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os pais (TCLE).	111
APÊNDICE 2 - Termo de Assentimento do para os adolescentes (TALE).....	113
APÊNDICE 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Pais – TCLE.....	115
APÊNDICE 4 - Questionário socioacadêmico para os adolescentes.....	117
APÊNDICE 5 - Questionário socioacadêmico para professo res, coordenadores e diretores.	118
APÊNDICE 6 - Roteiro de entrevistas para professores, coordenadores e diretores.....	119

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
JUSTIFICATIVA	18
1. ADOLESCÊNCIA.....	22
1.1 Conceito de Adolescência.....	22
2. EDUCAÇÃO E HABILIDADES SOCIAIS NA ADOLESCÊNCIA	24
2.1 Conceitos de Habilidades Sociais.....	24
2.2 Habilidades Sociais na adolescência.....	26
2.3 Habilidades Sociais Educativas.....	27
2.4 O papel da educação.....	28
2.5 A relação entre professor e aluno.....	29
2.6 Programa Saúde na Escola - PSE.....	31
3. DEPRESSÃO E ADOLESCÊNCIA.....	33
3.1 Conceitos de Depressão.....	33
3.2 Depressão na adolescência.....	35
3.1 Depressão e Fatores de risco.....	37
3.2 Depressão e fatores de proteção na escola.....	38
3.3 Políticas públicas e saúde mental na escola.....	39
4. SUICÍDIO E ADOLESCÊNCIA.....	40
4.1 Conceito de suicídio.....	40
4.2 Epidemiologias do suicídio no Brasil.....	42
4.3 Legislações sobre suicídio.....	43
4.4 A relação do suicídio e a escola.....	45
4.5 Os estigmas, tabus e o papel das mídias relacionadas ao suicídio.....	46
4.6 Os fatores de risco que envolve o suicídio.....	48
4.7 A relação entre Depressão e Suicídio.....	49
4.8 Os fatores de proteção do suicídio na escola.....	50
5. METODOLOGIA	52
5.1 Locais da pesquisa.....	52

Corumbá.....	52
Ladário.....	53
5.2 Percursos Metodológicos.....	53
5.3 Descrição da Amostra.....	55
5.4 Técnicas e Instrumentos.....	58
5.4.1 Questionário Socioacadêmico.....	58
5.4.2 Entrevista.....	59
5.4.3 Teste Psicologico.....	59
6. ANÁLISE DOS DADOS.....	62
6.1 Análise e Interpretação dos dados da entrevista.....	62
6.2 Análise e Interpretação dos dados os testes psicológicos.....	76
6.2.1 Teste IHSA – Inventário de Habilidades Sociais para Adolescente.....	76
6.2.2 Teste BDI-II – Inventário de Depressão de Beck.....	82
6.2.3 Relação entre os testes IHSA e BDI-II.....	87
7. CONSIDERAÇÕES	98
8. REFERÊNCIAS BIBILOGRÁFICAS.....	100
9. APÊNDICES.....	111

INTRODUÇÃO

Os transtornos emocionais geralmente surgem durante a adolescência. A ocorrência da depressão de forma mais grave nesse período pode levar a ideação suicida ou até mesmo ao suicídio. A necessidade de reconhecer um adolescente em sofrimento é importante para prevenir sintomas relacionados à depressão e ao suicídio, estabelecer um canal de comunicação na escola com os estudantes e promover boas relações interpessoais que podem colaborar para saúde mental dos adolescentes.

A grande incidência de adolescentes com sintomas de depressão em todo o mundo vem se apresentando como uma das principais causas de doença e incapacidade. A saúde mental é responsável por 16% da carga global de doenças e lesões em pessoas com idade entre 10 a 19 anos, metade de todas as condições de saúde mental começam aos 14 anos de idade, mas a maioria não é detectada e nem tratada. O suicídio é a terceira principal causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos (OPAS, 2018).

Segundo um relatório global realizado pela Organização Mundial de Saúde – OMS, 322 milhões de pessoas em todo o mundo tem depressão, a maioria mulheres, um aumento de 18% entre 2005 e 2015. No Brasil, a depressão atinge 11,5 milhões de pessoas que corresponde a 5,8% da população (OPAS, 2017).

Um episódio depressivo pode ser categorizado como leve, moderado ou grave, a depender da intensidade dos sintomas. O episódio depressivo leve pode apresentar pequenas dificuldades em continuar um trabalho simples, atividades sociais, na escola ou em casa. Sendo no episódio depressivo grave, é improvável que a pessoa afetada possa continuar com atividades sociais, na escola, de trabalho ou domésticas (OPAS, 2018 b).

Em média no Brasil, cerca de 11 mil pessoas em média tiram a própria vida por ano, foram registrados um aumento da taxa de mortalidade por suicídio. No ano de 2011 foram 5,3/100 mil habitantes e em 2015 foram 5,7/100 mil habitantes. Foi considerada a quarta maior causa de morte entre as idades 15 a 29 anos, no sexo masculino a terceira maior causa e no sexo feminino a oitava maior causa (OPAS, 2018 b).

Portanto, quando se pensa nas relações familiares, nas habilidades sociais e no ambiente escolar, pode se tentar compreender os fatores de proteção ou de risco para esses estudantes. Então, os déficits em habilidades sociais podem influenciar em um possível desenvolvimento de indicadores de depressão nos estudantes? Como os profissionais da educação podem identificar esses comportamentos e atuar na perspectiva educacional para a

prevenção dos sintomas da depressão? Quais são as estratégias utilizadas pela escola em relação à tentativa de suicídio dos estudantes?

O público-alvo desse estudo foram os estudantes do ensino médio, professores, coordenadores e diretores. O ambiente escolar foi escolhido por se tratar de um contexto rico em interações sociais dos estudantes, onde os professores atuam no sentido de conduzir, mediar e participar dessas interações (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2008). De acordo com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP, em 2018 os resultados das matrículas iniciais no ensino médio das redes estaduais e municipais, urbanas e rurais no Brasil foram 5.862.721 em tempo parcial e 599.403 no tempo integral. No Estado do Mato Grosso do sul foram 82.061 parcial e 5.020 integral e nos municípios de Corumbá foram 3.302 parcial e 249 integral e no município de Ladário foram parcial 747 e não têm alunos no turno integral, cidades onde a pesquisa será realizada (BRASIL, 2019).

A OMS produziu um manual para professores e educadores com o objetivo de: prevenir o suicídio, identificar, lidar com indivíduos em risco e agir com as tentativas de suicídio em si quando ocorre no meio escolar (OMS, 2000).

Compreender as potencialidades da escola na promoção das relações interpessoais, de competências e habilidades dos estudantes são importantes para a vida comunitária, para o exercício da cidadania e para o desenvolvimento saudável. O desenvolvimento socioemocional exige práticas interativas e um ambiente mais rico dessas interações em sala de aula (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2012).

As consequências de não abordar as condições de saúde mental nessa fase da adolescência, pode se estender à idade adulta, prejudicando a saúde física e mental e limitando futuras oportunidades. A promoção da saúde mental e a prevenção de transtornos como a depressão são fundamentais para ajudar aos adolescentes. As habilidades sociais podem ser consideradas como um fator de proteção para um desenvolvimento saudável e com a menor chance de apresentar transtornos, como também podem ser fatores adicionais de risco para desenvolver a depressão (CAMPOS; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2014).

Os sintomas da depressão podem implicar sérias dificuldades como privações sociais e o isolamento pode até mesmo levar a morte. Os estigmas e tabus em torno da depressão e do suicídio fazem com que as pessoas não procurem ajuda. Buscar cada vez mais formas de prevenção e conscientização sobre o tema é importante para identificação de estudantes em risco (DUTRA, 2012).

A alta prevalência da depressão na população adolescente requer que os profissionais da área de educação estejam preparados para compreender os sintomas relacionados à depressão. A identificação de sinais e fatores de risco é fundamental para o estabelecimento de promoção de fatores de proteção que são primordiais na prevenção do suicídio. As relações interpessoais vividas no ambiente escolar podem colaborar nos processos educativos para desenvolver competências e habilidades sociais dos estudantes e professores (CAMPOS; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2014).

Nesse estudo não será trabalhado o diagnóstico de depressão e sim, os sintomas que irão representar os indicadores de depressão. O indicador é uma ferramenta de medição de ordem quantitativa ou qualitativa utilizada para organizar e captar informações relevantes dos elementos de observação (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALES, 2009). Utilizará como linhas de base, pesquisas relacionadas à educação, depressão, suicídio e habilidades sociais na adolescência, visando compreender esse ciclo de vida e suas interfaces com a educação.

Foi utilizado o campo teórico-prático das habilidades sociais para analisar as relações interpessoais dos adolescentes e relacionar esses comportamentos com os indicadores de depressão. O referencial adotado nesta pesquisa propõe que as habilidades sociais podem ser compreendidas como um tipo específico de comportamento social com alta probabilidade de produzir consequências positivas para o indivíduo e grupo em que está inserido (CAMPOS; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2010). A possibilidade de trabalhar esses comportamentos sociais no contexto escolar nas relações que os adolescentes estabelecem com seus pares e com os profissionais da escola podem aumentar os fatores de proteção para a saúde socioemocional desses estudantes.

JUSTIFICATIVA

O interesse por esse tema iniciou em atendimentos na área de psicologia clínica, com a necessidade de ampliar esse olhar além do consultório psicológico. Através de leituras de pesquisas relacionadas ao tema pude compreender o potencial que a escola poderia ter, com a possibilidade de trabalhar a prevenção e promoção da depressão e do suicídio no maior número de estudantes.

A presença da depressão na vida de um adolescente pode trazer alterações significativas no seu organismo, no seu modo de vida e nas relações sociais estabelecidas. A depressão é considerada como uma tristeza profunda e muitas vezes sem conteúdo, sem motivo aparente. O adolescente triste pode ter sintomas no corpo, como sentir aperto no peito,

taquicardia e chorar. Seus pensamentos podem ser repetitivos sobre a sua tristeza e o mesmo pode não ter mais vontade de viver (BRASIL, 2019 b).

De acordo com o estudo *Prevenção do suicídio em adolescentes: Programa de Intervenção Believe*, através da escola é possível trabalhar com diversas abordagens eficientes na prevenção, como leituras didáticas e reflexões em algumas disciplinas, debates, serviço de atendimento e apoio ao estudante, programas de formação para agentes educativos, intervenções dirigidas aos pais e desenvolvimento de competência e sensibilização dos adolescentes sobre o tema (FAÇANHA *et al*, 2010).

Segundo o Decreto presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, o Programa de Saúde na Escola – PSE é uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação na perspectiva da atenção integral de prevenção e promoção e atenção à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público (educação infantil, ensino fundamental, e médio, educação profissional e tecnológica e na educação de jovens e adultos), no âmbito das escolas e/ou unidade básica de saúde. Esse programa visa articular diversas ações em saúde na escola que devem ocorrer de forma concomitante.

A escola é vista como um espaço potencial de transformações sociais e de constituição de conhecimentos e valores. Toda e qualquer atividade de promoção da saúde que vise à redução das chamadas vulnerabilidades da ordem individual, social e institucional são importantes para o desenvolvimento pleno das crianças, adolescentes e jovens (BRASIL, 2017).

A possibilidade de realizar um estudo que será baseado em outras pesquisas nas áreas da educação e da psicologia tem o intuito de colaborar com estratégias no âmbito escolar na prevenção da depressão e do suicídio através de profissionais da educação como diretores, coordenadores, professores, psicólogos dentre outros. Espera-se que o resultado da pesquisa possa vir a colaborar nas discursões e reflexões acerca do tema e consiga ajudar a identificar comportamentos considerados de risco para o desenvolvimento da depressão e do suicídio em estudantes. Foram escolhidas as cidades de Corumbá e Ladário do Estado de Mato Grosso do Sul em função de não terem sido localizados até o momento estudos relacionados a esse fenômeno da depressão e do suicídio na adolescência no âmbito escolar.

Como objetivo geral desse estudo, pretende-se descrever os indicadores de depressão e as habilidades sociais em estudantes do ensino médio no ambiente escolar dos municípios de Corumbá e Ladário – MS.

Como primeiro objetivo específico, busca-se identificar fatores de risco relacionados a indicadores de depressão no contexto escolar. No segundo, avaliar classes de habilidades sociais que podem contribuir para o desenvolvimento da depressão em estudantes. No terceiro, compreender fatores de risco que levam os estudantes a tentativa de suicídio e o quarto e último, analisar as práticas de professores, coordenadores e diretores das escolas, relativas aos indicadores de depressão e de suicídio.

Esse estudo de caso foi desenvolvido com base na pesquisa social que emprega técnicas quantitativa, qualitativa, descritiva por meio de pesquisa de campo no ambiente escolar. O estudo de caso investigará explicações sobre a depressão e elementos que possam lhe marcar como habilidades sociais e a ideação suicida no contexto escolar.

A pesquisa bibliográfica até o momento está organizada em seis seções. Na primeira seção apresentam-se conceitos relacionados à adolescência com embasamento teórico em autores e organizações: Hurlock (1979), Papalia e Feldman (2013), Claudino, Cordeiro e Arriaga (2006), Coutinho e Araujo (2007), Dessen e Costa Junior (2008), Cória-Sabini (1998), Cerveny (2001), Weber, Salvador e Brandenburg (2009) e ECA - Estatuto da Criança e Adolescentes (1990), OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde (2018) e UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas (2010).

Na segunda seção refere-se Educação e habilidades Sociais na adolescência está dividida em: Conceito de habilidades Sociais, habilidades Sociais na adolescência, O papel da educação e a relação entre professor e aluno com os autores Caballo (2003), Bandura Manolio; Ferreira (2011). Del Prette e Del Prette (2001; 2009; 2010; 2011), Portela (2011), Barros e Coutinho et al, (2006), Sirgado (2000); Campos, Del Prette e Del Prette (2014), Correia et al (2009), Feldman (2012), Maia, Soares e Victoria (2009), Campos e Jorge (2010), Bauman (2005), Rezende e Bulgarelli (2009), Anache (2010), Pistóia (2009), Saul e Giovedi (2016), Freire (1997), Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional da Educação – LDB, o Programa Saúde na Escola – PSE, e por último o CFP - Conselho Federal de Psicologia - CFP (2019).

Na terceira seção aborda a Depressão e adolescência através dos seus conceitos de depressão, depressão na adolescência, depressão e fatores de risco, depressão e fatores de proteção na escola e por último políticas públicas e saúde mental na escola foram utilizados como base: na OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde (2018), OMS - Organização Mundial de Saúde (2017), MS - Ministério da Saúde (2019), Código Internacional de Doenças - CID-10 e o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V

(2014), OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde (2018), Coutinho e Araujo (2007), Coutinho, Carolino e Ribeiro (2011), Avanci, Assis e Oliveira (2008), Melo e Moreira (2008), Bahls (2002), Argimon et al (2013) e Ribeiro et al (2012) com em Albino e Terêncio (2012). Cavalcanti et al (2018), Vale et al (2015), Del Prette e Del Prette (2011) e Portella e Padula (2011).

Na quarta seção trata do Suicídio na adolescência dividido em: Conceito de suicídio, legislações sobre suicídio, a relação do suicídio e a escola, os estigmas, tabus e mídias relacionadas ao suicídio, os fatores de risco que envolve o suicídio, a relação da depressão e suicídio e os fatores de proteção do suicídio na escola. Com base em: Cassorla (1985), Durkheim (2000), CFP – Conselho Federal de Psicologia (2013), OMS - Organização Mundial de Saúde (2014), MS - Ministério da Saúde (2017), Borges e Werlang (2006), Botega et al (2006), Araujo, Vieira e Coutinho (2010) e Silva e Boti (2017), DATASUS – Departamento de Informática do SUS (2019), MMFDH - Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (2018), Legislação sobre o suicídio (2006; 2011; 2016; 2017; 2019), Souza et al (2017), Prevenção de Suicídio: Manual para Professores e Educadores (2000), Oliveira et al (2017), MMFDH - Ministério da Saúde e Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (2019), Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio (2006), Chachamovich et al (2009), REBRAPS (2017) e Curso de Prevenção ao Suicídio (BRASIL, 2019).

Na quinta seção, apresenta a metodologia da pesquisa dividida em: local da pesquisa, percursos metodológicos, descrição da amostra, técnicas e instrumentos utilizados, análise e interpretação dos dados. Com base em: IBGE (2019), Marconi; Lakatos (2011), Laville; Dionne (1999), Gil (2008), Martins; Theophilo (2009), Mynayo (2012), Flick (2013), Laville (1999), CFP (2018), Del Prette; Del Prette (2015); Gorenstein et al (2011), OPAS (2018a); Bahls; Bahls (2002), CFM; ABP (2014), OMS (2000), Moreira; Bastos (2015), Botega et al (2006), DSM – V(2014), Botega et al (2006), Ribeiro et al (2013), Argimon et al (2013), Monteiro et al (2007), Campos; Del Prette; Del Prette (2014), Portela; Padula (2011), Anache (2010), Freire (1996), BRASIL (2007), Claudino et al, (2016), OMS, (2018), Aglio; Hultz, 2004, Erse et al (2016), Campos et al (2014), Sampaio et al (2009), Tomas; Carvalho (2014), Correia et al (2009), Caballo (2003) e OPAS/OMS (2018).

Na sexta seção apresenta as considerações finais da pesquisa, as limitações do estudo e a necessidade de mais pesquisas serem feitas na área da educação sobre depressão e suicídio

na adolescência. O presente trabalho foi realizado com o apoio da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS/MEC – Brasil – Campus Pantanal.

1. ADOLESCÊNCIA

1.1 Conceitos de Adolescência

A adolescência é considerada um período de transição com modificações física e psicológica, com aquisição das habilidades sociais, atribuições de deveres, afirmação da identidade e responsabilidades. A adolescência é composta por comportamentos, hábitos e condutas características dessa fase, sendo pertencente ao contexto sociocultural, político, econômico e familiar (UNFPA, 2010).

A palavra adolescência vem do verbo latino *adolescere* que significa crescer para maturidade. A adolescência é considerada um período de transição quando o indivíduo se modifica física e psicologicamente. Essa fase se inicia quando o indivíduo atinge a maturidade sexual e termina quando é legalmente assegurada a independência da autoridade adulta (HURLOCK, 1979).

Segundo ECA - Estatuto da Criança e Adolescentes, art. 2 considera adolescentes com idades entre doze e dezoito anos. Para OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde (2018b) a adolescência é a etapa que vai dos dez aos dezenove anos um período considerado único, que molda as pessoas para a vida adulta.

A adolescência é uma transição no desenvolvimento que envolve mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais e assume formas variadas em diferentes contextos sociais, culturais e econômicos. É considerada também uma construção social (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Pode ser entendida também como uma etapa crucial, sem limites rígidos do processo de crescimento e desenvolvimento que vai sendo delineado através do tempo. Um período relevante para a construção do indivíduo a nível físico e psicossocial considera-se também um período de crise que se caracteriza por ambivalência de sentimentos e transformações na saúde mental do indivíduo (CLAUDINO; CORDEIRO; ARRIAGA, 2006).

Na formação da sua identidade os adolescentes buscam a sua individualidade através das relações com novos grupos de amigos e com a família (CLAUDINO; CORDEIRO; ARRIAGA, 2006). O conceito de adolescência não nasceu no início dos tempos, mas delineou-se como resultado da reflexão humana sobre a singularidade dessa etapa de passagem entre a infância e a idade adulta (MONTEIRO; COUTINHO; ARAUJO, 2007).

Os ciclos de desenvolvimento ocorrem a partir da interação do indivíduo com eventos do contexto social que a sua história pessoal vai sendo construída. A ideia de ciclo de vida em desenvolvimento humano leva em conta as competências sociais estimuladas pela demanda contextual. As escolhas e as decisões tomadas pelos indivíduos na composição de suas trajetórias dependem tanto de fatores pessoais quanto sociais, com os padrões socioculturais exerce uma influência importante. Ao longo das suas vidas os indivíduos são constantemente desafiados a estabelecerem, manterem e reorganizarem seus comportamentos e relacionamentos dentro do ambiente em que faz parte (DESSEN; COSTA JUNIOR, 2008).

As transformações corporais, os novos estímulos do ambiente, as mudanças qualitativa na sua atividade cognitiva, faz com que o adolescente passe a pensar de forma diferente de quando era criança. As respostas dos adolescentes serão mais ou menos adequadas de acordo com a sua história de vida e a sua forma de se adaptar a sociedade que esta em constante transformação (MONTEIRO; COUTINHO; ARAUJO, 2007).

A adolescência constitui o sujeito através de uma identidade sexual, familiar e laboral, permitindo que ele desenvolva determinados papéis dentro da sociedade. A identidade é a imagem que o sujeito tem de si, que permanece constante e reconhecível apesar das mudanças evolutivas e dos vários papéis sociais que venha a desempenhar (BRASIL, 2008).

Em relação ao desenvolvimento emocional na adolescência há um aumento das tarefas sociais com a inserção do adolescente no mundo dos adultos. Começa a ser exigida do adolescente certa independência na tomada de decisões, na resolução dos problemas, no uso de tecnologia e uma opção vocacional. O desenvolvimento físico muito rápido e a maturidade emocional sexual são considerados pontos de desafio para o equilíbrio emocional. Um dos aspectos que influenciam no nível de satisfação dos adolescentes é a aparência física, habilidades acadêmicas, esportivas e sociais (CÓRIA-SABINI, 1998).

De acordo com Cória-Sabini (1998), o adolescente que adquire uma identidade positiva está mais apto a enfrentar com segurança as tarefas e desafios quando entra na fase adulta. Quando o adolescente se encontra confuso quanto à sua identidade e aceitação de si mesmo pode apresentar uma tendência a se isolar, ficar distante das suas experiências afetivas e restringir suas interações sociais. Essas relações estabelecidas pelos adolescentes são chamadas de grupo de pares consideradas fontes de afeto, acolhimento, compreensão e orientação moral, o lugar em que ocorrem suas experiências, um ambiente para conquistar autonomia e independência dos pais (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Os adolescentes seguros quanto a sua aparência física e habilidades têm mais facilidade para se inserir em grupos, se relacionar com o sexo oposto, se envolver em novas atividades e promover mais facilmente seu autodesenvolvimento. Por outro lado, quando o adolescente não está satisfeito com a sua aparência física, com as suas habilidades e realizações, sente-se enfraquecido, demonstra dificuldade de lutar pelos seus objetivos com uma postura defensiva. A segurança que eles adquirem nessa etapa de vida é importante para a expansão dos objetivos de vida e das interações sociais e para manutenção da sua autoestima (CÓRIA-SABINI, 1998).

A família inicialmente é o principal agente de socialização do indivíduo onde se produz relações de cuidado entre seus membros através da proteção, acolhimento e respeito. A história natural da família é passada por gerações, através de comportamentos repetitivos, mitos, costumes, padrões, dentre outros. A família é um modelo universal para o viver. Ela é a unidade de crescimento: de experiência; de sucesso e fracasso; é também a unidade de saúde e da doença (CERVENY, 2001).

Segundo Weber, Salvador e Brandenburg (2009) as interações familiares e as formas como os pais educam os filhos são essenciais para que as crianças e os adolescentes se desenvolvam psicologicamente de forma saudável. As relações que os adolescentes estabelecem com seus familiares propiciam o desenvolvimento de comportamentos, esses repertórios comportamentais dos adolescentes podem ser considerados adequados socialmente ou não, pode ser relacionado ao tipo de interação familiar considerando situação de proteção ou de risco.

2. EDUCAÇÃO E HABILIDADES SOCIAIS NA ADOLESCÊNCIA

Os seres humanos, como seres sociais que são, passam grande parte do seu tempo interagindo com os seus semelhantes. A qualidade e natureza dessas interações determinarão, com frequência, muitas facetas de sua vida. As relações interpessoais têm um papel fundamental não somente para progredir profissionalmente, casar-se ou desfrutar de momentos de lazer, mas também servem de amortecedores de muitos golpes proporcionados no decorrer da vida e com ajuda para mais pronta recuperação de vários transtornos psicológicos (CABALLO, 2003).

2.1 Conceitos de Habilidades Sociais

A história das Habilidades Social (HS) inicialmente ainda não denominado como HS foram estudadas como diversos comportamentos sociais em crianças por autores Jack (1934), Murphy, Murphy e Newcomb (1937), Page (1936), Thompson (1952) e Williams (1935). Com o tempo o tema foi dividido em três fontes, a primeira apoiada no trabalho do autor

Salter (1949) terapia dos reflexos condicionados com base em Pavlov, Wolpe (1958; 1969) que passa ser o primeiro autor a usar o termo “assertividade” e outros autores como Lazarus (1966; 1971), Alberti e Emmons (1970). No início dos anos 1970, autores como R. Eisler, M. Hersen, R. M. Mcfall e A. Goldstein contribuíram com o desenvolvimento do campo das HS e elaboraram programas de treinamento para reduzir déficits em habilidades sociais. Uma segunda fonte e constituída pelos trabalhos de Zigler e Phillips (1960, 1961) sobre a “competência social”. A terceira aplicação do conceito de habilidade também foi utilizada por autores da Inglaterra como Argyle, (1967, 1969; 1974); Kendon, (1967); Welford (1966) (CABALLO, 2003).

O campo teórico e prático das HS tem crescido na literatura de diversos países inclusive no Brasil, estudado por autores como Almir Del Prette e Zilda Del Prette (2000) responsáveis pelas primeiras publicações sobre HS em nosso país (DEL PRETTE et al, 2001). Outros autores se destacam por seus trabalhos publicados na área de HS como Bolsoni-Silva; Fumo; Manolio, Bello; Hayashi; Montagner; Bandeira; e Murta. Esses autores trazem a discussão de noções de inteligências intra e interpessoal, social e emocional que visa à qualidade das relações interpessoais em diversos contextos inclusive no ambiente escolar com o desenvolvimento de Treinamento de Habilidades Sociais (MANOLIO; FERREIRA, 2011).

A aplicação de conceitos e propostas do Treinamento de Habilidades Sociais (THS), no âmbito escolar, se justifica, em parte, pela natureza essencialmente interativa dos processos educativos, pela configuração desse sistema como complexo de relacionamentos interpessoais e intergrupais e pelo caráter social dos produtos educacionais que, em última instância, representam esforços conscientes direcionados às mudanças na qualidade das relações do indivíduo com o seu meio, não apenas o seu ambiente natural, mas também e principalmente, o seu ambiente social (DEL PRETTE et al, 2001. pg. 118, 119).

As abordagens conceituais que se baseiam principalmente a produção do campo teórico das habilidades sociais são três abordagens mais gerais: a Análise do Comportamento, a Abordagem Cognitiva e a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura (MANOLIO; FERREIRA, 2011).

Para Caballo (2003) as Habilidades Sociais formam uma relação entre o indivíduo e seu ambiente social. O comportamento considerado socialmente hábil é o grupo de comportamentos que o indivíduo emite em um contexto interpessoal que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direito desse indivíduo de modo adequado à situação, respeitando esses comportamentos nos demais e na resolução dos seus problemas.

O termo Habilidades Sociais segundo Del Prette e Del Prette (2001), são diferentes classes de comportamentos sociais no repertório do indivíduo para lidar com as demandas das situações interpessoais, tais comportamentos contribuem para a qualidade e a efetividade das interações. As competências sociais são comportamentos necessários para relações interpessoais bem-sucedidas de acordo com o contexto e a cultura que esse indivíduo faz parte. A competência social é a avaliação do desempenho das habilidades nas situações vividas pelo indivíduo, se refere à capacidade do indivíduo de organizar pensamentos, sentimentos e ações em função de seus objetivos e valores, articulando-os às demandas imediatas e mediatas do ambiente.

As relações interpessoais representam uma parte essencial da atividade humana e permeiam a nossa vida estando presente de maneira direta ou indireta em diversas etapas do nosso desenvolvimento e das habilidades sociais (PORTELA, 2011). As representações sociais são vistas como elaboração de um objeto social pela comunidade com o propósito de conduzir-se e comunicar-se. Esses conhecimentos são socialmente produzidos através dos grupos de indivíduos pela comunicação e entendimento do que lhes é estranho e não familiar (BARROS *et al*, 2006).

De acordo com Sirgado (2000), as relações sociais para Vygotsky constituem um complexo sistema de posições sociais e de papéis associados a essa posição que define como um sujeito se situa em relação aos outros dentro de uma determinada sociedade. As funções psicológicas são função da significação que as múltiplas relações sociais têm para cada um dos envolvidos nelas, com todas as contradições e conflitos que elas envolvem em determinadas condições sociais.

Vygotsky traz o desenvolvimento humano como cultural, portanto histórico, no processo de transformação do homem ele opera na natureza e ao mesmo tempo nele mesmo como parte dessa natureza. Para ele a socialização assemelha-se ao fenômeno migratório humano que exige uma adequação das características sociais e culturais do imigrante as condições do novo meio. A cultura é entendida como prática social resultante da dinâmica das relações sociais (SIRGADO, 2000).

2.2 Habilidades sociais na adolescência

Os adolescentes podem apresentar comportamentos sociais de acordo com o grupo em que estão inseridos. Durante a adolescência os costumes sociais através dos seus pares são importantes fontes de reforço sociais; moda e estilo de vestir e a linguagem sofrem

transformações ao longo da vida de uma pessoa, fazendo com que ela tenha a necessidade de aprender sempre. O indivíduo influencia o seu ambiente social e o mesmo também sofre influência (CABALLO, 2003).

Campos, Del Prette e Del Prette (2014) identificaram através de pesquisas seis habilidades sociais consideradas importantes para a população adolescente no Brasil que são: autocontrole, civilidade, empatia, assertividade, abordagem afetiva e desenvoltura social. São repertórios comportamentais que podem colaborar para aumentar a probabilidade de relações sociais satisfatórias configurarem como um fator de proteção para um desenvolvimento saudável e com menor chance de apresentar um transtorno e os déficits que podem ser fatores adicionais de risco.

Desenvolver habilidades para o relacionamento nem sempre é uma tarefa fácil e prazerosa para os adolescentes. Na comunidade escolar essas habilidades sociais são extremamente importantes porque a aprendizagem não apenas ocorre com o conteúdo das interações e com as próprias interações. É preciso desenvolver as habilidades de forma competente (CORREIA *et al*, 2009).

Esse processo ocorre em situações formais e informais do cotidiano escolar, de forma variada as situações formais vão exigir comportamentos mais assertivos e diferenciados aumentando a probabilidade de produzir uma interação mais verdadeira e prazerosa. Nas situações de comportamentos menos assertivos na escola ou de passividade até mesmo agressivo tornam as relações mais desrespeitosas. Nos contextos educacionais o uso excessivo de comportamentos não assertivos dificulta a relação professor e aluno e o processo de aprendizagem que ocorre através dessa interação (CORREIA *et al*, 2009).

2.3 Habilidades Sociais Educativas – HSE

As habilidades sociais educativas são comportamentos sociais voltados para promover o desenvolvimento e aprendizagem do adolescente (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2008). Essas habilidades aplicadas no contexto escolar visam à capacitação dos professores e demais agentes educativos que são todas as pessoas que desempenham esse papel social.

As Habilidades Sociais Educativas (HSE) têm o intuito de ampliar os objetos de ensino, para incluir objetivos de desenvolvimento socioemocional; melhorar a qualidade dos processos de ensino, com o foco para as relações professor-aluno; e melhorar a qualidade e efetividade da relação entre profissionais no ambiente escolar. A promoção das HSE é

importante no contexto educacional devido à dificuldade da escola administrar cada vez mais conflitos interpessoais no contexto escolar (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006).

Uma forma de desenvolver as habilidades sociais é através da capacitação dos educadores através da criação de condições mais interativas e efetivas do ensino-aprendizagem e a promoção do desenvolvimento socioemocional dos alunos baseada no reconhecimento da natureza social da construção desse conhecimento (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006).

2.4 O papel da Educação

A Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, estabelece as diretrizes e bases da educação nacional da Educação – LDB,

Art. 1º A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais.

§ 1º Esta Lei disciplina a educação escolar, que se desenvolve, predominantemente, por meio do ensino, em instituições próprias.

§ 2º A educação escolar deverá vincular-se ao mundo do trabalho e à prática social.

De acordo com Papalia e Feldman (2012), a experiência escolar constitui uma parte central de organização na vida da maioria dos adolescentes. Através dessa experiência oferece oportunidades para obter informações, aprender e aperfeiçoar habilidades, participar de atividades esportivas, artísticas e outras. Ampliar seus horizontes intelectual e social.

A escola é um ambiente rico em interações sociais dos estudantes, os professores atuam no sentido de conduzir, mediar e participar dessas interações. As dificuldades interpessoais dos alunos e dos professores podem contribuir para exacerbar conflitos existentes nesse ambiente (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2008). As interações educativas realizadas por professores e alunos são necessárias para uma efetiva construção social de conhecimentos, valorizadas não só como experiência humana de conhecimento um do outro, mas como parte da aquisição e conhecimentos acadêmicos (MAIA; SOARES; VICTORIA, 2009).

De acordo com Campos e Jorge,

a idade, o sexo e o tempo de experiência influenciam a atividade educativa, as mudanças na sociedade e na família, as crescentes exigências sociais, a qualidade das relações entre os membros da comunidade escolar, as constantes reformas dos sistemas educativos e as novas competências exigidas dos professores exercem maior impacto sobre seu trabalho, também contribuindo para as dificuldades envolvidas na tarefa pedagógica (CAMPOS; JORGE, 2010, p.115).

De acordo com Rezende e Bulgarelli (2009), em entrevista a Alba Porcheddu, publicada em 2005, sobre a “Educação desafios pedagógicos e modernidade líquida”, Zigmunt Bauman explica como as mudanças ocorrem de forma muito rápida na nossa sociedade e que constantemente espera-se que os seres humanos busquem soluções privadas para problemas derivados da sociedade e não soluções derivadas da sociedade para problemas privados. Para Bauman, a essência antes da educação era centrada na escola que preferia um rígido programa de estudos e sucessão predefinida no processo de aprendizagem. Na modernidade líquida que são aquelas que as coisas se perdem rapidamente, a escola de ensino e aprendizagem estão submetidos à pressão e são continuamente persuadidos a renunciar e valorizar a flexibilidade da presumida lógica interna das disciplinas escolares.

Segundo Bauman (2005),

no passado, a pedagogia assumiu diversas formas e se mostrou capaz de adaptar-se às mudanças, de fixar-se novos objetivos e criar novas estratégias. Todavia, deixe-me repetir que as mudanças de hoje são diferentes daquelas ocorridas no passado. Nenhuma reviravolta da história humana pôs os educadores diante de desafios comparáveis a esses decisivos de nossos dias. Simplesmente não havíamos estado até agora em situação semelhante. A arte de viver em mundo ultrassaturado de informações ainda deve ser aprendida, assim como a arte ainda mais difícil de educar o ser humano neste novo modo de viver (REZENDE; BULGARELLI, 2009, pg. 667).

Segundo Anache (2010), a escola é uma das principais instituições de ensino e recebe o impacto das mudanças sociais, que são muito mais aceleradas do que as que ocorrem no seu interior. Esse fato exige dos seus profissionais, mudanças pessoais e estruturais, o que envolve a gestão da escola e, conseqüentemente, a condução do processo pedagógico.

2.5 A relação entre professor e aluno

Para Maturana apud Pistóia (2009) os seres vivos são sistemas com estruturas de trocas contínuas de acordo com as contingências de nossas interações. O que fazemos no domínio do comportamento nos acontece como resultado de nossa dinâmica estrutural. O aprender estão relacionado com as mudanças estruturais que ocorrem em nós de maneira contingente com a história de nossas interações. Os processos de comunicação envolvem todas as relações em que os sujeitos envolvidos mutuamente. Quando se pensa no âmbito da educação, os estudantes e professores (as) precisam criar e estabelecer uma rede de comunicação.

Para Paulo Freire, o processo de formação de professores se dá através da perspectiva crítica libertadora destacada em quatro princípios: princípio político, a educação como forma de intervenção na vida coletiva no sentido de manutenção de uma determinada

realidade ou de sua superação; princípio axiológico, a educação é difusora e produtora de valores que regem a vida dos sujeitos; princípio gnosiológico: a educação implica em uma relação dos sujeitos com o conhecimento; princípio epistemológico: a educação implica em uma seleção de conhecimentos, respeitando os conhecimentos trazidos pelos educandos. Respeitar o educador e suas experiências são fatores importantes para estabelecer uma relação de troca com o estudante (SAUL e GIOVEDI, 2016).

Para Paulo Freire (1996), ensinar é um ato criador, crítico e não mecânico, o professor busca conhecer o que será ensinado e ao mesmo tempo provoca nos seus alunos sua curiosidade para aprender. Essa ação de professor e aluno pelo conhecimento se encontra na base de ensinar e aprender. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender.

Ensinar inexistia sem aprender e vice-versa e foi aprendendo socialmente que, historicamente, mulheres e homens descobriram que era possível ensinar. Foi assim, socialmente aprendendo, que ao longo dos tempos mulheres e homens perceberam que era possível – depois, preciso – trabalhar maneiras, caminhos, métodos de ensinar. Aprender precedeu ensinar ou, em outras palavras, ensinar se diluía na experiência realmente fundante de aprender (FREIRE, 1996, pg. 13).

O momento fundamental para Freire é da reflexão crítica sobre a prática na formação dos professores e como ele pode melhorar a próxima prática, sendo necessário à reflexão crítica para aprofundar a prática. Uma das tarefas mais importantes é propiciar as condições em que os educandos em suas relações uns com os outros e todos com o professor ou a professora ensaiam a experiência profunda de se assumir como ser social e histórico, como ser pensante e comunicante (FREIRE, 1996).

A valorização das trajetórias diferenciadas dos estudantes na atuação da realidade, na sua interação com o mundo e nos seus desenvolvimentos de processos comunicacionais que estabelecem consigo mesmo, com os outros e com a natureza. O aprender é um fenômeno de transformação estrutural na convivência porque envolve alteração nos modos de coexistência. As manifestações das formas de aprender estão colocadas na interação dos sujeitos envolvidos, o contexto de aprendizagem é compreendido como uma rede interativa em constante expansão conectada com aspectos socioculturais e os avanços tecnológicos (PISTÓIA, 2009).

Del Prette e Del Prette (2009), na busca para completar e organizar um sistema mais abrangente e articulado sobre a promoção e o desenvolvimento de aprendizagem em contextos formais como escolas e informais como família, grupos comunitários e etc. revisita uma proposta elaborada em 2001 identificam oito classes de habilidades sociais educativas

que são: criar e discriminar contextos potencialmente educativos, medir interações, promover a motivação, transmitir ou expor conteúdos, monitorar positivamente, estabelecer limites e disciplina, promover o autoconhecimento e gerar reciprocidade positiva.

Foram também desenvolvidas dez subclasses mais específicas de habilidades sociais que pais, professores e outros agentes sociais precisam dispor como: escutar atentivamente, observar acuradamente, fazer perguntas, responder perguntas, resumir/parafrasear, demonstrar empatia, pedir feedback, aprovar comportamento, reprovar comportamento e apresentar modelo (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2009).

2.6 Programa Saúde na Escola - PSE

A escola é um equipamento social importante para a construção de uma sociedade democrática. Outra forma de contribuir para a promoção e o desenvolvimento das crianças, dos adolescentes e dos jovens é a participação deles nas decisões que ocorrem no cotidiano da escola, como na elaboração de um plano de ação em saúde, que pode ser incluído no Projeto político-pedagógico que reforça a necessidade do Programa de Saúde na Escola – PSE que tem como objetivos:

1. promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre redes públicas de saúde e de educação;
2. articular as ações do Sistema Único de Saúde – SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
3. contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
4. contribuir para a construção de sistema de atenção social, como foco na promoção da cidadania e dos direitos humanos;
5. fortalecer enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
6. promover a comunicação entre as escolas e as unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e
7. fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nas três esferas de governo (BRASIL, 2007).

As ações de promoção da saúde no contexto escolar buscam garantir aos educandos a possibilidade de fazer escolhas mais favoráveis à saúde e de serem protagonistas do processo de produção da própria saúde, buscando melhoria de sua qualidade de vida. A escola pode contribuir para a construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo, por ser um espaço privilegiado para a promoção da saúde, com potencial singular para formação de sujeitos autônomos e críticos, que possam compreender e modificar a realidade a partir de suas perspectivas (BRASIL, 2015).

A educação preventiva tem se inserido cada vez mais em um espaço mais amplo, como no contexto geral da saúde, de convivência social e das questões de valores. Esses projetos devem estar centrados na concepção de educação para promoção de autonomia do indivíduo por meio da ação e da reflexão e o do desenvolvimento de valores, atitudes e comportamentos a uma vida individual e coletiva saudável (CORREIA *et al*, 2009).

O papel da escola pode ser visto de forma mais integrada entre os processos de desenvolvimento e aprendizagem, atribuindo à escola uma função cultural mais ampla de preparação para a vida em sociedade e para o exercício da cidadania. O desenvolvimento socioemocional exige práticas interativas e um ambiente mais rico de interações em sala de aula (DEL PRETTE *et al*, 2012). A escola com a função de programar ações que promovam o desenvolvimento humano voltado para o respeito por si e pelo outro, para a preparação do adolescente para a vivência da democracia e para a cidadania com relações interpessoais solidárias (CORREIA *et al*, 2009).

A escola é um modo de organizar a formação de pensar e de fazer. Têm uma estrutura, previsibilidade, organograma que estabelece como deve ser o processo de ensino. Quando se pensa em escola, fala-se de padrões, hábitos e papéis a desempenhar que não são neutros, são escolhas que tem influência das tradições e os interesses políticos de controle, os quais se naturalizaram em uma representação e em uma rotina institucional. A função da escola é socializar conhecimento e experiências produzidas pela humanidade, problematizando as dimensões de classes, cultura, religião, as relações de gênero e étnico-raciais constituintes da sociedade em que vivemos e dos conhecimentos historicamente produzidos (CFP, 2019).

Para Coutinho (2009), a tarefa de educar jovens é complexa e desafiadora. As mudanças aceleradas pelas quais vem passando a sociedade afetam tanto os jovens quanto seus responsáveis e os profissionais da educação que tem que se atualizar constantemente para lidar com tais transformações.

A organização de uma escola ocorre no seu cotidiano de trabalho. Consolida valores, modos, tempos e marca lugares, classifica e impõe certa ordem ao mesmo tempo em que cria o que escapa a esse padrão. As equipes da educação trabalham cada vez mais de forma acelerada, vivendo os efeitos das práticas coletivas que tecem as tramas, que sistematizam e naturalizam formas de agir, sem ter a compreensão e o entendimento do que se passa e sem criar alternativas para as impotências cada vez maiores para os estudantes e profissionais da área de educação. Realizar contribuições para a vida, para as potencialidades dos indivíduos

na ação e acompanhamento do desenvolvimento de cada estudante como singular e com ações preventivas (CFP, 2019).

3. DEPRESSÃO E ADOLESCÊNCIA

3.1 Conceitos de Depressão

Durante a adolescência múltiplos fatores determinam a saúde mental de um estudante. A exposição de fatores de risco aumenta o potencial impacto na saúde mental dos adolescentes como o desejo de uma maior autonomia, pressão para se conformar com pares, exploração da identidade sexual e maior acesso e uso de tecnologias (OPAS, 2018).

A depressão segundo a Organização Mundial de Saúde (2017), é conhecida como o mal do século, estima-se que até 2020 será a doença mais incapacitante do mundo. De acordo com a Organização Pan Americana de Saúde (2018), um em cada cinco adolescentes enfrenta os desafios da saúde mental. Estima-se que aos 14 anos tem início metade de todos os transtornos mentais. A maioria dos transtornos nessa fase não é diagnosticada e a falta de tratamento tem impacto no desempenho educacional e aumento o risco de álcool e outras substâncias e comportamento violento. Desses transtornos, a depressão é a terceira principal causa.

A depressão, segundo OPAS (2018), é um transtorno mental frequente. Estima-se que em todo o mundo mais de 300 milhões de pessoas sofram com ele. Torna-se assim a principal causa de incapacidade em todo o mundo. As mulheres são mais afetadas que os homens e no pior caso a depressão pode levar ao suicídio. Ela, a depressão, pode causar à pessoa afetada um grande sofrimento e disfunção no trabalho, na escola ou no meio familiar.

De acordo com Ministério da Saúde (2019b), a depressão é uma doença psiquiátrica que afeta as questões emocionais e a pessoa passa a apresentar tristeza profunda, falta de apetite, de ânimo, pessimismo, baixa autoestima. Os sintomas têm uma frequência e pode ocorrer mais de um sintoma ao mesmo tempo. Pode provocar perda de interesse e prazer e energia reduzida nas coisas que antes faziam bem.

Há uma série de evidências que mostram alterações químicas no cérebro do indivíduo deprimido, principalmente com relação aos neurotransmissores e substâncias que transmitem impulsos nervosos entre as células. Os fatores psicológicos e sociais muitas vezes são consequência e não causa da depressão. O estresse pode precipitar depressão em pessoas com predisposição que podem ser genéticas. Estima-se que uma em cada cinco pessoas no mundo

apresentam problemas relacionados à depressão em algum momento da vida (BRASIL, 2019b).

De acordo com o Código Internacional de Doenças (CID-10), episódios depressivos F-32, os episódios típicos de cada um dos três graus de depressão são:

leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da autoestima e da autoconfiança e frequentemente ideias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos “somáticos”, por exemplo, perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave (BRASIL, 2019d).

Segundo o Ministério da Saúde (2019b) o transtorno depressivo recorrente envolve repetidos episódios depressivos em que a pessoa experimenta um humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida, levando a uma diminuição das atividades em geral por pelo menos duas semanas. Apresentam sintomas como ansiedade, distúrbios do sono e de apetite e podem ter sentimento de culpa ou baixa autoestima, falta de concentração e até mesmo aqueles que são clinicamente inexplicáveis.

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V (2014), o transtorno depressivo maior representa a condição clássica de um grupo de transtornos. Tem pelo menos duas semanas de duração podendo ser maior caracterizado por episódios distintos, envolve alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas e remissões interepisódicas. Os sintomas da depressão maior ocorrem na maior parte do dia ou quase todos os dias são: humor deprimido conforme indicado por relato subjetivo de sentimento de tristeza, de vazio, sem esperança; diminuição acentuada de prazer nas atividades; perda ou ganho de peso sem estar fazendo dieta; insônia ou hipersonia quase todos os dias; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada; capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, indecisão e pensamentos recorrentes de morte (DSM-V, 2014).

Para o critério do diagnóstico são identificados cinco ou mais sintomas presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior. A característica essencial de um episódio depressivo maior há um humor depressivo ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades. Nas situações

que ocorrem com crianças e adolescentes, o humor é considerável irritável ao invés de triste. O episódio deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes para o indivíduo. O episódio sendo mais leve, o funcionamento pode parecer normal, mas exige um esforço acentuadamente aumentado (DSM-V, 2014).

O transtorno depressivo maior está associado com alta mortalidade, em boa parte contabiliza o suicídio, entretanto não pode ser considerada como única causa. Os pensamentos variam de um desejo passivo de não acordar pela manhã, crenças que os outros estariam melhores se ele estivesse morto, pensamentos transitórios, recorrentes sobre cometer suicídio e realizar planos específicos para se matar (DSM-V, 2014).

3.2 Depressão na adolescência

Durante esse momento da vida múltiplos fatores determinam a saúde mental de um estudante. A exposição a fatores de risco aumenta o potencial impacto na saúde mental dos adolescentes como o desejo de uma maior autonomia, pressão para se conformar com pares, exploração da identidade sexual e maior acesso e uso de tecnologias. Diversos fatores influenciam na saúde mental do adolescente, como as situações de vulnerabilidades sociais, discriminação, estigmas que impedem a procura de ajuda, dificuldades no aprendizado, comportamentos de risco, problema de saúde física e violações dos direitos humanos. A influência da mídia e as normas de gênero podem exacerbar a disparidade entre realidade vivida por uma adolescente e suas percepções de futuro (OPAS, 2018a).

A depressão é uma psicopatologia que vem avançando nas demandas da saúde coletiva, pode ocorrer em qualquer idade, independente da inserção socioeconômica cultural (MONTEIRO; COUTINHO; ARAUJO, 2007). É uma doença que ocorre também em crianças e adolescentes e passou a ser reconhecida nessas fases a partir dos anos 60. Por muito tempo foi considerada uma doença tipicamente de adultos. Atualmente a adolescência é um período vulnerável para a instalação de sintomatologia depressiva, marcada por mudanças e transições que afetam os aspectos físicos, sexuais, cognitivos e emocionais (COUTINHO; CAROLINO; RIBEIRO, 2011).

A abordagem da depressão nessa fase da adolescência se caracteriza por estresses ocasionados pelas mudanças endócrinas e psicológicas no auge do processo de individualização do adolescente na formação da sua identidade (AVANCI; ASSIS; OLIVEIRA, 2008). Segundo os autores Melo e Moreira (2008), o fenômeno da depressão na

fase da adolescência está relacionado também com o contexto social dos adolescentes, as exigências da sociedade e a valorização da independência e da autonomia que contribuem para o aumento dos índices de depressão na adolescência.

O termo depressão tem sido empregado para descrever tanto um estado afetivo normal quanto uma tristeza aparente ou um sintoma associado. A depressão é uma doença do organismo como um todo, com comprometimento físico, no humor e consequentemente o pensamento. Ocorre a alteração da sua visão de mundo e como sente a sua realidade, compreende os fatos, manifesta as suas emoções com disposição e em relação ao prazer com a vida (MONTEIRO; COUTINHO; ARAUJO, 2007).

Segundo Bahls (2002), a depressão na adolescência em relação ao gênero ocorre de formas diferentes: as meninas manifestam mais sintomas subjetivos, como tristeza, vazio, tédio, raiva, ansiedade, mais preocupação com aparência (menos autoestima) e a sua popularidade. Em relação aos meninos relatam mais sentimentos de desprezo, desafio, e desdém, problemas mais relacionados com a conduta como a faltas às aulas, fugas de casa, violência física, roubos e abusos de substâncias. Adolescentes com depressão possuem um grande risco de recorrência que pode se estender até a idade adulta, representando uma alta vulnerabilidade para transtornos emocionais. Ocorrem também altas taxas de comorbidade como ansiedade, déficit de atenção, transtornos alimentares dentre outros transtornos psiquiátricos.

A depressão em adolescente tem um impacto significativo no desempenho escolar, além de prejudicar a autoestima e causar sintomas de instabilidade emocional irritabilidade. Podem ocorrer momentos de raiva e risco de suicídio (ARGIMON *et al*, 2013). A sintomatologia depressiva é agravada quando ocorre o abuso de álcool e outras drogas (MONTEIRO *et al*, 2007).

A manifestação da depressão na adolescência geralmente apresenta sintomas semelhantes aos dos adultos, mas com características que são típicas do transtorno depressivo nesta fase da vida. Adolescentes deprimidos não estão sempre tristes, apresentam-se principalmente irritáveis e instáveis, podendo ocorrer crises de explosão e raiva em seu comportamento. Os sintomas de depressão em adolescentes são: irritabilidade, instabilidade, humor deprimido, perda de energia, desmotivação e desinteresse, retardo psicomotor, sentimentos de desesperança e/ou culpa, alteração do sono, isolamento, dificuldade de concentração, prejuízo no desempenho escolar, baixa autoestima, ideias e tentativas de suicídio e problemas graves de comportamento (BAHLS, 2002).

De acordo com Bahls (2002), durante a puberdade os adolescentes consideram que as mudanças que ocorrem no seu corpo são incoerentes com o desejo do corpo considerado ideal socialmente, com isso essa diferença entre o corpo ideal com o real, pode se desencadear várias dificuldades nas suas relações interpessoais, dificuldade de interagir com seus pares, sentimentos de baixa autoestima nesses adolescentes podem vir a colaborar para um transtorno depressivo. Dentre os transtornos depressivos, o transtorno depressivo maior tem sido mais comum, debilitante e recorrente, envolve um alto grau de mortalidade e mobilidade, como nas situações de suicídio com valores próximos a 10% no caso de depressão maior.

A depressão na adolescência tende a modificar comportamentos do sujeito, pois pode ocorrer o distanciamento de seu grupo e provocar um vazio, insegurança e solidão, apresentar dificuldade de se relacionar com os amigos e com seus pares amorosos (RIBEIRO *et al*, 2012). A depressão de uma forma mais grave pode levar ao suicídio, cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano, a depressão é uma das principais causas de adoecimento entre os jovens sendo a segunda causa de morte entre as pessoas com idade de 15 e 29 anos no mundo. Até 2020 a depressão será doença mais incapacitante do planeta (OPAS, 2018).

3.3 Depressão e fatores de risco

Um fator de risco para a depressão e o suicídio é o bullying que pode ser definido como atitudes agressivas, intencionais e repetitivas adotadas por uma pessoa ou um grupo contra outro (s). Esse tipo de comportamento pode provocar na pessoa que está sendo agredida dor, sofrimento e angústia. É forma de violência desigual de poder, que coloca o outro que está sendo agredido numa situação de desvantagem, a qual não consegue se defender. Segundo Albino e Terêncio (2012), afirma que a incidência do bullying é maior entre crianças e adolescentes em contexto escolar. Outra forma de intimidação é o cyberbullying, que é a utilização da tecnologia de comunicação através da internet para realizar as violências contra o outro.

Essas violências geram consequências com aqueles que são vítimas do bullying como baixa autoestima, diminuição no rendimento escolar, faltas na escola, estresse, ansiedade, agressividade, isolamento social como forma de fuga da agressão. São comportamentos que podem progredir para o desenvolvimento de transtornos psicológicos graves como fobia e a depressão com ideação suicida por não suportar mais esse sofrimento (ALBINO; TERÊNCIO, 2012). De acordo com Cavalcanti et al (2018), vítimas de bullying tendem a

apresentar maiores índices de sintomatologia depressiva e sentimento de insegurança dentro da escola.

A depressão em adolescentes tem um impacto significativo no desempenho escolar, prejudica a autoestima, instabilidade emocional podendo ocorrer crise de raiva e risco de suicídio. A depressão possui uma série de reações afetivas, podendo modificar a maneira como indivíduo percebe o mundo e sente a realidade (ARGIMON *et al*, 2013).

A depressão tende a modificar o comportamento do sujeito, pois pode leva-lo a se distanciar de seu grupo de pertença e provocar um sentimento de vazio e solidão. Esse período é marcado pela abrangência das relações sociais e quando ocorre à dificuldade nessas relações tendem a baixar autoestima do adolescente e provoca o sentimento de insegurança para os próximos relacionamentos (RIBEIRO *et al*, 2012).

3.4 Depressão e fatores de proteção na escola

A qualidade das relações interpessoais dos adolescentes que ocorre no contexto escolar é importante para o engajamento escolar que se refere à relação entre o aluno e atividade escolar. A escola tem a responsabilidade de transmissão de conhecimento, mas além de promover a aprendizagem pode ser um ambiente facilitador de socialização, sendo um local seguro e saudável (VALLE *et al*, 2015).

A escola pode desempenhar também uma função cultural mais ampla que prepara o adolescente para vida em sociedade e para o exercício da cidadania. A importância da interação social na aprendizagem acadêmica tem sido cada vez mais discutida, com o objetivo de desenvolvimento socioemocional através de práticas interativas e um ambiente mais rico de interações em sala de aula (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2008).

De acordo com Portella e Padula (2011, p. 16),

As relações interpessoais representam uma parte essencial da atividade humana, e o transcorrer de nossas vidas irá depender, em grande parte, do desenvolvimento das habilidades sociais (HS). Ou seja, as relações interpessoais são parte integrante da natureza humana e permeiam toda a nossa vida, estando presente de maneira direta ou indireta nas diversas etapas do nosso desenvolvimento.

Segundo Campos, Del Prette e Del Prette (2018), os sintomas da depressão podem afetar drasticamente a qualidade dos relacionamentos dos adolescentes. Os altos índices de problemas de saúde resultantes de fatores comportamentais indicam a necessidade de se construir habilidades sociais de enfrentamento mais sustentáveis entre os adolescentes. Para Portella e Padula (2011) a presença ou a ausência de habilidades sociais no repertório comportamental de um indivíduo determinará o sucesso que este obterá em suas relações

interpessoais. Nos adolescentes, há indicativos de que as habilidades sociais contribuem para um bom desempenho acadêmico, relações interpessoais satisfatórias e saúde psicológica.

Outro fator importante e primordial para o adolescente é o apoio social e afetivo dos pais na idade escolar, com o intuito de preservar a estrutura psíquica que se torna fator de defesa dos eventos traumáticos e estresses na vida cotidiana. A falta de apoio, o abandono por partes dos colegas e a dificuldade de relacionamento com eles afetam a vida psíquica dos adolescentes podendo criar nele um sentimento de rejeição, de perda, falta de amor, desvalorização, baixa autoestima e frustração (RIBEIRO *et al*, 2012).

3.5 Políticas públicas e saúde mental na escola

O Programa de Saúde na Escola está no âmbito da promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos. Esse programa tem uma preocupação em superar o entendimento que a saúde mental se relaciona com o diagnóstico e tratamento de doenças mentais e problemas de comportamento. O programa é realizado por diferentes setores ligado as políticas públicas para garantir os direitos de crianças, adolescentes e jovens como escolas, equipes de atenção básica em saúde, centro de referência de assistência social, conselho tutelar, equipes de saúde mental, entre outros.

Os resultados esperados pelo programa são:

- Impactar na prevenção de agravos de doenças mentais reduzindo encaminhamentos para rede de saúde, qualificando a ação pedagógica e atenção integral para aspectos singulares dos educandos e dos seus familiares;
- Valorizar e qualificar a função social do profissional de saúde e de educação;
- Ampliar a garantia de direitos das crianças, adolescente e jovens;
- Diminuir a evasão escolar;
- Fortalecer fatores de proteção e promoção à saúde;
- Contribuir para a produção de relatos de cooperação, não violência e garantia dos direitos no território compartilhado entre escolas e equipes de saúde; e
- Empoderar a comunidade para organização democrática na tomada de decisões locais. (BRASIL, 2015)

Outra ação realizada pelo Ministério da saúde (2019b) o Dia Internacional da Saúde Mental comemorado em todo o mundo no dia 10 de outubro. Por ser considerado um tabu na nossa sociedade essa data foi criada para que pudesse ser discutido mais o assunto. Em 2018, a Organização Mundial de Saúde (OMS) escolheu como tema para celebração “Os jovens e a saúde mental em um mundo em transformação”. Teve como objetivo chamar atenção para o reconhecimento da causa do sofrimento por problemas mentais e promoção de saúde mental em adolescentes e jovens adultos, trazendo benefícios em curto e longo prazo para eles e para a sociedade.

De acordo com o Ministério da Saúde (2019c),

a Política Nacional de Saúde Mental compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país com o objetivo de organizar o tratamento e assistência aos pacientes e seus familiares na área de Saúde Mental. Abrange a atenção a pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, dentre outros, incluindo aquelas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas (álcool, maconha, cocaína, crack e outras drogas).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi formada para realizar o atendimento as pessoas com necessidades de transtorno mental como a depressão. Os pontos de atenção da RAPS são: CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades, Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil), Enfermarias Especializadas em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico, Hospital-Dia, Atenção Básica, Urgência e Emergência, Comunidades Terapêuticas, Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas (BRASIL, 2019c).

4. SUICÍDIO NA FASE DA ADOLESCÊNCIA

“Reconhecer uma pessoa jovem em sofrimento, que precisa de ajuda, normalmente não é o problema. Saber como reagir e responder frente a criança e adolescente suicida é muito mais difícil” (OMS, 2000).

4.1 Conceitos de Suicídio

O suicídio é a morte de si mesmo. Esta definição torna-se insuficiente quando começamos a refletir sobre as maneiras e os mecanismos para contribuir para a sua própria morte, o conceito é muito mais amplo, inclui muitos atos e comportamentos. É considerado o suicídio consciente, a morte que alguém provoca a si mesmo, de uma forma deliberada e intencional (CASSORLA, 1985).

Segundo Durkheim (2000, p. 14).

“o suicídio é todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado”.

O suicídio também é entendido como uma manifestação humana, uma forma de lidar com o sofrimento, uma saída para livrar-se da dor de existir. Numa sociedade orientada pela lógica capitalista, cujo discurso se caracteriza por um imperativo de satisfação, em que não há lugar para a tristeza, para falha, ou mesmo para dor. Num contexto em que não é permitido

falhar ou errar, muitas crianças e jovens se sentem incapazes de atender a essa demanda. O suicídio neste caso se configura numa saída do sujeito para se livrar da angústia provocada por sua incapacidade de atender as expectativas do outro (CFP, 2013).

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP (2014), o suicídio pode ser definido como ato deliberado de matar a si mesmo. Os suicídios resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturais e ambientais. Segundo o Ministério da Saúde – MS (2017a), o suicídio é um grave problema de saúde pública que envolve questões socioculturais, históricas, psicossociais e ambientais. Os fatores de risco e de proteção para o suicídio são complexos e tem múltiplas determinações.

O comportamento suicida significa uma variedade de comportamentos que incluem pensar em suicídio ou ideação suicida, planejar suicídio, tentar suicídio e cometer suicídio em si (ABP, 2014). Esses comportamentos suicidas podem ser contextualizados como um processo complexo, que pode variar desde a ideia de retirar a própria vida, comunicada por meios verbais e não verbais, até o planejamento do ato, a tentativa no pior caso a morte (CFP, 2013).

No estudo realizado por Borges e Werlang (2006), com adolescente o comportamento suicida geralmente apresenta a ideação suicida em um dos extremos e o suicídio consumado em outro, permanecendo entre eles a tentativa de suicídio. A busca por uma ruptura radical para se livrar de uma dor psíquica insuportável (BOTEGA *et al*, 2006). Esse comportamento pode ser em: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado (ARAÚJO; VIEIRA; COUTINHO, 2010).

A ideação suicida se refere ao pensamento ou ideia suicida. Engloba desejos, atitudes ou planos que o indivíduo tenha de se matar. Considera uma característica frequente na adolescência, pois faz parte do desenvolvimento de estratégias, que são forma de lidar com o problema existente, a compreensão do sentido da vida e da morte (ARAÚJO; VIEIRA; COUTINHO, 2010). A tentativa de suicídio refere-se a qualquer comportamento suicida não fatal, como intoxicação autoprovocada, lesão ou dano autoprovocado intencionalmente (ABP, 2014). A ideação suicida e a tentativa de suicídio aparecem mais frequentemente entre crianças e adolescentes que foram vítimas de abuso por parte de colegas e/ou por parte de adultos (OMS, 2006).

O comportamento Autolesivo deliberado é caracterizado pelo comportamento de autodano intencional que produzem dano físico ao próprio indivíduo e sem intenção consciente de suicídio. Esse comportamento tem maior prevalência na adolescência,

principalmente no sexo feminino (SILVA; BOTI, 2017). Segundo OPAS (2018), estima-se que 62 mil adolescentes morreram em 2016, como resultado de autolesão. A autolesão pode envolver cortes em braços, pernas, barriga e outras partes do corpo, geralmente regiões que podem ser escondidas.

4.2 Epidemiologia do suicídio no Brasil

Segundo o Ministério da Saúde (2017), no último boletim epidemiológico no Brasil, 11 mil pessoas tiram a própria vida, por ano em média, o suicídio é quarta maior causa de morte entre 15 a 29 anos, quando se pensa em gênero os homens estão em terceiro lugar nessa faixa etária e as mulheres a oitava maior causa, sendo 65% dos óbitos nessa faixa etária são por causas externas (violências e acidentes).

A taxa de mortalidade por suicídio em 2011 foi de 5,3/100 mil habitantes 10.490 óbitos e no ano de 2015 aumentou para 5,7/100 mil habitantes que corresponde a 11.736 óbitos. As principais causas de morte no sexo masculino na faixa etária de 15 a 29 anos foram agressões, acidentes de transporte e lesões autoprovocadas. No sexo feminino na mesma faixa etária foram gravidez, parto e puerpério, acidente de transporte, agressões, e lesões autoprovocadas está em oitavo lugar. Entre 2011 e 2016 foram notificadas 176.226 lesões autoprovocadas, 27,4% foram tentativas de suicídio (BRASIL, 2017).

No Brasil de 2011 a 2016, ocorreram 48.204 tentativas de suicídio sendo que 69% correspondem às mulheres e 31% aos homens, 58% dessas tentativas foram por envenenamento/intoxicação que são os principais meios utilizados na tentativa de suicídio. As mulheres são mais reincidentes nas tentativas de suicídio e homens morrem mais por suicídio. Os indígenas apresentam maiores índices de mortalidade no país, sendo que a faixa etária de 10 a 19 anos corresponde a 44,8% das mortes (BRASIL, 2017).

De acordo com os dados do DATASUS (2019), no Brasil nos anos de 2009 a 2017, foram identificados 45.875 casos de lesão autoprovocada, na faixa etária de 15 a 19 anos. Quando o local de ocorrência foi à escola foram 750 lesões autoprovocadas, sendo que 258 casos do sexo masculino e 492 femininos. No estado do Mato Grosso do Sul foram identificados 1.492 casos, na faixa etária de 15 a 19 anos. Quando o local de ocorrência foi à escola foram 11 casos, sendo que 4 casos do sexo masculino e 7 femininos. No município de Corumbá não tem registro de lesão autoprovocada e no município de Ladário foram 23 casos, sendo 1 caso feminino que ocorreu na escola (BRASIL, 2019e).

Nas situações de tentativa de suicídio no Brasil, nos anos de 2010 a 2017, foram registradas 10.539 tentativas de suicídio, na faixa etária de 15 a 19 anos. No estado do Mato Grosso do Sul foram identificados 930 casos, na faixa etária de 15 a 19 anos. Sendo que 224 masculinos e 706 femininos. No município de Corumbá foram 9 casos, 2 masculinos e 7 femininos e no município de Ladário não foram identificados registros (BRASIL, 2019e).

Os números brasileiros devem ser analisados com cautela porque pode haver uma subnotificação dos casos de suicídio e autolesão. No Brasil, esses dados resultam da síntese de informações que constam no atestado de óbito, sendo compiladas no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), mantido pelo Ministério da Saúde. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estima que 9,5% dos óbitos não são registrados (2019h).

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul (2019), desde 2015 o estado está em 3º lugar no país com as maiores taxas de suicídio, em 2017 eram nove mortes a cada 100 mil habitantes. A partir de 2017 o estado de MS foi um dos seis estados escolhidos com as maiores taxas para implantação do Comitê Estadual de Prevenção ao Suicídio de Mato Grosso do Sul (MS, 2019).

De acordo com o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos – MMFDH (2019f) estima-se que 5.0 a 9.9 mortes por 100 mil habitantes em 2018 tenha como causa o suicídio. Anualmente a estimativa que a cada adulto que se suicida, pelo menos outros 20 possuem algum tipo de ideação ou atentam a própria vida.

4.3 Legislação sobre suicídio

Nas últimas décadas foram elaborados diversos documentos internacionais e nacionais com foco na prevenção do suicídio. O documento Prevenção de Suicídio: Diretrizes para a formulação e implementação de estratégias nacionais, enfatiza a necessidade de colaboração intersetorial, abordagens multidisciplinares e avaliação e revisão permanente. Foi produzido pelas organizações das Nações Unidas junto com a Organização Mundial de Saúde – OMS no ano de 1996 (OMS, 2012).

A Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, institui Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio para desenvolver: estratégias de promoção de qualidade de vida, da educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos; estratégias de informação e comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; organizar linhas de cuidados integrais em todos os níveis de atenção; identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e

das tentativas; organizar a rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; desenvolver métodos de coleta e análise de dados garantindo a democratização da informação; promover intercâmbio entre os sistemas de informações do SUS e promover educação permanente dos profissionais de saúde (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde - MS, a Organização Pan Americana da Saúde – OPAS e Universidade Estadual de Campinas, no ano de 2006 elaborou o documento Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental (BRASIL, 2017). O Ministério da Saúde institui a Rede de atenção Psicossocial para pessoas em sofrimentos ou transtorno mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Para ampliar e diversificar os serviços do SUS para a atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras através da portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011.

Também no ano de 2014, foi realizada, em parceria com a Organização Pan Americana, o Protocolo do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, para autoagressão e risco de suicídio, voltados para os profissionais de saúde. Para a prevenção do suicídio dos povos indígenas foi elaborado também em 2014 um material com orientações gerais para a gestão da atenção psicossocial na saúde indígena, incluindo a abordagem do suicídio (BRASIL, 2016a).

A portaria nº 204 do ano de 2016, torna as tentativas de suicídio e o suicídio, agravos de notificação compulsória imediata em todo território nacional que fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. São disponibilizados por meio dos sistemas de informação da Secretaria de Vigilância em Saúde-SVS, Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM e Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN, os dados epidemiológicos sobre as tentativas de suicídio e suicídios consumados (BRASIL, 2016b).

Publicada no Diário Oficial da União a lei nº 13.819 no dia 26 de Abril de 2019 que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implantado pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios e altera a lei nº 9.656, de Junho de 1998.

No Art. 3º São objetivos da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio:

- I – promover a saúde mental;
- II – prevenir a violência autoprovocada;

- III – controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental;
- IV – garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio;
- V – abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial;
- VI – informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção;
- VII – promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras;
- VIII – promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão;
- IX – promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas (BRASIL, 2019a).

No art. 4, prevê-se que o poder público manterá serviços telefônicos para recebimento de ligações, com atendimento gratuito e sigiloso de pessoas em sofrimento psíquico. O Centro de Valorização da Vida – CVV fundado em São Paulo, em 1962 já realizava esse serviço por telefone (BRASIL, 2019).

No art. 6º os casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada são de notificação compulsória pelos estabelecimentos de saúde públicos e privados às autoridades sanitárias, estabelecimentos de ensino públicos e privados ao conselho tutelar, ou seja, a escola deve realizar a notificação compulsória caso identifique um estudante que esteja colocando a sua vida em risco. Para os efeitos desta lei, entende-se por violência autoprovocada: o suicídio consumado; a tentativa de suicídio e o ato de automutilação, com ou sem ideação suicida (BRASIL, 2019a).

4.4 A relação do suicídio e a escola

Segundo uma revisão de literatura sobre suicídio realizada em 2017, os problemas relacionados à escola como o bullying, o abandono escolar, as crises disciplinares e a dificuldade de interação social são fatores escolares que podem levar o adolescente a comportamentos de risco. Qualquer mudança súbita ou dramática que afete o desempenho, a capacidade de prestar atenção ou o comportamento de crianças ou adolescentes deve ser levado a sério no ambiente escolar (SOUZA *et al*, 2017).

O número de tentativa de suicídio e de suicídio entre os adolescentes tem aumentado ao longo dos últimos anos. A escola é um dos principais lugares de socialização dos adolescentes, onde vive grande parte das suas vidas, falar sobre suicídio e outros potenciais desencadeadores, como bullying, depressão, abuso de drogas e violência doméstica são importantes, porque 90% dos casos de suicídios podem ser evitados através de ações de prevenção. O tema suicídio enfrenta dificuldade para ser discutido no meio escolar e fazer parte da agenda da escola. Envolver os pais e colaborar com outros serviços de saúde e a escola são processos de prevenções eficazes (OMS, 2006).

Em países como Alemanha e Japão a influência da escola no ato suicida pode estar vinculada a uma questão cultural, como o fracasso escolar que é visto como algo vergonhoso. A incidência de suicídios e tentativas é alarmante em fases de resultados de exames e mudanças de grau como o vestibular (CASSORLA, 1985).

O aumento da percepção e a disseminação de informações apropriadas são elementos essenciais para os programas de prevenção do suicídio. Em 1999, a Organização Mundial de Saúde lançou o SUPRE (*Suicide Prevention Program*) um livreto destinado a grupos sociais e profissionais específicos (OMS, 2006). No ano 2000 foi lançado Prevenção de Suicídio: Manual para Professores e Educadores, com objetivo de descrever brevemente a dimensão do problema em jovens, mostra os fatores mais importantes de proteção e risco por trás dos comportamentos. Ensina como identificar, lidar com indivíduos em risco, também como agir em tentativas de suicídio ou suicídio em si quando ocorre no meio escolar (OMS, 2000).

O Centro de Valorização a Vida – CVV (2019) lançou guia para pais, mães e professores de adolescentes. Essas são as pessoas em princípio de acordo com o guia em melhor situação para ajuda-los a superar uma crise, seja pessoalmente ou encaminhar para um profissional de saúde. O objetivo de prevenir o suicídio entre crianças, adolescente e jovem.

No Brasil, a lei n ° 13.819 de 26 de abril de 2019 estabelece que as escolas, tanto públicas como privadas, notifiquem aos conselhos tutelares toda suspeita ou ocorrência confirmada envolvendo violência autoprovocada. As unidades de saúde reportam os episódios às autoridades sanitárias para que através dessas medidas o governo federal possa manter atualizado um sistema nacional de registros detectados em cada estado e município para que possa dimensionar a incidência de automutilação e suicídio em todo o país (BRASIL, 2019).

4.5. Os estigmas, tabus e o papel das mídias relacionadas ao suicídio.

A morte em geral é vista pela sociedade como um tabu, as pessoas não querem falar, ouvir ou discutir sobre ela. Uma morte voluntária se torna um problema maior, pois o esperado é que as pessoas busquem pela manutenção da vida, a qualquer custo, independentemente das consequências que isso possa trazer para a própria pessoa. O suicídio é compreendido como um fenômeno negativo, do qual se busca o afastamento. É um tema difícil de ser trabalhado nos diversos espaços sociais, como na escola, na família, no contexto acadêmico e nos cursos profissionais da área de saúde em geral (CFP, 2013).

O estigma em torno dos transtornos mentais e do suicídio faz com que as pessoas que pensam em tirar suas próprias vidas ou que já tentaram suicídio não busquem ajuda e assim não recebam o tratamento adequado. O tema é um tabu e isso dificulta a comunicação devido à falta de consciência do suicídio como grave problema de saúde pública. O suicídio vem acompanhado pelo silêncio, falar é importante para salvar vidas, os mitos que envolvam o suicídio, como por exemplo, de quem ameaça se matar quer chamar atenção, falar sobre suicídio incentiva a pessoa tirar a própria vida, dentre outros colaboram para que a ajuda não chegue às pessoas que realmente precisam (OPAS, 2018b).

A mídia desempenha um papel significativo na sociedade atual, por proporcionar uma ampla gama de informações, através dos mais variados recursos. Influenciam fortemente nas atitudes, crenças e comportamentos da comunidade e tem seu lugar nas práticas políticas, econômicas e sociais. A maneira como os meios de comunicação tratam o suicídio pode influenciar ou não na ocorrência de outros suicídios. O relato de suicídios de uma maneira apropriada, acurada e cuidadosa, por meios de comunicação esclarecidos, pode prevenir perdas trágicas de vida (OMS, 2000b).

Na prevenção do suicídio a mídia pode ter um papel proativo na divulgação de informações como: listas de serviços de saúde mental disponível e telefones e endereços de contato onde se possa obter ajuda; lista com os sinais alerta de comportamento do suicida; esclarecimento que o comportamento suicida frequentemente associa-se a depressão, sendo que está é uma condição tratável e demonstração de empatia aos sobreviventes (familiares e amigos das vítimas) com relação ao luto (OMS, 2000).

A Organização Mundial de Saúde no ano 2000 publicou Prevenção do Suicídio: Um manual para os profissionais da mídia, com objetivo de enfatizar o impacto que a cobertura midiática pode ter nos suicídios, indica fontes de informação confiáveis, sugere formas de como abordar suicídios tanto em circunstâncias gerais quanto específicas e aponta as armadilhas a serem evitadas pela cobertura de suicídios.

4.6. Os fatores de risco que envolve o suicídio

A adolescência e a juventude são fases em que o indivíduo define sua ocupação, sua profissão, escolhe seu parceiro para viver. O suicídio é um assunto impactante tanto emocionalmente quanto em termos econômicos, são adolescentes que não estão de bem com a vida, não tem uma boa qualidade de vida e isso interfere na relação com as pessoas com quem o indivíduo convive (CFP, 2013). As tentativas de suicídio de adolescentes estão muitas vezes associadas a experiências de vida humilhantes, tais como fracasso na escola ou no trabalho ou conflitos interpessoais com um parceiro romântico (OMS, 2006).

O próprio processo de adolecer pode ocorrer à busca de soluções imediatas por meio de comportamentos agressivos e suicidas. O comportamento suicida do adolescente retrata um pedido de ajuda frente a um sofrimento intenso, uma dor psicológica insuportável (OLIVEIRA *et al*, 2017). O comportamento suicida dos adolescentes de modo geral é pouco notificado, porque muitas mortes desse tipo são incorretamente classificadas como não intencionais. Os pensamentos suicidas na adolescência uma vez ou outra não é considerado anormal, é considerado uma parte do desenvolvimento normal da passagem da infância para adolescência, mas a frequência desse pensamento que se torna um risco, à medida que se lida com problemas existenciais e tenta-se compreender o sentido de vida e morte e o significado a da existência (OMS, 2000).

Segundo a Organização Mundial de saúde – OMS (2012), os fatores de risco são individuais, socioculturais e situacionais. Os individuais são: tentativa anterior de suicídio; distúrbio mental; abuso de álcool e drogas; desesperança; senso de isolamento; falta de apoio social; agressividade; impulsividade; histórico de trauma ou abuso; dor crônica; histórico familiar de suicídio e fatores neurobiológicos. Nas situações socioculturais são: estigma associado ao comportamento suicida; barreiras no acesso ao tratamento; crenças culturais e religiosas e exposição ao comportamento suicida, por exemplo, pela mídia. No caso dos fatores situacionais são: perdas de emprego e financeiras; perdas relacionais ou sociais; bullying; fácil acesso aos meios letais; grupos locais de suicídio que têm uma influência contagiosa e eventos estressantes da vida.

De acordo com o Ministério da Saúde e Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos – MMFDH (2019), alguns sinais de alerta são: mudanças marcantes de personalidade; comportamentos ansiosos, agitado ou deprimido; piora no desempenho escolar, no trabalho ou em outras atividades; afastamento familiar e de amigos; perda de interesse em atividades que gostava; descuido de aparência; perda ou ganho inusitado de peso;

mudança de padrão de sono; comentários autodepreciativos persistentes; desesperança; disforia marcante; comentários sobre morte e interesse por essa temática; doação de pertences de valor e estima pessoal e expressão clara ou velada do desejo de morrer ou pôr fim na própria vida.

4.7 A relação entre Depressão e Suicídio

Os comportamentos suicidas entre crianças e adolescentes muitas vezes envolvem motivações complexas, história familiar com doenças psiquiátricas, problemas emocionais, comportamentais e sociais, abuso de substâncias, disfunção familiar, rejeição pela família, e negligência e abuso na infância aumentam o potencial para o suicídio (OMS, 2006).

A relação entre o transtorno mental e o suicídio ainda é debatido por muitos pesquisadores, alguns estudos relacionam o suicídio a transtornos mentais. Dentre eles a maior incidência do suicídio é nos casos de depressão, esquizofrenia e alcoolismo, sendo que a depressão é o mais prevalente entre os transtornos (CFP, 2013). Os maiores fatores de risco são o histórico de tentativa de suicídio ou a presença de um transtorno mental. O diagnóstico precoce e tratamento correto da depressão são considerados uma das formas mais eficientes de prevenir o suicídio (BOTEGA *et al*, 2006). O risco de suicídio aumenta 20 vezes em indivíduos com episódio depressivo maior (BOTEGA *et al.*, 2006 apud BALDESSARINI, 2003). A depressão pode levar também ao suicídio (OPAS, 2018c).

De acordo com DSM – V (2014, p.167),

A possibilidade de comportamento suicida existe permanentemente durante os episódios depressivos maiores. O fator de risco descrito com mais consistência é história prévia de tentativas ou ameaças de suicídio, porém deve ser lembrado que a maioria dos suicídios completados não é precedida por tentativas sem sucesso. Outras características associadas a risco aumentado de suicídio completado incluem sexo masculino, ser solteiro ou viver sozinho e ter sentimentos proeminentes de desesperança. A presença de transtorno da personalidade *borderline* aumenta sensivelmente o risco de tentativas de suicídio futuras.

De acordo com o Ministério da Saúde, também consideram grupos de maior vulnerabilidade para o risco de suicídio são os que já tentaram suicídio, pessoas em sofrimento psíquico em especial as depressões, usuários de álcool e outras drogas dentre outras (BRASIL, 2017a). Estudos também mostram que de 15% a 20% das pessoas com depressão se suicidam. A depressão é considerada um fator de risco, não como causa do suicídio, porque nem todo mundo que se suicida tem depressão e nem todo caso de depressão leva ao suicídio (CFP, 2013).

De acordo com a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, Portaria Nº 1.876, de 14 de Agosto de 2006,

é necessário considerar a importância epidemiológica e a relevância do quadro de comorbidade e transtornos associados ao suicídio e suas tentativas, em populações vulneráveis, tais como: indivíduos com transtornos psíquicos, especialmente as depressões; indivíduos que já tentaram suicídio; usuários de álcool e outras drogas (Brasil, 2006b).

Em uma revisão de literatura realizada por Chachamovich et al (2009), foram identificadas contribuições acerca das características clínicas da depressão vinculada ao suicídio. Esse estudo aponta para a grande prevalência de diagnóstico de depressão maior entre os casos de comportamento suicida. Os comportamentos de impulsividade e agressão parecem exercer um desencadeamento no ato suicida. A detecção e o tratamento de depressão são capazes de reduzir as taxas de suicídio.

4.8 Os fatores de proteção do suicídio na escola

A prevenção do comportamento suicida deve começar na família em seguida no ambiente escolar que é tão importante quanto à família. O trabalho deve ser iniciado nas pré-escolas com as crianças, questões de valorização da vida e as escolas podem organizar programas psicoeducativos que trabalhem certos valores que precisam ser resgatados como a fraternidade, harmonia e o respeito, o trabalho realizado de forma correta, prepara a criança para enfrentar dificuldades (CFP, 2013).

Os pais de crianças em escolas com programas de prevenção do suicídio devem ser envolvidos nos esforços da escola para educar, identificar e ajudar os jovens com intenções suicidas. Os professores são boas fontes de informação por passar muito tempo com as crianças e adolescentes, quando adequadamente treinados os funcionários da escola podem identificar fatores de risco entre os alunos (OMS, 2006).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS (2012), a prevenção do suicídio está entre os primeiros passos para o desenvolvimento de estratégias. A prevenção demanda uma abordagem multisetorial, envolvendo profissionais da área de saúde bem como representantes de outros setores como o setor da educação, inclusive professores, orientadores escolares, administradores, outros profissionais de educação e líderes estudantis.

Fatores de proteção são aqueles que diminuem a probabilidade de um resultado negativo em indivíduos que estão em risco de suicídio. Os fatores são: fortes conexões com a família e apoio da comunidade; aptidões na solução de problema, solução de conflitos e tratamento não violento de disputas; crenças pessoais, sociais, culturais e religiosas, que desincentivam o suicídio e apoiam a autopreservação e acesso fácil à assistência de qualidade para doenças mentais e físicas (OMS, 2012).

Quando o comportamento suicida ocorre no contexto escolar é importante contatar os pais para que o aluno receba avaliação apropriada. É necessário apoiar o reajustamento ao ambiente escolar com os estudantes e preparar uma rotina positiva para continuar a vida. Grupos de apoio na escola podem ser eficazes para ajudar aos estudantes a falar sobre o suicídio e aprender a lidar com a perda de um colega ou um amigo que cometeu suicídio (OMS, 2006).

A interação entre fatores internos e externos existe sempre. Um ser humano pode não ter forças para enfrentar desafios e pressões externas, por ser muito intensas, ou por suas forças internas estarem prejudicadas ou pela soma de ambos os fatores (CASSORLA, 1985). A restrição de acesso ao meio de suicídio é outra estratégia importante, reduzir a disponibilidade, acessibilidade e atratividade dos meios de suicídio como, por exemplo, pesticidas, armas de fogo, locais altos, dentre outras são formas de prevenção.

Outra forma de prevenção criada em 2003 foi o Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio pela International Association for Suicide Prevention – IASP. O dia 10 de setembro é o Dia Mundial de Conscientização e Ações para Prevenir o Suicídio, promover diversas atividades pelo mundo. No Brasil, em 2015, foi lançada a campanha Setembro Amarelo pelo CVV, CFM – Conselho Federal de Medicina e ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria que trabalha no mês de setembro a prevenção ao suicídio (REBRAPS, 2017).

A prevenção do suicídio é uma tarefa para diversos setores como o poder público, a comunidade, as escolas, os ambulatorios, os hospitais, os Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, as universidades, a polícia, o exército, dentre outros setores da nossa sociedade para a promoção de debates, ações que permitam cada vez mais intervir e ampliar ações capazes de reduzir os riscos de suicídio (REBRAPS, 2017).

A educação pode atuar na prevenção universal com o desenvolvimento de programas de prevenção, com ações dentro das escolas que auxilie na identificação de crianças e adolescentes com comportamentos suicidas. A escola é o local que a maioria dos adolescentes frequenta com isso se torna um local de prevenção importante. Observar as mudanças súbitas no comportamento como falta de interesse nas atividades habituais, comportamento agressivo, declínio de notas e faltas não explicadas de forma repetitivas podem colaborar na identificação do estudante que esteja em sofrimento. Os profissionais que trabalham na escola como professores, coordenadores dentre outros devem ser capacitados para identificar os estudantes que estejam em risco e possam fazer uma abordagem adequada e encaminhá-los,

de acordo com a situação, para os serviços de saúde. A qualificação desses profissionais da escola pode ser feita através de palestra e cursos (BRASIL, 2019i).

O ambiente escolar pode propiciar ao estudante um local de acolhimento, a escola pode desenvolver estratégias nesse sentido que busque cada vez mais aumentar a comunicação entre os funcionários e alunos formando um canal de comunicação positivo, acolhedor, uma rede de apoio estruturada. É importante que a escola tenha um plano de emergência sobre como comunicar o suicídio (OMS, 2000).

Os estudantes com comportamento suicida devem ser identificados para que se possa planejar intervenções e minimizar o risco de imitação. Os programas de prevenção ao suicídio desenvolvidos nas escolas têm como objetivo a conscientização e a educação sobre o tema do suicídio e temas correlatos como depressão. Pode se utilizar estratégias como questionários para identificação de uma possível depressão, ideação suicida e treino de habilidades sociais. Realizar articulação com as redes intersetorial, a educação articulada com a saúde e assistência social (BRASIL, 2019i).

É importante que os pais e a escola estabeleçam um bom relacionamento para melhorar a confiança e a detecção de sinais. O estudante tendo confiança no ambiente familiar ou/e escolar aumenta a probabilidade de solicitar ajuda numa situação de crise que possa levar a uma ação de risco (CVV, 2019).

Quando o suicídio ocorre com um estudante à escola pode desenvolver o trabalho de posvenção na escola, que são ações em resposta organizada realizadas após o suicídio, tendo como objetivos facilitar o processo de melhora do sofrimento e angústia diante da perda, reduzir possíveis efeitos negativos decorrentes da exposição, direta e/ou indireta ao suicídio e prevenir o suicídio entre pessoas que se encontram em situação de risco após a exposição ao suicídio (BRASIL, 2019i).

5. METODOLOGIA

5.1 Locais da pesquisa

Corumbá

Corumbá foi fundado em 1778, com o intuito de impedir o avanço dos espanhóis pela fronteira brasileira. A primeira denominação do vilarejo foi Arraial de Nossa Senhora da Conceição de Albuquerque, se transformou no principal entreposto comercial da região. Passou a ser Distrito em 1838 e a Município em 1850. Nos anos de 1864 a 1870, durante a Guerra do Paraguai, a Freguesia de Santa Cruz de Corumbá, nome que foi dado na

emancipação da cidade. A partir de 1870, a cidade começou a ser reconstruída após a retomada pelo tenente-coronel Antônio Maria Coelho. A origem do nome é Curupah que, em tupi-guarani significa "lugar distante". Corumbá é conhecido como Cidade Branca, devido à cor clara de seu solo, rico em calcário (IBGE, 2019).

O município de Corumbá está situado no sul da região Centro-Oeste do Brasil, sendo fronteira com a Bolívia e o Paraguai, à beira do rio Paraguai. É o último município brasileiro antes do território boliviano, separado por fronteira seca. A cidade de Corumbá é considerada a capital do pantanal. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE, em seu último censo, em 2010, a população de Corumbá é de 103.703 pessoas. De acordo com a Secretaria de Educação de Mato Grosso do Sul (2019), são 11 escolas estaduais na cidade de Corumbá, sendo que 10 urbanas e uma rural.

Ladário

Em 16 de março de 1896 foi criado o Distrito de Ladário, subordinado ao município Corumbá. Em 11 de dezembro de 1953 passou à categoria de município com a denominação de Ladário, desmembrado do município de Corumbá, a sua instalação se deu em 17 de março de 1954. Em 1778, Dom Luís de Albuquerque de Melo Pereira e Cáceres ordenou o sertanista João Leme do Prado, se estabelecer em Ladário, construiu moradias, plantou lavouras, como ponto de apoio ao seu objetivo, a Fundação de Corumbá. Na mesma região se encontrava o arsenal da marinha, cuja construção foi iniciada no dia 14 de março de 1873 (IBGE, 2019).

A cidade de Ladário está localizada na região oeste do estado de Mato Grosso do Sul, no coração do Pantanal sul-mato-grossense com o núcleo urbano de 5,8 quilômetros quadrados possui riquezas naturais como ferro, manganês, calcário, areia e argila. Esta localizada a 6 km do centro de Corumbá e a 12 km da fronteira com a Bolívia. O município conta com 19.947 habitantes, segundo o IBGE 2011. De acordo com a Secretaria de Educação de Mato Grosso do Sul (2019) são duas escolas estaduais. Na cidade de Ladário tem instaladas duas escolas estaduais.

5.2 Percursos Metodológicos

A presente pesquisa se desenvolveu com tema do transtorno depressivo maior que representa a condição clássica de um grupo de transtornos. Tem o intuito de compreender o fenômeno da depressão na fase da adolescência, considerado um período crucial para o desenvolvimento de enfrentamento, resolução de problemas, habilidades interpessoais,

manutenção de hábitos sociais e administração das emoções. A escola foi o local escolhido para a pesquisa por ser um dos principais ambientes de relações interpessoais, desses estudantes com seus pares, com os professores, coordenadores e diretores. As mudanças de comportamentos dos estudantes ocorridas na escola como: irritabilidade, frustração, falta de interesse nas atividades que antes lhe chamavam atenção, afastamento dos colegas, faltas recorrentes nas aulas, dentre outras, podem ser consideradas comportamento de risco a ser identificados pelos profissionais da área da educação.

O estudo foi desenvolvido com base na pesquisa social, que é um processo que utiliza a metodologia científica para a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social (MARCONI; LAKATOS, 2011). Como um estudo de caso, investigará explicações sobre a depressão e elementos que possam lhe marcar como habilidades sociais e a ideação suicida no contexto escolar (LAVILLE; DIONNE, 1999). Assim, o estudo caracteriza-se pelo aprofundamento do objeto de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado com o propósito de descrever a situação do ambiente escolar onde será feita a investigação (GIL, 2008).

O tipo de abordagem é fenomenológico com objetivo de descrever, compreender e interpretar o fenômeno da depressão nos estudantes do ensino médio na escola (MARTINS; THEOPHILO, 2009). A partir do cotidiano dos estudantes, dos coordenadores e professores no contexto escolar para resgatar os significados atribuídos por eles sobre os indicadores de depressão, habilidades sociais e a percepção sobre o suicídio nas escolas (GIL, 2008).

As técnicas de coleta de dados foram questionário socioacadêmico, entrevista e testes psicológicos. Para a entrevista os participantes da amostra foram compostos por diretores, coordenadores e professores e para os testes psicológicos estudantes do ensino médio com idades entre 15 a 17 anos aplicados de forma coletiva em sala de aula, sendo a participação voluntária e anônima. Todos os participantes responderam o questionário socioacadêmico. Os entrevistados foram informados sobre os objetivos da pesquisa e solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) para os professores, coordenadores e diretores, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os pais dos alunos e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para os adolescentes que participaram da pesquisa.

Trata-se de uma pesquisa que emprega técnicas quantitativa, qualitativa, descritiva por meio de pesquisa de campo, realizada no ambiente escolar. As abordagens da pesquisa quantitativa são aquelas em que os dados e evidências coletados podem ser quantificados e

que foram mensurados através dos testes psicológicos aplicados nos estudantes. Os testes psicológicos foram: Inventário de Habilidades Sociais para Adolescente - IHSA, esse instrumento permite a viabilização de pesquisas acerca da socialização na adolescência, sob diferentes perspectivas e eixos temáticos como nas situações de escola; e o Inventário de Depressão de Beck - BDI-II, desenvolvido para avaliar os sintomas correspondentes aos critérios diagnósticos dos transtornos depressivos descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-IV.

Na pesquisa qualitativa faz parte das ciências sociais, trabalha com o universo de significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, foram mensurados através de uma entrevista semiestruturada com os professores, coordenadores e diretores da escola pesquisada (MINAYO, 2012). A pesquisa de campo quanti e quali nesse estudo será a descritiva, com o objetivo a descrição dos indicadores de depressão e das habilidades sociais dos estudantes relacionados com as entrevistas dos professores e coordenadores sobre o fenômeno depressão (GIL, 2008).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul CAEE nº. 25182619.5.0000.0021 parecer favorável nº 3.831. Foi realizada a escolha de duas escolas públicas estaduais, uma da cidade de Corumbá e outra da cidade de Ladário no Estado de Mato Grosso do Sul de forma aleatória. Foi solicitado o consentimento da Secretaria Estadual de Mato Grosso do Sul e o consentimento dos diretores das escolas no município foi realizada a pesquisa.

5.3 Descrição da Amostra

Nas pesquisas sociais a amostra pode ser considerada uma pequena parte dos elementos que compõem o universo. Nesse estudo foi escolhida a amostragem não probabilística em que há uma escolha deliberada dos elementos da amostra e intencional (MARTINS; THEOPHILO, 2009). A quantidade da amostra selecionada para as entrevistas foram: dois diretores, dois coordenadores e seis professores e na aplicação dos testes psicológicos foram 20 estudantes do ensino médio com idade entre 15 á 17 anos. No total foram 30 sujeitos participantes na pesquisa.

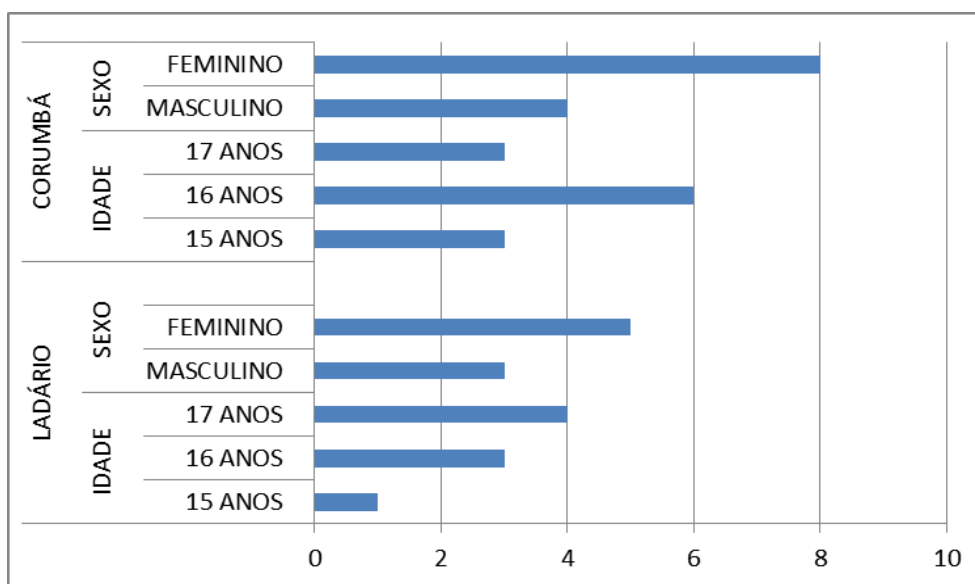
O critério de inclusão para as entrevistas utilizados foram: fazer parte do quadro de funcionários da escola com as funções de diretor (a), coordenador (a) e professor (a) de ensino e o critério de exclusão estar afastado do serviço e o não comparecimento na entrevista. Para os adolescentes o critério de inclusão foi ter a idade de 15 a 17 anos, a idade foi delimitada

devido aos instrumentos psicológicos que foram utilizados, ter autorização dos pais, esta devidamente matriculada na escola da pesquisa no ensino médio. Critérios de exclusão foram: ser maior de 18 anos, ou ter a idade menor que 15 anos, não esta matriculada no ensino médio, não ter recebido autorização dos pais para pesquisa. A escolha dos alunos foi realizada em ambas a escolas pela coordenação de forma aleatória.

As escolas selecionadas foram identificadas como Escola Corumbá (EC) e Escola Ladário (EL). Em ambas as escolas foram selecionadas 12 estudantes no total de 24. Na escola EL no dia da aplicação dos testes quatro adolescentes não apresentaram a autorização dos pais, então não participaram da pesquisa. Foram 12 estudantes da EC e oito estudantes da EL.

Os funcionários que participaram da entrevista foram identificados pela inicial do seu cargo e da escola, no caso da escola de Corumbá a identificação diretor (DC), coordenador (CD), professor (PC) e na escola de Ladário, diretor (DL), coordenador (CL), professor (PL) os professores foram numerados com 1, 2 e 3.

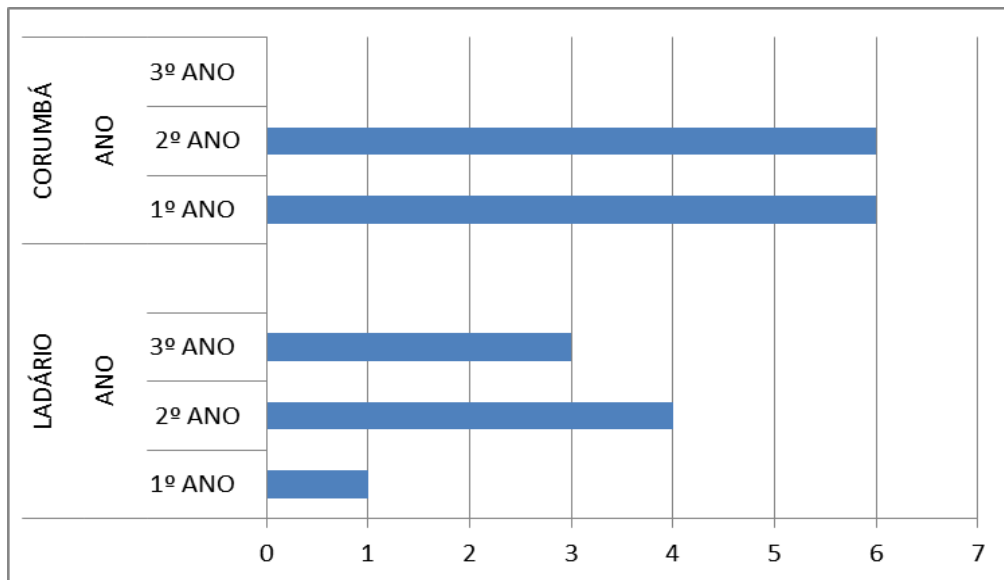
Gráfico 1- Faixa etária e sexo dos adolescentes participantes da pesquisa



Fonte: Elaboração pela autora.

A amostra em relação a idade foram 13 adolescentes do sexo feminino que corresponde 65% da amostra total e sete do sexo masculino que corresponde 35% da amostra total. A média da idade foi 16,15. Na EC com relação a residência declarou-se residir um com avó, quatro com a mãe, um com o pai e seis com os pais. Na EL dois residem com avó, três com a mãe, dois com o pai e dois com os pais.

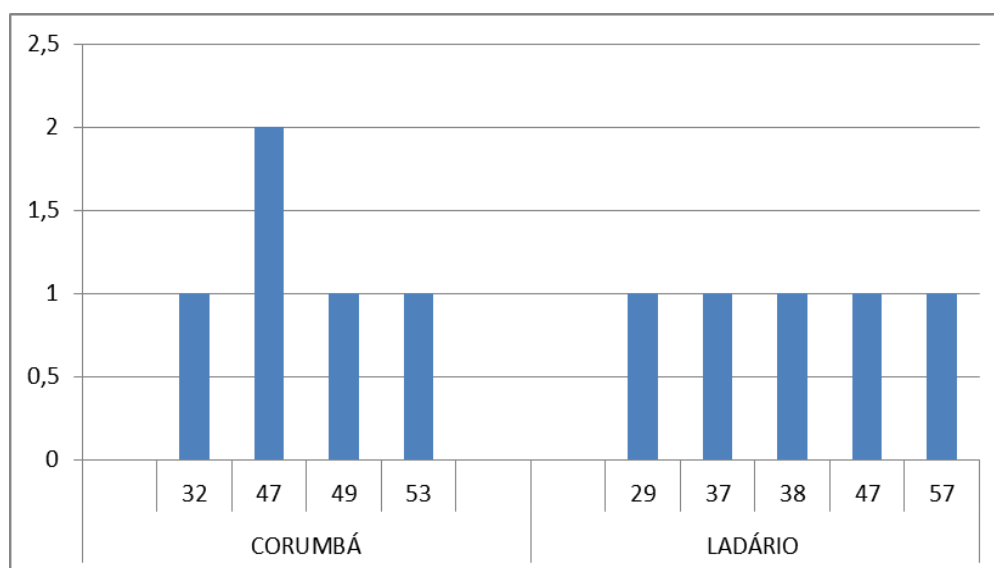
Gráfico 2 – Escolaridade dos adolescentes que participaram da pesquisa



Fonte: Elaboração pela autora.

Em relação a escolaridade da amostra total foram $n = 7$ (35%) do 1º ano do ensino médio; $n = 10$ (50%) do 2º ano do ensino médio e $n = 3$ (15%) do 3º ano do ensino médio. Na EC não houve participantes do 3º ano, a amostra ficou concentrada apenas 1º e 2º ano. Na EL um adolescente do 1º ano participou da pesquisa, a concentração maior foram no 2º e 3º ano. Com relação aos adolescentes todos informaram ser solteiros e não ter filhos.

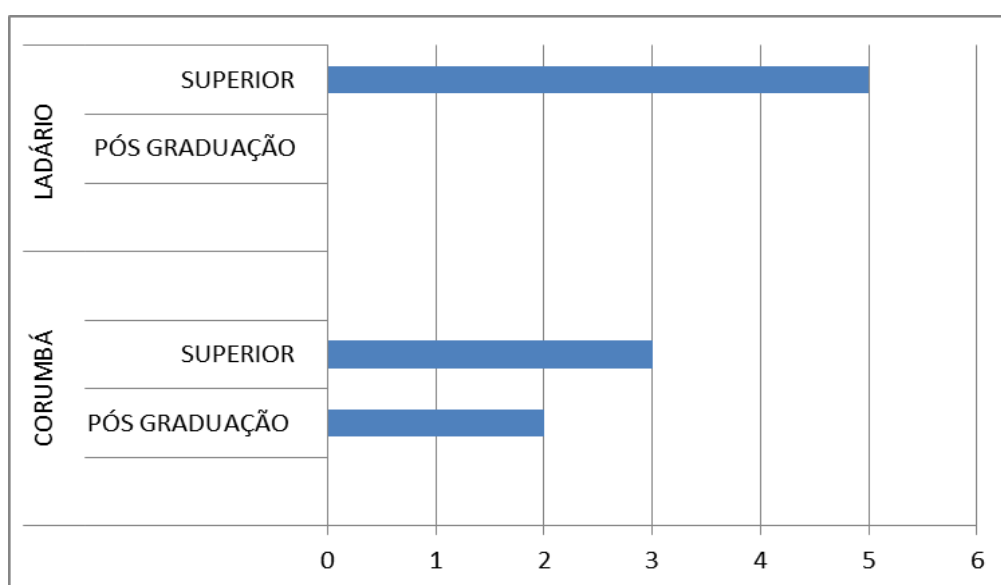
Gráfico 3 – Faixa Etária dos profissionais entrevistados



Fonte: Elaboração pela autora.

A faixa etária das participantes foram entre 32 a 57 anos. As profissionais da EC quatro declararam ser casadas com filhos e uma divorciada sem filhos. Na EL quatro se declararam casadas e dois com filhos e uma solteira sem filhos. Da amostra total 10% tinha a idade entre n= 1 (21 à 30 anos); 30%, idade; n= 3(31 a 40 anos); 30%, idade n= 3 (41 a 50 anos); e 30%, idade n= 3 (51 a 60 anos). Da amostra total 10% são solteiras com filho, 80% casada/amasiada/união estável e 75% com filho e 10% divorciada com filho. Todas foram do sexo feminino.

Gráfico 4 – Escolaridade dos profissionais entrevistados



Fonte: Elaboração pela autora.

Em relação ao grau de escolaridade das participantes na EC, três professoras têm nível superior com carga horária de 20 horas e uma coordenadora e uma diretora tem pós-graduação com carga horária de trabalho de 40 horas, na EL todas declararam ter nível superior e a diretora, coordenadora e uma professora declararam a carga horaria de trabalho de 40 horas e duas professoras de 20 horas. Da amostra total 50% tem a carga horaria de 20 horas, 10% de 30 horas e 40% a carga horária de 40 horas. Em relação à escolaridade das profissionais 90% tem nível superior completo e 10% pós-graduação (mestrado).

5.4 Técnicas e Instrumentos

5.4.1 Questionário socioacadêmico

Foi aplicado um questionário socioacadêmico é uma técnica de investigação composta por um conjunto de questões com intuito de identificar o perfil social e acadêmico aos

participantes da pesquisa. O questionário foi composto de seis questões para os profissionais das escolas e seis para os estudantes que participaram da pesquisa (GIL, 2008).

5.4.2 Entrevista

A entrevista é uma técnica em que o investigador formula perguntas a serem realizadas para o investigado para obtenção de dados que estejam de acordo com a investigação. Uma forma de interação social, de diálogo para coleta de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social, uma técnica que será utilizada nesse estudo para analisar as práticas de diretores, coordenadores e professores das escolas, relativas aos indicadores de depressão (GIL, 2008).

Foi escolhida para este estudo a entrevista semiestruturada que visa obter as percepções individuais dos diretores, coordenadores e professores sobre o tema. Espera-se que os entrevistados respondam de forma livre e extensiva o que desejarem, o entrevistador poderá realizar mais perguntas se necessário para conduzir a questão com mais profundidade (FLICK, 2013).

A entrevista foi composta de uma serie de perguntas abertas, feitas verbalmente em uma ordem prevista na qual a entrevistadora pôde acrescentar perguntas de esclarecimento. Foi realizado um planejamento das questões para atingir os objetivos pretendidos, com uma sequência de perguntas, elaborado um roteiro e solicitado à autorização para o uso de gravador (LAVILLE, 1999). As entrevistas nas duas escolas foram realizadas na sala de professores, previamente agendadas de acordo com a disponibilidade dos sujeitos. Embora tenha sido solicitado um ambiente tranquilo e silencioso, não ocorreu dessa forma devido a disponibilidade dos participantes para a entrevista foi realizada durante o intervalo das aulas e na sala de professores que no momento da entrevista estava com outros profissionais conversando.

5.4.3 Testes Psicológicos

Os testes são instrumentos que têm a finalidade de obter dados que permitam medir rendimento, a competência, a capacidade ou a conduta dos indivíduos, em forma quantitativa (MARCONI; LAKATOS, 2011). Segundo a Resolução N° 9, de 25 de Abril de 2018, das Diretrizes Básicas para a realização de avaliação psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo.

Art. 1º - Avaliação Psicológica é definida como um processo estruturado de investigação de fenômenos psicológicos, composto de métodos, técnicas e

instrumentos, com o objetivo de prover informações à tomada de decisão, no âmbito individual, grupal ou institucional, com base em demandas, condições e finalidades específicas. §1 - Os testes psicológicos abarcam também os seguintes instrumentos: escalas, inventários, questionários e métodos projetivos/expressivos, para fins de padronização desta Resolução e do SATEPSI.

Art. 2º - Na realização da Avaliação Psicológica, a psicóloga e o psicólogo devem basear sua decisão, obrigatoriamente, em métodos e/ou técnicas e/ou instrumentos psicológicos reconhecidos cientificamente para uso na prática profissional da psicóloga e do psicólogo (fontes fundamentais de informação), podendo, a depender do contexto, recorrer a procedimentos e recursos auxiliares (fontes complementares de informação).

Os objetivos de um teste psicológico são identificar, descrever, qualificar e mensurar características psicológicas, através de procedimentos sistemáticos de observação e descrição do comportamento humano, nas suas diversas formas de expressão, acordados pela comunidade científica (CFP, 2018).

A aplicação foi agendada previamente após a entrega dos documentos de autorização dos pais e dos alunos. Na escola de Corumbá e de Ladário foram disponibilizadas salas que não estavam sendo utilizadas para aplicação dos testes, os alunos foram chamados no dia e horário agendados com a coordenação da escola. Os alunos que não apresentaram os termos assinados foram excluídos da pesquisa previamente. A aplicação foi realizada de forma coletiva em ambas as escolas com a duração em média de uma hora para apresentação e explicação dos instrumentos. Foi realizado inicialmente o preenchimento do questionário socioacadêmico, depois aplicação do teste Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes - IHSA e por último o Inventário de Depressão de Beck – BDI-II. Ambos os ambientes estavam tranquilos e ocorreu a aplicação sem interferências externas.

Os testes psicológicos que foram utilizados são:

O Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA-Del-Prette, 2015) trata-se de um instrumento de investigação psicológica, devidamente habilitado para sua utilização de uso restrito do profissional psicólogo. Foi elaborado pelos psicólogos Almir Del Prette e Zilda Aparecida Pereira Del Prette, no ano 2004, aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em 01/08/2008. Esse instrumento permite a viabilização de pesquisas acerca da socialização na adolescência, sob diferentes perspectivas e eixos temáticos como nas situações de escola.

O Inventário permite avaliar o repertório de habilidades sociais dos adolescentes em dois indicadores: a frequência e a dificuldade. É um instrumento de autorrelato, referenciado à norma, destinado à população adolescente de 12 a 17 anos de idade que permite avaliar o seu

repertório de habilidades sociais em um conjunto de situações interpessoais cotidianas, identificação de déficits e recursos em classes e subclasses de habilidades sociais no adolescente e demandas de contexto como das relações familiares e escolares, de amizade, afetivos – sexuais, de lazer e de trabalho. O instrumento produz escore geral e escores em fatores: F1- Empatia, F2 - Autocontrole, F3 – Civilidade, F4 – Assertividade, F5 – Abordagem Afetiva e F6 - Desenvoltura Social. Os resultados do IHSA-Del-Prette permite identificar déficits e recursos em habilidades sociais que são bastante importantes para o atendimento de estudante em serviços de educação e realizar planejamento de procedimentos e intervenção de caráter educacional para promoção de habilidades sociais e soluções de conflitos interpessoais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2015).

O material para aplicação o qual é constituído por caderno de aplicação consta uma página de rosto com instruções e nas duas outras páginas, os 38 itens. Cada item descreve uma situação de interação social e uma possível reação dela. Ao lado de cada item foram apresentadas colunas para o respondente assinalar a frequência, trata-se de uma escala tipo Likert que varia de 0 a 10 vezes a reação para as situações descritas e na de dificuldade, a escala de cinco pontos com as opções nenhuma, pouca, média, muita e total que representa o grau de dificuldade que o adolescente tem para reagir aquele comportamento (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2015).

O Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição (BDI-II, 2011) é uma ferramenta de avaliação consolidada no meio científico internacional, para medir a presença e gravidade de sintomas depressivos em pessoas de diferentes faixas etárias, tanto da população clínica como da população geral. Foi elaborado por Blanca Susana Guevara Werlang, Clarice Gorenstein, Irani Iracema de Lima Argimon e Yuan-Pang Wang, aprovado pelo CFP em 26/11/2010. As propriedades psicométricas da versão em português do BDI-II foram analisadas através de diversos indicadores de fidedignidade e validade em amostras brasileiras recrutadas de diversas fontes da comunidade como estudantes de ensino fundamental e médio, sendo pré-adolescentes e adolescentes. Essa versão foi desenvolvida para avaliar os sintomas correspondentes aos critérios diagnósticos dos transtornos depressivos descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, DSM-IV, quarta (GORENSTEIN et al, 2011).

O material para aplicação do teste é a folha de aplicação/ respostas. A aplicação pode ser individual ou coletiva. Não há um tempo limite para o preenchimento do protocolo, mas em geral, o BDI-II requer entre 5 e 10 minutos para ser completado. O inventário é um

instrumento de auto aplicação composto por 21 itens: tristeza, pessimismo, fracasso passado, perda de prazer, sentimento de culpa, sentimentos de punição, autoestima, autocrítica, pensamentos ou desejos suicidas, choro, agitação, perda de interesse, indecisão, desvalorização, falta de energia, alteração no padrão de sono, irritabilidade, alterações de apetite, dificuldade de concentração, cansaço ou fadiga e perda de interesse por sexo (GORENSTEIN et al, 2011).

Cada item é composto por quatro afirmações, com pontuação em escala Likert variando de 0 a 3, permitindo soma de pontuações no intervalo entre 0 a 63, descreve a sintomatologia depressiva. O objetivo é medir a intensidade da depressão a partir dos 13 anos até a terceira idade. O respondente assinala na folha a afirmação que melhor descreve o modo como ele se sentiu nos últimos 15 dias (GORENSTEIN et al, 2011).

A utilização desse instrumento sem uma avaliação clínica em conjunto não serve para fazer diagnóstico psiquiátrico. Entretanto, este inventário pode ser valioso para documentar a presença de sintomas depressivos e avaliação da sua gravidade em indivíduos da população de forma geral e nos pacientes deprimidos clinicamente diagnosticados (GORENSTEIN et al, 2011).

6. ANÁLISE DOS DADOS

6.1 Análise e interpretação dos dados da entrevista

A técnica escolhida foi à análise conteúdo utilizada para estudar e analisar a comunicação de maneira objetiva e sistemática. Buscam-se inferências confiáveis de dados e informações de acordo com o contexto que sujeito está inserido e do discurso escrito ou oral, com o objetivo de identificar a essência do texto nos detalhes das informações, dados e evidências disponíveis. Trabalha com os detalhes do contexto com a descrição dos conteúdos, entre a descrição e a interpretação interpõe-se a inferência (MARTINS; THEÓPHILO, 2009).

Para Bardin, o termo análise de conteúdo designa:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 42).

A análise do conteúdo é organizada em três fases: a primeira a pré-análise, foram transcritas as entrevistas integralmente de cada sujeito, em seguida realizada um análise das transcrições com o objetivo de sistematizar as ideias iniciais e na construção de indicadores

para categorização (BARDIN, 2011). A categorização consiste em organizar os dados para que o pesquisador consiga tirar conclusões a partir deles. É necessária a construção de um conjunto de categorias descritivas, que podem ser fundamentadas no referencial teórico da pesquisa (GIL, 2002).

Na exploração do material foram criados quatro grupos baseados no roteiro de entrevista: (1) “Informações sobre depressão e suicídio”, (2) “Papel da escola com relação à depressão e o suicídio” e (3) “Medidas preventivas e meios legais para depressão e o suicídio”. Depois de realizada a escolha da unidade de análise para a elaboração das categorias foi criada as subcategorias de análise (MARTINS; THEÓPHILO, 2009).

Assim o grupo (1) é subdividido em: 1 - “Percepção dos profissionais sobre depressão”; 2 - “Percepção dos profissionais por suicídio”; 3 - “Relação da depressão e suicídio” e 4 - “Sinais que os adolescentes apresentam com depressão ou ideação suicida”.

No grupo (2): 1 - “Dificuldades e estratégias com adolescente com depressão e suicídio”; 2- “Capacitação para os profissionais da escola”.

No grupo (3): 1 - “Meios legais para comunicar automutilação, tentativa de suicídio e suicídio” e 2 - “Medidas preventivas para depressão e suicídio”.

O tratamento dos resultados obtidos e interpretação foram avaliados de forma significativas e válidos, foi feito a codificação e seleção dos resultados para realizar a interpretação (MARTINS; THEÓPHILO, 2009).

GRUPO 1

Subcategoria 1 - Percepção dos profissionais sobre depressão

Nessa subcategoria aborda a percepção que os profissionais têm sobre a depressão. Através dos relatos das entrevistas observa-se que os sujeitos da pesquisa das escolas de Corumbá e Ladário ainda apresentam dúvidas sobre o que significa a depressão, em alguns momentos evidenciam uma “ideia de fraqueza”, “falta de motivação”, “uma forma de chamar a atenção do outro” e “pedido de ajuda”. Essa visão em muitas situações não compreende como o sujeito que está com uma doença.

Na escola de Corumbá (EC) a diretora (DC) e na escola de Ladário (EL) a professora (PL3) foram os sujeitos que evidenciaram uma visão mais próxima do que significa a depressão como uma doença e que precisa de tratamento.

“Eu acho que depressão é um sofrimento, sofrimento muito grande e esse sofrimento muito grande que muitas vezes vem sem o motivo aparente às dores que chega para cada um ele tem um nível de abrangência dependendo do estado da pessoa, dependendo de onde ela more vai ter uma abrangência maior” (DC).

“A depressão é uma doença que atinge a mente, é uma doença difícil de ser superada a não ser com ajuda de outra pessoa né eu acredito que pessoa não consegue sair da depressão a não ser com ajuda de outras pessoas e talvez ela não tenha consciência do que ela tem é uma doença grave que leva a outros problemas também” (PL3).

Durante a entrevista percebeu-se que existem muitos preconceitos relacionados à doença foram citados “doença sem esclarecimento”, “anormalidade” e “pessoa sem perspectiva” essa visão reforça os estigmas relacionados à depressão que impedem as pessoas doentes de procurar ajuda consequentemente tratamento. O sofrimento citado na entrevista “sem motivo aparente” traz a ideia de que é preciso ter uma causa visível, um motivo para compreender que aquela pessoa está doente.

“Depressão, em minha opinião é causada por você ficar remoendo situações que já aconteceram então à pessoa se sente deprimida porque ela não consegue mais atingir aquilo que ela tinha anteriormente e isso causa assim uma tristeza muito profunda e às vezes pode ser tornar uma dor física” (PC3).

“Eu entendo que é falta de motivação, a pessoa começa se desanimar ficar triste se isolar, acredito que sejam alguns indícios que acontece que as pessoas começam a se afastar, não querer estudar. (...) eu não entendo profundamente só sei que não é uma coisa boa” (PL1).

“Depressão é um estado emocional que a pessoa está pedindo ajuda, muita ajuda. Então está tentando recorrer da melhor forma possível para chamar atenção para pedir ajuda” (CC).

Essa dificuldade para reconhecer um adulto com depressão aumenta nas situações da adolescência porque durante muito tempo a depressão era considerada uma doença que apenas ocorria com os adultos. Muitos adolescentes não buscam ajuda por falta de conhecimento sobre a doença, isso torna mais difícil a identificação desses adolescentes e o diagnóstico. A depressão é uma doença que causa grande sofrimento com múltiplas causas e ocorre sim na adolescência.

De acordo com Bahls, S.C. e Bahls, F.R. C (2002), em pesquisas realizadas com adolescentes foi verificado sintomas de depressão e os mesmos nunca tinham sido diagnosticados anteriormente. O estudo realizado por Argimon et al (2013), para avaliar os sintomas de depressão em adolescentes, os resultados mostram que a intensidade da depressão observada nos adolescentes estudados é maior que a verificada na população geral, em outras fases da vida, com exceção apenas da terceira idade.

Os jovens que estão com depressão e não foram diagnosticados, sofrem um impacto no desempenho escolar. A necessidade de entender e reconhecer, ou melhor, identificar os jovens que estão com a doença é importante para que eles possam aumentar a procura de ajuda nessas situações, ter acesso aos tratamentos já disponíveis no serviço de saúde e obter apoio emocional dos seus amigos, familiares e da escola.

Subcategoria 2 - Percepção dos profissionais por suicídio

A morte na nossa sociedade é vista como tabu, as pessoas tentam se afastar ao máximo desse assunto e falar sobre um adolescente que cometeu suicídio distancia mais ainda a ideia da manutenção da vida que a ciência emprega grandes esforços para alongar os dias de vida (CFP, 2010).

Os relatos apresentados nas duas escolas pesquisadas sobre a percepção dos profissionais sobre o suicídio os sujeitos compreendem como: “doença séria”, “não é uma coisa boa”, “a vida não tem mais graça” e “silêncio”. São exemplos que demonstram que é um tema ainda pouco debatido e difícil de ser abordado dentro do contexto escolar. O silêncio nessas situações deve ser rompido, ensinar aos profissionais como se comunicar nessas situações de tentativa de suicídio e suicídio pode prevenir outros suicídios. A comunicação se torna uma forma de prevenção importante.

“O suicídio é uma consequência dessa dor profunda, quando ele não encontra mais uma solução por si própria, aí eles tentam quanto atentar sobre a própria vida seria mais uma fraqueza deles” (DC)

“suicídio é uma forma quando ela não tem mais para onde correr e ela acha que a solução é isso tirar a própria vida” (PL1)

“estado emocional isso leva a pessoa ao suicídio, no meu trabalho [...] infelizmente um ex-aluno suicidou tantos os problemas familiares e a questão das drogas também aos 18 anos ele se enforcou, muito triste” (PC2).

A “dor profunda” citada na entrevista o sofrimento no adolescente que está com ideação suicida ou mesmo já tentou o suicídio, ao longo do tempo só aumenta e a ideia de que para acabar com essa dor e sofrimento é através do suicídio. O adolescente acredita que não existe mais solução, ocorre uma alteração de como esse sujeito que está em sofrimento percebe as coisas, como ele sente e como ele compreende a sua realidade.

Na fase da adolescência um em cada quatro pacientes suicidas consumiu álcool ou droga antes do ato (OMS, 2000). O adolescente busca uma ruptura radical para se livrar de uma dor psíquica insuportável através do suicídio (BOTEGA et al, 2006). De acordo com a

pesquisa realizada por Moreira e Bastos (2015), os dados obtidos nas ultimas décadas evidenciam um crescimento na ocorrência de suicídio na fase da adolescência, considerado como um sério problema de saúde pública.

O tema suicídio faz parte do ambiente escolar é necessário que os profissionais da educação compreendam esse fenômeno que não só traz consequências negativas para adolescente que comete o ato de tirar sua própria vida, mas também para a família da vitima, para os amigos e profissionais da escola, todo o meio social no qual o adolescente faz parte.

Subcategoria 3 - Relação entre depressão e suicídio

Nessa subcategoria a relação da depressão e o suicídio existem discursões na literatura sobre a depressão em sua forma mais grave levar ao suicídio. Nas entrevistas realizadas nas duas escolas dos 10 profissionais que participaram sete citou de forma direta acreditar que o suicídio é decorrente da depressão.

“uma doença que eu acho que não tem esclarecimento certo da causa, os efeitos é bem visível que leva até ao suicídio, toda pessoa depressiva a tendência é suicídio” (CL).

“O suicídio eu acredito que seja recorrente a depressão da pessoa querer tirar sua própria vida pode ser que ela já não esta se sentindo bem, não tem mais animo, graça na vida. Eu acredito que o suicídio seja o ultimo recurso que ela utiliza no caso da depressão” (PL3).

“Suicídio eu acho que é o último nível limite da depressão quando ela vê que não tem mais jeito ai ela começa a pensar” (CC)

“Olha depressão para mim são varias causas do estado emocional da pessoa, conforme esse estado emocional isso leva a pessoa ao suicídio” (PC2).

Na EC todos os profissionais relacionaram o suicídio à depressão e na EL dos três a PL1 informou não conhecer profundamente o assunto e dois DL citou que era uma “doença seria” e PL2 “que era alguma doença”.

Alguns autores concordam que os maiores fatores de risco são a tentativa anterior do suicídio e os transtornos mentais como a depressão (BOTEGA et al, 2006; DSM-V, 2015; CFP, 2013; MOREIRA; BASTOS, 2015; CFM/ABP, 2014; ARGIMON et al, 2013). Apenas uma professora da EC expressa que o suicídio não tem uma relação direta com a depressão.

“é uma pessoa que tira sua própria vida pode estar relacionado à depressão ou não” (PC3)

A depressão no estado mais grave da doença influencia no desempenho escolar, na autoestima, instabilidade emocional, pode ocorrer crises de raiva e aumentar o risco de suicídio. Os indicadores de depressão são importantes fontes para perceber se aquele estudante está passando por algum problema e qual providencia podem ser tomada pelo meio escolar.

Subcategoria 4 - Sinais que os adolescentes apresentam com depressão ou ideação suicida

Na subcategoria sobre os sinais que os adolescentes apresentam com depressão ou ideação suicida foram identificados nas entrevistas como mudança no comportamento a “tristeza sem explicação”, “silêncio”, “revolta”, “declínio nas notas”, “falta de interesse”, “não participa das atividades” dentre outros foram identificados nas entrevistas. São indicadores de mudança de comportamento do aluno dentro da escola. Essas variações no comportamento foram relatadas nas entrevistas.

“Seria mudança de comportamento, ou ele se retrai muito ou ele se torna muito agressivo porque ai a gente considera o comportamento anormal que aquela criança que você conhece ela não tem aquele comportamento de repente ela se retrai muito ou extravasa por demais para chamar atenção” (CL).

As mudanças de comportamento como: afastamento dos seus grupos (RIBEIRO et al, 2012), declínio nas notas (ARGIMON et al, 2013), tristeza, vazio, tédio, raiva (BAHLS, 2002) a solidão, a agressividade, a raiva, o isolamento, as desesperanças e a autoimagem negativa (MONTEIRO et al, 2007). São sintomas que podem afetar as relações interpessoais dos adolescentes, as mudanças de comportamento dos estudantes devem ser avaliadas pelos profissionais da escola.

“Eu acho também agressividade talvez, não tenho certeza mais eu creio que seja um dos sintomas você percebe a mudança de comportamento, agressividade, a falta de interesse, às vezes o aluno não demonstra mais aquele interesse aquela vontade que ele tinha antes, eu acredito que seja um dos sinais que começa aparecer” (PC3).

As mudanças que ocorrem no comportamento dos adolescentes são diferentes entre meninos e meninas. As meninas que estão com depressão tende a se sentir mais abandonada, se torna mais quietas, falta esperança e ficam pouco ativas. Os meninos apresentam comportamentos mais agressivos considerados inadequados, chamam mais atenção de seus professores e pais. Esses comportamentos pode levar o adolescente a se isolar dos seus pares e aumentar o fator de risco para o comportamento suicida (OMS, 2000).

Em um estudo realizado por Moreira e Bastos (2015), a ideação suicida associada à depressão em adolescentes é prevenível desde que o adolescente seja devidamente tratado. O silêncio em torno do assunto alimenta a passividade, quando o momento deveria ser de ação (CFM/ABP, 2014).

O adolescente com depressão tem um impacto significativo no desempenho escolar (ARGIMON *et al*, 2013). Para Del Prette e Del Prette (2008), as interações sociais dos adolescentes têm uma importância na aprendizagem acadêmica e no desenvolvimento socioemocional. Desenvolver as habilidades sociais desses adolescentes é colaborar para um bom desempenho acadêmico, nos seus relacionamentos e na sua saúde psicológica (PORTELLA; PADULA, 2011). As mudanças de comportamentos dos adolescentes no ambiente escolar relatados nas entrevistas podem ser consideradas como alertas, sinais a serem investigados pela escola.

“Principalmente na escola, na escola é mais evidente aí você vê que o aluno antes ele era um aluno ativo sabe, conversava, estudava, tinha notas boas de repente ele começa a cair, você vê ele largado pelos cantos, ele não brinca mais até criança, adolescentes às vezes senta aqui conta umas histórias são de arrepiar, você nota falta de emoção, de reagrupar ele começa a ficar isolado” (CC).

“Olha um pouco da agressividade a gente percebe, às vezes da automutilação é bem visível na sala de aula, principalmente nós tivemos um caso que eu encaminhei para psicóloga. Então, automutilação é bem visível. Nesse momento é o que é mais visível mesmo” (PL2).

A “automutilação” citada na entrevista são os comportamentos autolesivos que é o comportamento de autodano intencional do adolescente como: cortes em braço, pernas, barriga, ou em outra região do corpo que geralmente são escondidas através de roupas pelos adolescentes. A partir desses trechos das entrevistas é possível perceber que os profissionais das escolas identificam mudanças nos comportamentos dos alunos, mesmo que não tenha a certeza que esses comportamentos podem ser considerados de risco para um a possível depressão ou suicídio.

A adolescência é um período marcado pela abrangência das suas relações, na situação de depressão o adolescente apresenta dificuldades na sua vida social, esse foi o comportamento mais relatado pelos sujeitos entrevistados o distanciamento dos seus pares. Em concordância com Ribeiro et al (2012), através de pesquisas realizadas com adolescentes descreveu a depressão como dificuldade de se relacionar com os amigos e seus pares amorosos.

Na pesquisa realizada por Claudino et al (2016), entre indicadores de depressão e a relação de suporte social descrevem que quanto menor for a intimidade que o adolescente tiver com as pessoas que estão a sua volta, menor for a satisfação com seus familiares, amizade e a participação nas atividades sociais consideradas bases para o seu bem-estar forem afetadas, aumenta a probabilidade para a depressão sentida.

É importante que nas situações em que o professor ou orientador escolar identificar os sinais de risco nos adolescentes, devem ser relatados para a coordenação da escola para que medidas possam ser tomadas com uma avaliação abrangente do estudante, considerando a influencia de diversos fatores pela a equipe escolar.

GRUPO 2

Subcategoria 1 - Dificuldades e estratégias com adolescente com depressão e suicídio.

Nas duas escolas pesquisadas não existem estratégias claras para os professores lidarem com os adolescentes que apresentam comportamento de risco relacionado à depressão e suicídio dentro da escola. As estratégias descritas nas entrevistas sugerem que os profissionais conversem e chame os pais, ou em algumas situações solicitam que o adolescente seja levado ao serviço de saúde.

A escola é uma instituição que recebe os impactos das mudanças que ocorrem na nossa sociedade, esse fato exige dos profissionais constantes desafios, isso exige modificações pessoais e estruturais constante dos professores (ANACHE, 2010). A coordenadora da EC relata durante a entrevista sua insatisfação em relação ao aumento da responsabilidade que a escola tem com os seus estudantes e a falta de especialista para ajudar nas situações em que emocionalmente não estão bem.

“Já estão colocando toda responsabilidade para a escola isso a gente fica aborrecido, mas enfim a gente tenta da melhor forma possível tentar ajudar a gente tem principalmente palestra, alguma atividade pedagógica tenta ajudar dessa forma. Chama senta aqui conversa a menina senta e chora, começa a chorar, teve um ai que desistiu já vinha assim capengando, ela repetiu, então perdeu as únicas amizades que ela tinha passaram e ela ficou o que é que aconteceu ela começou a isolar mais ainda, teve um dia que eu chamei ela aqui ela não abriu a boca só chorou, chorou , chorou, ela não falava uma palavra, uns dias depois chamei a mãe contou que ela fica o dia inteiro sozinha porque a mãe tem que trabalhar, resultado a menina desistiu” (CC).

“Eu acho que a gente poderia encaminhar para uma pessoa especialista, a gente se limita a certas situações, não dá para gente apressar a coisa às vezes você não consegue dá conta, não consegue direcionar sua atenção para um único aluno porque são quarenta numa sala você só ficar em cima daquele aluno não dá. Acho que o papel da escola é tentar identificar como tem e encaminhar para um psicólogo ou para que consiga da conta da situação” (PC1).

“Procurar ajuda com psicólogos, chamar os pais e pedir que chame um psicólogo” (DL).

“Tentar trazer esse adolescente para uma conversa mais próxima fazer com que ele fale sobre o que está passando no momento e tentar direcionar a família juntamente com ele tentar conciliar sobre o desequilíbrio que ele esteja passando com palestra com as pessoas do CRAS psicólogos. Para tentar trazer mais informações” (PL2).

As alterações que ocorrem no comportamento do adolescente podem gerar prejuízo no desempenho escolar, em outras atividades e nos seus relacionamentos. Segundo Barros et al, (2006), o abuso do álcool e outras substâncias psicoativas é uma preocupação frequente. Na pesquisa realizada por Monteiro et al (2007), no contexto escolar do ensino médio da cidade de João Pessoa – PB, a sintomatologia depressiva, apresentou interferir de maneira significativa no seu dia a dia, nas suas relações sociais e no bem-estar geral do adolescente. Nas entrevistas o “silêncio” foi um dos comportamentos mais relatados pelos profissionais como uma das dificuldades para lidar com a situação.

“Geralmente ele se fecha, chora muito não conversa e eu particularmente fico preocupada geralmente informo a coordenação” (PC3).

“Olha a maior dificuldade é você tentar fazer um jovem entender que ele é mais forte do que ele pensa, a principio ele acha que não tem força nenhuma, ele se deixa levar pelas questões “eu não tenho tal roupa”, “eu não tenho tais condições de vida” ele se deixa levar muito por isso. Assim a maior dificuldade é nós conseguimos mostrar para ele quem ele é ele, ele se descobrir, ele se entender, alguns chegam aqui me chamaram de gordo e ai você é gordo, mas e ai porque você é gordo você tem o seu valor, você precisa se entender, se conhecer e se gostar. A partir do momento que ele se gosta se aceita a maior parte dessas pessoas que vem aqui com esse tipo de comportamento falta de aceitação de si mesmo. A partir dessa conscientização nós passamos a mostrar para eles ele é capaz mais do que ele imagina” (DC).

Outra dificuldade relatada foi “fazer entender que ele é mais forte do que ele pensa” os profissionais demonstram de acordo com as suas experiências que tentam auxiliar os alunos que apresentam alguma mudança, algo que lhe chame atenção. A possibilidade de estabelecer uma conversa e estar disponível para escutar esses adolescentes é importante para que os mesmos compreendam que não estão sozinhos.

Segundo Freire (1996), é necessário saber escutar de forma democrática e solidaria o educador que escuta aprende a difícil lição de transformar o seu discurso, em diversas situações necessárias ao aluno, em uma conversa com ele. De acordo Ribeiro et al (2012), a falta de apoio, o abandono por parte dos colegas e a dificuldade nos seus relacionamentos colaboram para criar um sentimento de abandono, rejeição, baixo autoestima dentre outros.

Os professores, coordenadores e diretores da escola devem estar atentos para a variedade de sintomas que fazem parte da depressão e o suicídio.

A dificuldade da avaliação dos sintomas na fase da adolescência aumenta devido ao fato de que estágios normais do desenvolvimento do adolescente compartilham algumas características com a depressão. Reconhecer e saber lidar com estudantes com comportamentos de risco pode desencadear conflitos entre professores e outros funcionários da escola, devido ao fato de não ter ou ter pouco treinamento específico para lidar com a situação, ou não ter condições emocionais para lidar com a situação (OMS, 2000). Respeitar os profissionais da escola, suas experiências são fatores considerados importantes para estabelecer uma relação de troca com os estudantes (FREIRE, 1996).

Nessa categoria foram dos 10 profissionais entrevistados, sete citaram profissionais especializados como psicólogos. As duas escolas não dispõem no quadro de funcionários os profissionais de psicologia e de serviço social para ajudar nessas situações.

“Chama os pais para conversar o que está acontecendo, para entender porque ele está assim se os pais já viram já perceberam eles fazem isso muitas vezes que eles se cortam na adolescência acontece muito” (DL).

“Se caso consumir acredito que vai ter palestras como no caso como psicólogos o CRAS. Esse ano teve a família escola palestra com psicóloga falando com mais profundidade” (PL1).

“Geralmente chama para conversar e encaminha para o profissional especializado, chama a família conversa, informa que ele está apresentando variação, comportamentos que não são, e também pergunta se eles querem ser encaminhados para algum profissional” (PC3).

“Seria o atendimento, a escola deveria ter vários psicólogos não só para atender não só aluno como nossos colegas professores também porque nós temos professores com problemas gravíssimos de depressão, então seria mais profissionais capacitados para atendimento que fizesse parte do quadro da escola, atender no município fica mais difícil ainda seria da escola” (C1).

“Seria mais profissionais psicólogos e psiquiatra não adianta um só um para atender todas as escolas e sim ter profissionais na escola” (CL)

A importância descrita pelos profissionais das escolas em ter um psicólogo dentro do contexto escolar reafirma essa posição de um trabalho multidisciplinar para ser realizado com os estudantes. Recentemente foi decretada a Lei Nº 13.935, de 11 de Dezembro de 2019, dispõe sobre a prestação de serviços de psicologia e de serviço social nas redes públicas de educação básica.

Art. 1º As redes públicas de educação básica contarão com serviços de psicologia e de serviço social para atender às necessidades e prioridades definidas pelas políticas de educação, por meio de equipes multiprofissionais.

§ 1º As equipes multiprofissionais deverão desenvolver ações para a melhoria da qualidade do processo de ensino-aprendizagem, com a participação da comunidade escolar, atuando na mediação das relações sociais e institucionais.

§ 2º O trabalho da equipe multiprofissional deverá considerar o projeto político-pedagógico das redes públicas de educação básica e dos seus estabelecimentos de ensino.

Os comportamentos apresentados pelos adolescentes como “não quer falar”, “não admitir”, “se fechar com os professores” informados pelos participantes da pesquisa das duas escolas demonstram a dificuldade para lidar com os estudantes com indicadores de depressão e suicídio. O papel do psicólogo na escola vai além de um atendimento individualizado e sim um trabalho coletivo que possa contribuir para um processo de compreensão sobre a realidade da escola, o contexto social em que os estudantes, professores, coordenadores todas as pessoas que fazem parte da escola e como as relações são estabelecidas nesse ambiente.

Segundo Del Prette e Del Prette (1996), atuação do psicólogo na escola tem uma função essencialmente social articulado a instituição que faz parte os especialistas, professores, administração, família dos estudantes e etc. com o contexto fora da escola visando à realização do trabalho educacional coletivo. A sua atuação não pode ficar limitada apenas a atendimentos de adaptação desse adolescente a escola, mas um trabalho que possa contribuir com novas práticas educativas.

É necessário ter uma visão sistêmica para avaliar as demandas, não se limitando apenas as questões educacionais ou de aprendizagem. Nas situações dos adolescentes que estejam com depressão o profissional pode auxiliá-lo na reinserção desse sujeito dentro desse ambiente resgatando sua autonomia, com a participação de todos.

Subcategoria 2 - Capacitação para os profissionais da escola

A subcategoria de capacitação profissional em ambas as escolas foi descrita por alguns profissionais como palestra que não são abordados o tema com profundidade e não tem uma capacitação específica para ensiná-los como agir nas situações de depressão e suicídio.

“A gente que corre atrás, nós que corremos atrás para prestar assistência para nossos colegas a mesma que dá para os pais e alunos. Quando veio essa criança da necessidade especial não recebemos capacitação, nos aprendemos apanhando até hoje dessa forma” (CL).

“Sim. As vezes na formação aos professores que acontece aos sábados os altos índices que tem na escola é informado aos professores” (PL2).

“A escola não. Nós tivemos a parceria esse ano de palestra, mas não abrangeu a totalidade dos professores, foi um convidado que veio no dia da formação continuada da família escola falou algumas coisas sobre o assunto, específico para isso não tem” (DC).

“Não com relação a suicídio. Depressão e suicídio? Não. Que eu me lembre não” (PCI).

Dos 10 entrevistados, sete informaram que não terem tido capacitação e três da EL informaram terem participado de palestras, os profissionais nesse momento tem pouca orientação de como lidar com o estudante que está passando por uma depressão, ideação suicida, tentativa de suicídio e nos casos de suicídio consumado.

Segundo a OMS (2018), intervenções para promover a saúde mental dos adolescentes visam fortalecer os fatores de proteção e melhorar as alternativas para lidar com os comportamentos considerados de risco. A proposta de programas de promoção e prevenção nas escolas tem o intuito à capacitação de profissionais que lidam diretamente com esses alunos.

Estratégias sugeridas pela OMS (2000), são criação de um ambiente psicológico seguro e positivo, o ensino sobre saúde mental e habilidades para a vida, treinamento, capacitação e programas escolares de prevenção para adolescentes vulneráveis à condição de saúde mental. As escolas com as devidas informações e capacitações, podem desenvolver formas para abordar o tema de forma cuidadosa e educativa. Outra estratégia importante é assegurar o bem-estar, o equilíbrio de professores e funcionários da escola e fortalecer a saúde mental desses profissionais com acesso a apoio se necessário a tratamento.

As duas escolas que participaram da pesquisa informaram não participar do Programa Saúde na Escola, é um importante programa que visa à articulação da saúde com a educação com o objetivo de avaliar as condições de saúde dos estudantes e assim possa promover a saúde e prevenir doenças e agravos. É importante que esses serviços de saúde sejam vistos pelos profissionais da educação e pelos estudantes como acessíveis e não estigmatizantes.

O encaminhamento dos estudantes após a identificação dos comportamentos considerados de risco pode ser realizado ativamente e pessoalmente pelos funcionários da escola para a equipe de saúde. Essa comunicação direta entre a escola e serviço de saúde diminuiu a probabilidade de o estudante desistir do encaminhamento. Essa relação entre a escola e a saúde é importante porque em diversas situações a escola é a primeira identificar algum problema no estudante.

Uma estratégia de capacitação para os educadores é em habilidades sociais educativas que são diferentes alternativas de desempenho às demandas imediatas do contexto da sala de

aula. A capacitação pode ser trabalhada através da flexibilidade para fazer mudança em função dos alunos, apresentar desafios e reagir de forma produtiva às soluções de problema por parte do aluno, observar, analisar e discriminar os progressos e os potenciais do aluno e por último ser criativo em sala de aula de forma que proporcione interações educativas. Essa capacitação pode ser realizada por profissionais de psicologia que tenham conhecimento para esse tipo de capacitação em habilidades sociais educativas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006).

GRUPO 3

Subcategoria 1 - Meios legais para comunicar automutilação, tentativa de suicídio e suicídio.

Nessa subcategoria dos meios legais para comunicar automutilação, tentativa de suicídio e suicídio todos os professores nas duas escolas EC e EL não conhecem as medidas legais nas situações de suicídio. Na EL a direção e coordenação não tinham conhecimento dos meios legais, apenas na Escola Corumbá (EC) a diretora e coordenadora sabiam realizar a comunicação para o local responsável.

“Já aconteceu na escola, o primeiro passo é fazer um registro desse fato e a seguir a gente faz um comunicado para o conselho tutelar ao mesmo tempo em que a gente comunica a família é feito simultaneamente esse contato” (DC).

“Nós temos um questionário que a gente faz o encaminhamento, antes do questionário que é demorado [...] a gente já faz o procedimento que é chamar a criança para conversa e os pais também para ficar consciente encaminha também para rede pública. Tem pais que acredita que o filho não faz isso acha frescura, a menina escreveu a carta tudinho falando de suicídio, a mãe falou não isso aí é frescura dela, ela não vai fazer nada disso. Mãe presta mais atenção no seu filho, o que é que a gente faz numa situação dessas, aí nós acionamos e encaminhamos para atendimento na rede publica mais é demorado né” (CL).

“Desde o começo do ano por orientação da própria secretaria, tem que avisar ao conselho tutelar, tem até uma CI, um modelo de requerimento tem que avisar tem que notificar. [...] Tantos os faltosos tem que saber por que para saber nestes casos assim” (CC).

“Meio legal. Não eu não conheço” (PC1).

“Não. Aqui eu não vi ainda” (PC2).

É importante os profissionais das escolas terem essas informações para saber como agir quando a situação ocorrer dentro do contexto escolar. Qualificar os profissionais das escolas faz com que os mesmo possam desenvolver estratégias nas situações de lesão autoprovocada, tentativa e suicídio para que possam prevenir futuros casos.

De acordo com a lei nº 13.819 de 26 de abril de 2019, institui que a notificação compulsória deve ser realizada pela escola ao conselho tutelar nos casos em que identifique os estudantes que estejam colocando a sua vida em risco, nas situações de violência autoprovocada que são: o suicídio consumado, a tentativa de suicídio, o ato de mutilação com ou sem ideação suicida (BRASIL, 2019a).

Desconhecer os meios legais para notificações de lesões autoprovocadas, tentativa de suicídio e suicídio faz com que aumente as subnotificações que são as notificações abaixo da realidade, isso reduz a ação de controle em locais como na escola. A falta de informação dentro do contexto escolar só aumenta invisibilidade é necessário ter mais informação para se quebrar estigmas e preconceito sobre o tema e assim poder ter dados reais e ações efetivas.

Subcategoria 2 - Medidas preventivas para depressão e suicídio

Na subcategoria medidas preventivas para depressão e suicídio dos 10 profissionais que participaram da entrevista cinco da EL identificaram como medida palestra com os temas, na EC apenas a coordenadora informou palestra e as outras quatro entrevistadas não identificaram medidas preventivas.

“Olha, eu acho que primeiro lugar partir de uma conversa nessa acolhida nós detectamos numa aluna e ela disse professora eu tenho depressão eu estava em outra cidade fazendo tratamento aí depois ela me chamou no particular e falou que estava mais difícil porque ela estava grávida 16 anos (...) ela engravidou isso ela estava se sentindo mais deprimida ainda. Eu vou ter que passar isso para coordenação que isso não pode ficar assim a sua família é porque ele é maior de idade e não pode guardar isso só para você me dirigir a coordenação da escola tomou providência foi até a família em relação a ele (...) Ela já estava com depressão foi tanta coisa que acabou voltando de novo aqueles sintomas de tristeza muito grande e que não para de chora. São situações que acontecem” (PC2)

Os sinais identificados pelos professores ou orientador escolar devem ser alertados e medidas devem ser tomadas pelo coordenador ou diretor da escola. Após a avaliação a equipe escolar deve estar atenta aos diversos fatores que influenciaram nesse problema.

O oferecimento de oficinas educativas permite uma aproximação maior com adolescente para desenvolver relações com vínculo seguro e confiável. Ensinar passa a ser uma construção horizontal importante um espaço de troca de experiências, diálogos e reflexões. Como relatado na entrevista “é uma ajuda mútua é uma troca” na relação que estabelece com o estudante.

“Primeira coisa é amor eu entendo que você precisa gostar do outro, não gostar daquele aluno você precisa gostar do outro, você ter carinho e ter uma visão na

vida em tudo na nossa vida depende do outro. Então, quando você está ajudando o outro você está se ajudando. É uma ajuda mutua é uma troca é a mesma coisa quando a gente ensina a gente nunca ensina sem aprender alguma coisa e quando você ajuda o outro nesse passo você está se ajudando você está se tornando uma pessoa melhor eu acredito que seja essa ajuda mutua, essa colaboração” (DC).

A escola desempenha um papel importante para prevenção de depressão e suicídio, as ações preventivas podem propiciar um espaço de segurança para os estudantes expressar as suas emoções para ter a possibilidade de aprender a lidar com isso. A equipe escolar pode realizar o trabalho em conjunto com as famílias e agentes da comunidade. Nas situações de tentativa ou suicídio todas as escolas precisam ter um plano de emergência com o objetivo de trabalhar a prevenção e no caso de suicídio consumado a posvenção.

6.2 Análise e interpretação dos dados dos testes psicológicos

Os dados foram processados pelo programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences - SPSS, versão 22.0, na qual permitiu uma análise descritiva dos dados através da frequência, tabelas de referencia cruzada e descritivos.

6.2.1 Teste IHSA – Inventário de Habilidades Sociais para Adolescente

A apuração dos resultados do IHSA foi realizada através da correção informatizada, por meio do sistema online da Pearson que fornece os resultados com as interpretações. O IHSA produz um escore geral para todos os itens e escore para seis subescalas, esses resultados permitem identificar o escore de frequência do comportamento e o escore de dificuldade para emissão desse comportamento. Podem-se extrair informações importantes a respeito da capacidade de enfrentamento, motivação e custo de resposta para determinados desempenho social do respondente, para avaliar o repertório de habilidades sociais dos adolescentes em um conjunto de situações interpessoais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2015).

O escore total permite uma primeira avaliação da existência de recursos e déficits em habilidades sociais no repertório do respondente, de forma geral. Os escores da subescalas representam a especificidade situacional das habilidades sociais na medida em que se agrupam demandas associadas a determinados conjuntos de comportamentos, contexto e interlocutores. São seis subescalas: (F1) empatia; (F2) autocontrole; (F3) civilidade; (F4) assertividade; (F5) abordagem afetiva; e (F6) Desenvoltura social (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2015).

- F1 – Empatia. Nessa subescala o adolescente tem habilidades de identificar sentimento e problemas do outro expressar compreensão e apoio pelos seus pares, pedir desculpas, negociar situações que envolvam algum tipo de conflito de interesses, preocupar-se com o bem estar do outro, saber guardar segredos e fazer amizades (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2015).
- F2 – Autocontrole. Reúne habilidades de reagir com calma a situações aversivas, em geral como sentimentos de frustração, desconforto, raiva, humilhação. Essas situações podem ser críticas de pais e amigos, ofensas de vários tipos gozações, derrotas em jogos, tentativas malsucedidas etc. não significa deixar de expressar o desagrado ou a raiva, mas fazê-lo de forma socialmente competente, pelo menos em termos de controle sobre os próprios sentimentos negativos (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2015).
- F3 – Civilidade. Inclui habilidades de traquejo social, ou seja, despedir-se, agradecer favores ou elogios, cumprimentar, elogiar fazer pequenas gentilezas.
- F4 – Assertividade. Refere-se à capacidade de lidar com situações interpessoais. Inclui as habilidades de recusar pedidos abusivos, e não abusivos, resistir à pressão de grupo, demonstrar desagrado, encerrar uma conversa, conversar com pessoas de autoridade (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2015).
- F5 – Abordagem afetiva. Reúne as habilidades de estabelecer contato e conversação para relação de amizade e entrar em grupos da escola ou do trabalho (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2015).
- F6 – Desenvoltura social. Consiste das habilidades requeridas em situações de exposição social e conversação, como apresentações, conversar sobre sexo com os pais, pedir informações dentre outras (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2015).

Tabela 1 – Cruzamento do escore total de frequência com escore total de dificuldade

Escore Frequência * Escore Dificuldade - Tabulação Cruzada						
Escore total de dificuldade			Baixo custo	Médio custo	Alto custo	Total
Escore total de frequência	Abaixo da média inferior	Contagem	3	2	7	12
		% em Escore total frequência	25,0%	16,7%	58,3%	100,0%
		% em Escore total dificuldade	42,9%	50,0%	77,8%	60,0%
		% do Total	15,0%	10,0%	35,0%	60,0%
	Bom	Contagem	2	2	2	6
		% em Escore total frequência	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
		% em Escore total dificuldade	28,6%	50,0%	22,2%	30,0%
		% do Total	10,0%	10,0%	10,0%	30,0%
	Altamente elaborado	Contagem	2	0	0	2
		% em Escore total frequência	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% em Escore total dificuldade	28,6%	0,0%	0,0%	10,0%
		% do Total	10,0%	0,0%	0,0%	10,0%
	Total	Contagem	7	4	9	20
		% em Escore total frequência	35,0%	20,0%	45,0%	100,0%
		% em Escore total dificuldade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	35,0%	20,0%	45,0%	100,0%

Elaborado pela autora. Extraído do Sistema programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences – SPSS.

Na tabela 1 foram realizados cruzamentos do escore total de frequência com o escore total de dificuldade. O escore total da frequência das habilidades sociais (emissão do comportamento social) e de dificuldade (indicadores de ansiedade ou dificuldade na emissão do comportamento social avaliado) os resultados de acordo com a amostra da pesquisa foram:

1. Abaixo da média inferior - 25% do escore de frequência das habilidades sociais tiveram um baixo custo de 42,9% de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades; 16,7% do escore de frequência obtiveram 50% médio custo de resposta; e 58,3% do escore de frequência atingiram 77,8% de alto custo para emitir as respostas ou ansiedade na emissão das

habilidades. Foi identificada quanto menor a frequência dos comportamentos, maior é a dificuldade e menos elaborado é o repertório de habilidades sociais do respondente.

Quando analisada a frequência junto com a dificuldade de médio e alto custo para emitir a resposta, 70% dessa amostra tiveram resultados abaixo da média inferior apresentaram dificuldade nas habilidades sociais. Ao relacionar com as habilidades acadêmicas esses adolescentes podem apresentar dificuldade em seguir regras ou instruções orais, observar, prestar atenção, aguardar a vez de falar, fazer ou responder perguntas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2015).

De acordo com Del Prette e Del Prette (2011) esses adolescentes apresentam um baixo desempenho social que são as emissões de um comportamento ou a sequência de comportamentos em situação social qualquer. Esses adolescentes apresentam um escore abaixo da média inferior nas subescalas de habilidades sociais como também apresentam dificuldade para emitir esses comportamentos.

2. Bom – 33,3% do escore de frequência das habilidades sociais tiveram 28,6% de baixo custo de resposta, ou seja, esses adolescentes podem apresentar um equilíbrio nos recursos e nos déficits nos itens e na subescala; 33,3% da frequência indicaram 50% de dificuldade com médio custo para emissão da resposta; e 33,3% da frequência apresentaram um alto custo de resposta e 22,2% de dificuldade para emitir a resposta.

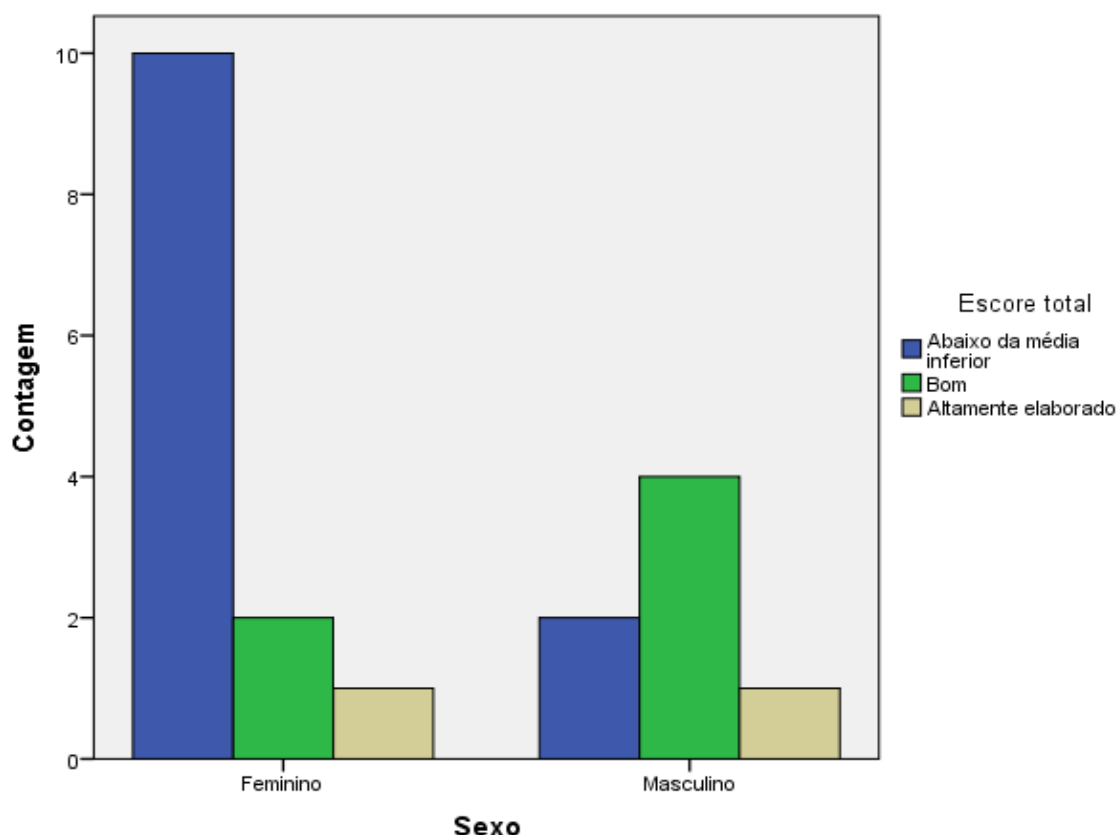
Na soma dos escores de frequência de dificuldade médio custo e alto custo foram identificados um total de 66,6% da amostra que apresenta ter dificuldade para emissão das respostas. Mesmo sendo considerado um bom repertório de habilidades sociais com os resultados dentro da média esperada para maior parte dos itens ou subescalas, os mesmos apresentam um médio e alto custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades.

3. Altamente elaborado – 100% do escore de frequência das habilidades sociais teve baixo custo 28,6% do total, para emitir a resposta. Ou seja, quanto mais elaborado é o repertório de habilidades sociais, menor pode ser os escores de dificuldade para esses adolescentes. No ambiente escolar esses comportamentos podem ser identificados como o de oferecer, solicitar e agradecer ajuda, buscar aprovação por desempenho realizado, elogiar e agradecer elogios, reconhecer a qualidade do desempenho do outro, atender pedidos, cooperar e participar das discussões em sala de aula. (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2015).

Esses adolescentes apresentam um repertório elaborado para a maior parte das subescalas como empatia, autocontrole, civilidade dentre outras, mantém um relacionamento interpessoal satisfatório. Revela ter um bom desempenho nesses comportamentos sociais com

a capacidade de organizar pensamentos, sentimentos, ações de acordo com os seus objetivos no meio em que estão inseridos.

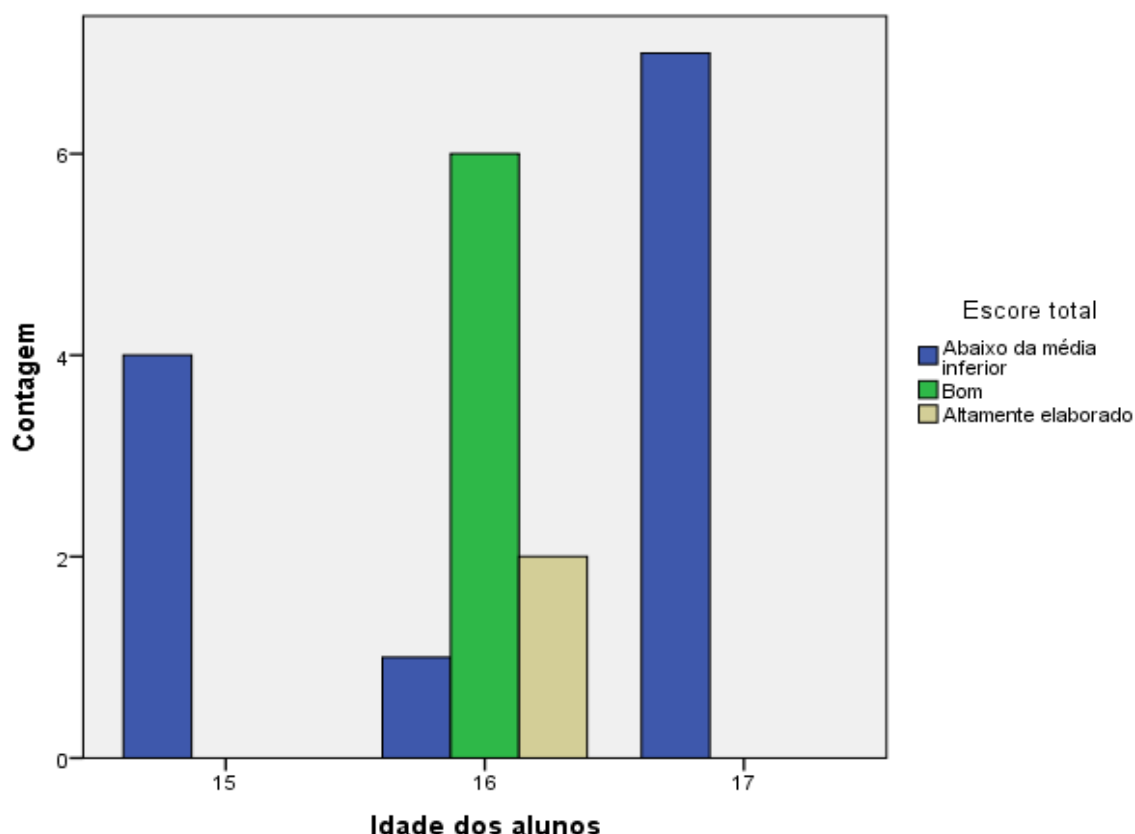
Gráfico 5 – Frequência de habilidades sociais por sexo



Elaborado pela autora. Extraído do Sistema programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences - SPSS.

No gráfico 5, o escore total 65% da amostra foi do sexo feminino e 35% masculino. Com relação à distribuição por sexo na frequência abaixo da média inferior foram 76,9% feminino e 28,6% masculino; no bom 15,4% feminino e 57,1% masculino; e altamente elaborado 7,7% feminino e 14,3% masculino. De acordo com a dificuldade para emissão de habilidades sociais em relação ao sexo. No sexo feminino no total de 65% da amostra, 40% apresentam médio e alto custo para emissão de respostas e 25% baixo custo, no sexo masculino no total de 35% da amostra, 25% apresentaram médio e alto custo e 10% apresentaram baixo custo para a resposta. O sexo feminino apresentou mais dificuldades para estabelecer suas relações interpessoais. É necessário enfatizar que nesta pesquisa o número de adolescentes do sexo feminino é superior em relação ao sexo masculino.

Gráfico 6 – Frequência de habilidades sociais por idade



Elaborado pela autora. Extraído do Sistema programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences - SPSS.

No gráfico 6, a frequência de acordo com a idade dos participantes foi 100% na amostra com 15 anos obteve resultado apenas na opção abaixo da média inferior; 16 anos com 11,1% abaixo da média inferior, 66,7% bom e 22,2% frequência altamente elaborada; com 17 anos foram 100% abaixo da média. Os adolescentes com idade de 15 e 17 anos obtiveram todos eles um resultado abaixo da média inferior, ou seja, todos apresentam um déficit no repertório de habilidades sociais. Em relação ao grau de dificuldade para emissão dessa resposta considerando apenas médio e alto custo, os adolescentes com 15 anos 100% tiveram médio e alto custo de resposta; 16 anos no repertório bom 66,6% tiveram médio e alta dificuldade; 17 anos no repertório abaixo da média 71,4% tiveram dificuldade médio e alto custo para resposta. Os adolescentes com 15 e 17 anos, apresentaram ter um déficit do repertório de habilidade social e dificuldade para emitir esses comportamentos.

Na adolescência as demandas sociais são maiores, os pais, os professores esperam que esses adolescentes tenham comportamentos sociais mais elaboradas como iniciar, manter e encerrar conversação, recusar pedidos sem prejudicar a relação, reagir com calma a situações

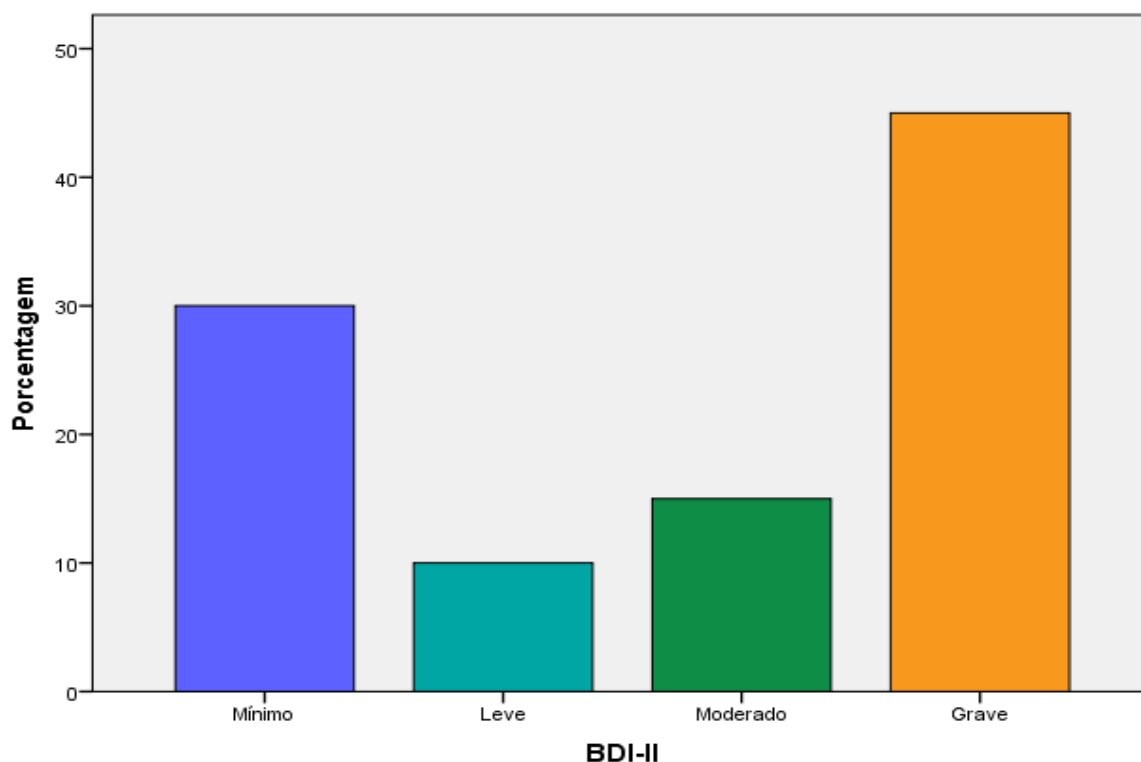
aversivas, em geral como sentimentos de frustração, desconforto, raiva, humilhação dentre outros (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2002). Na amostra da pesquisa percebe-se que mesmo alguns adolescentes com repertório considerado bom, apresentaram dificuldade para emitir essa resposta, ou seja, pode não utilizar essa habilidade por diversas razões como ansiedade, crenças errôneas, dificuldade de leitura de sinais do ambiente e assim não consegue desempenhar essas habilidades nas situações vividas por eles, como por exemplo, apresentar um trabalho na escola.

6.2.2 Teste BDI-II – Inventário de Depressão de Beck

De acordo com Gorenstein et al (2011), a correção é realizada mediante a soma dos pontos das avaliações para os 21 itens. Cada item é avaliado segundo uma escala de quatro pontos que varia de 0 a 3. O ponto de corte considerado do teste é: pontuação total de 0 a 13 a intensidade de sintomatologia depressiva é considerada mínimo; de 14 a 19 a intensidade leve; de 20 a 28 intensidade moderado; e de 29 a 63 a intensidade é considerada grave. Dos 20 participantes da pesquisa 30% apresentaram resultado mínimo de indícios de depressão; 10% a intensidade leve; 15% indícios como moderado; e por último 45% os indícios de depressão foram considerados como grave.

Nas situações em que os sintomas são considerados leve, apresentam poucos sintomas, a intensidade deles já causa sofrimento, mas é considerado manejável, pois resulta em pouco prejuízo no funcionamento social ou profissional. Nos sintomas moderados a intensidade e o prejuízo funcional estão entre considerados leve e grave. Nas situações de sintomatologia grave o indivíduo já apresenta diversos sintomas e a sua intensidade causa um grande sofrimento e interfere intensamente no funcionamento social e profissional (DSM-V, 2014).

Gráfico 7 – Indicadores de Depressão

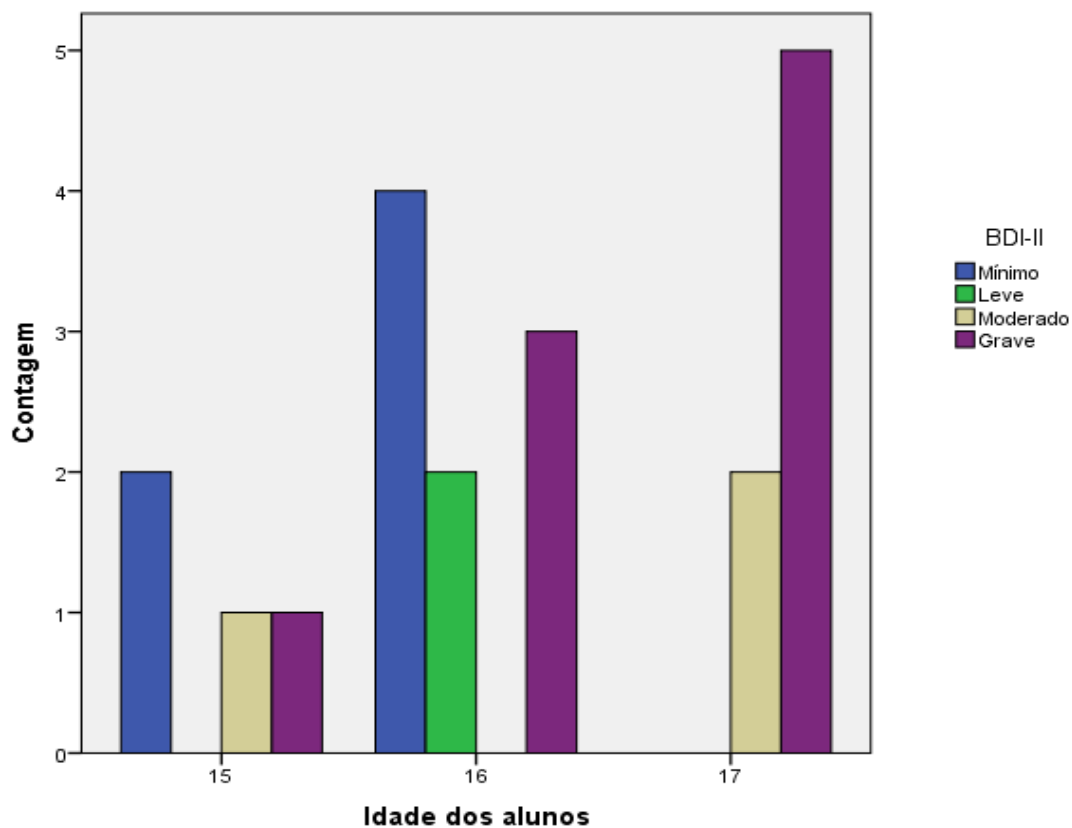


Elaborado pela autora. Extraído do Sistema programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences - SPSS.

De acordo com o gráfico 7, percebe-se que 60% apresentou algum indício de depressão considerada moderada e grave, ou seja, no contexto escolar esses adolescentes podem apresentar prejuízo no funcionamento social. Nas situações de depressão consideradas moderadas ou graves é necessário verificar se esse adolescente apresenta ideias de morte ou ideação suicida.

Nas relações sociais o adolescente que apresenta menor intimidade com os seus pares, sua família e participação em atividades sociais, maior será a depressão sentida por ele por não ter a base para o seu bem-estar que é esse suporte social (CLAUDINO et al, 2016). De acordo com Ribeiro et al (2012), em pesquisa com adolescentes associou a depressão a sentimentos de tristeza, desânimo e ideias suicidas, pessoas sem iniciativa e que não fazem planos para o futuro. Esses adolescentes podem também apresentar comportamentos de isolamento, agressividade e a dificuldade de lidar com os amigos e pares amorosos.

Gráfico 8 – Indicadores de depressão por idade



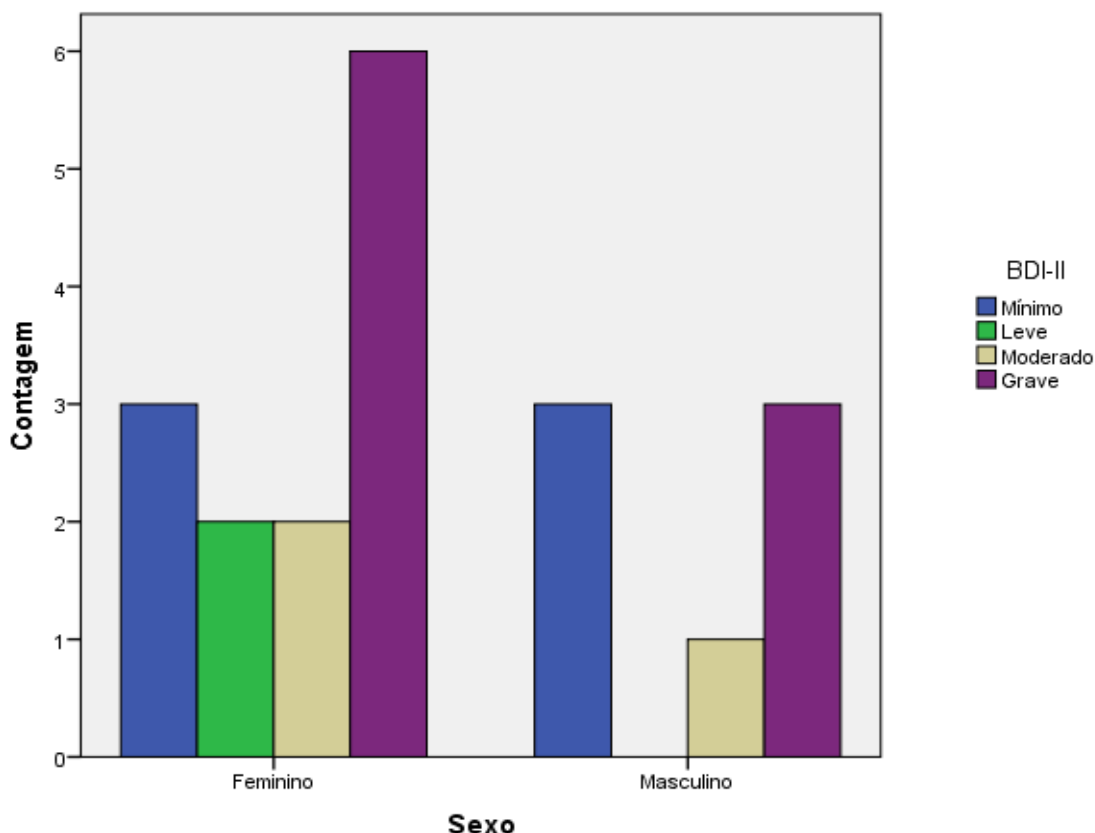
Elaborado pela autora. Extraído do Sistema programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences - SPSS.

De acordo com o gráfico 8, os adolescentes de 15 anos não apresentaram sintoma leve de indícios de depressão. Dos participantes com 15 anos 50% apresentaram sintoma mínimo de depressão; 25% moderado; e 25% índice grave. Dos adolescentes com 16 anos 44,4% apresentaram índices mínimos de depressão; 22,2% nível leve; e 33,3% grave de sintomas depressivo. Não foi encontrado nível moderado para esta idade. Nos adolescentes de 17 anos 28,6% demonstrou nível moderado; e 71,4% grave de sintomas depressivos. Não foi encontrado para esta idade o nível mínimo e leve.

Percebe-se que através desses dados foi identificada sintomatologia grave em todas as idades da amostra, mas na idade de 17 anos 100% dos adolescentes tiveram indícios moderado e grave nos resultados. Os adolescentes com indícios maiores de depressão estão vulneráveis à exclusão social, discriminação, estigma, dificuldades no aprendizado, comportamentos de risco e problemas na saúde física (OMS, 2018). No contexto escolar podem apresentar baixa autoestima à ideia de não conseguir lidar com as demandas da escola

(AGLIO; HULTZ, 2004). Além de prejudicar a autoestima e causar sintomas de instabilidade emocional irritabilidade, podendo ocorrer raiva e risco de suicídio (ARGIMON *et al*, 2013).

Gráfico 9 – Indicadores de depressão por sexo



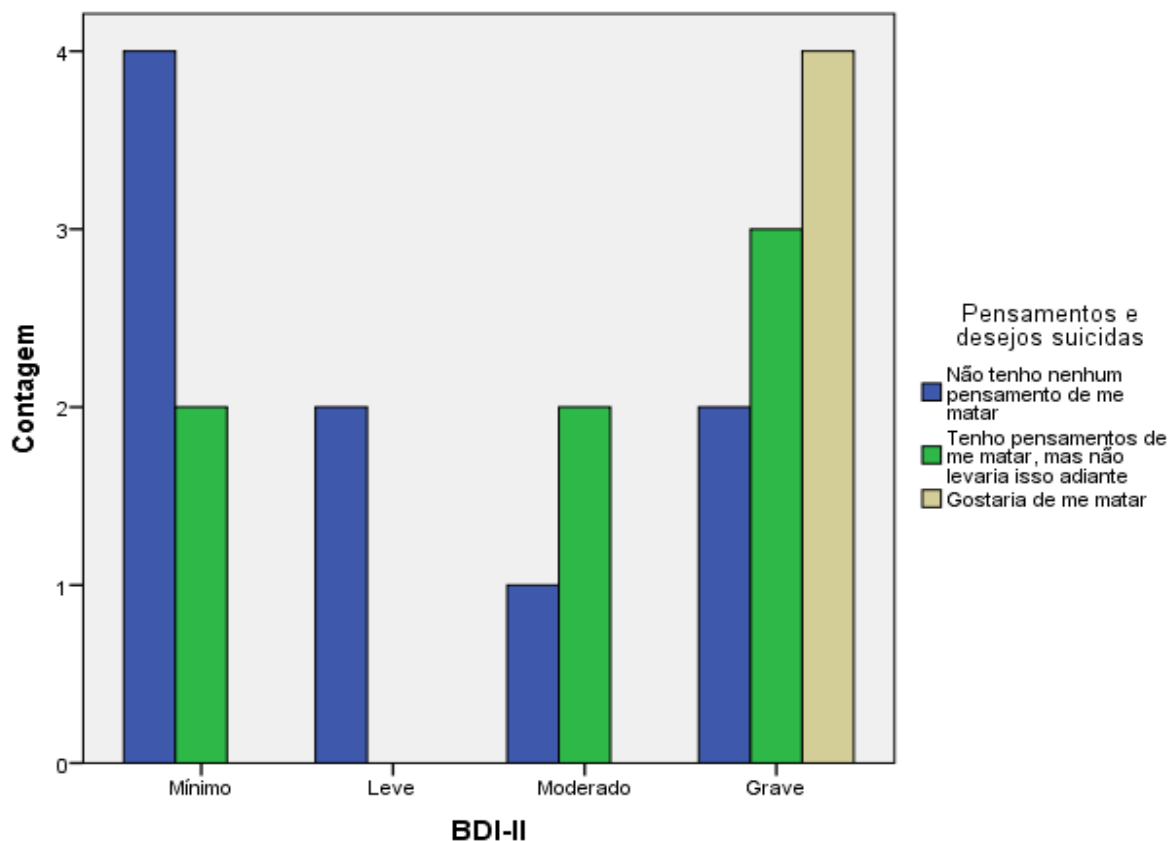
Elaborado pela autora. Extraído do Sistema programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences - SPSS.

De acordo com o gráfico 9, os níveis de depressão por sexo foram identificados no sexo feminino 23,1% considerado mínimo; 15,4% nível leve; 15,4% sintomatologia moderada; e 46,2% nível grave de indícios de depressão. Em relação ao sexo masculino os níveis foram 42,9% mínimo; 14,3% moderado; e 42,9% índices considerados graves. Não houve índice leve para este grupo. O sexo feminino apresentou maiores níveis de depressão quando avaliado os indicadores moderado e grave no total de 61,6%, a diferença em relação ao sexo masculino foi de 4,4%. É importante ressaltar que o número de participantes do sexo feminino é maior que o do sexo masculino.

A depressão do sexo feminino apresenta mais sintomas subjetivos, apresentam sentimentos de tristeza, vazio, tédio, raiva e ansiedade, menos autoestima, insatisfação com

aparência física, enquanto o sexo masculino demonstra problemas de conduta como falta às aulas, violência, roubos e abusos de substâncias (BAHLS, 2002). No estudo realizado por Erse et al (2016) os adolescentes apresentaram níveis de depressão elevados no sexo feminino em comparação ao sexo masculino.

Gráfico 10 - Relação entre indicadores de depressão com o item cognições suicida



Elaborado pela autora. Extraído do Sistema programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences - SPSS.

Conforme o gráfico 10, as cognições suicidas foram analisadas considerando o número e a porcentagem de resposta do item nove que é composto de pensamentos e desejos suicidas do BDI-II, no item 0 – Não tenho nenhum pensamento de me matar; 1 – Tenho pensamento de me matar, mas não levaria isso adiante; 2 – Gostaria de me matar; 3 – Eu me mataria se tivesse oportunidade. De acordo com o total da amostra 45% não tem nenhum pensamento de se matar; 35% tem pensamento de se matar, mas não levaria isso adiante; e por último 20% gostaria de se matar (GORENSTEIN et al, 2011). A opção do item três não foi escolhida pelos participantes da pesquisa.

De acordo com o gráfico oito ao cruzar os dados dos índices de depressão com o item cognições suicida foram identificadas desta forma: para os participantes que tiveram o índice mínimo, 66,7% não tem intenção de se matar, 33,3% tem pensamento de se matar, mas não levaria isso adiante; no índice leve, 100% não tiveram intenção de se matar; no índice moderado, 33,3% não tem intenção de se matar, 66,7% tem pensamento de se matar, mas não levaria isso adiante; e por último os índices tiveram resultado grave, 22,2% não tem intenção de se matar, 33,3% tem pensamento de se matar, mas não levaria isso adiante, 44,4% gostaria de se matar. Ou seja, 77,7% apresentaram indicadores de depressão moderado e grave da amostra pensa ou deseja se matar. A depressão maior em adolescentes é considerada comum, debilitante e recorrente, envolve um alto grau de morbidade e mortalidade considerando um risco para a saúde pública (BAHLS, 2002).

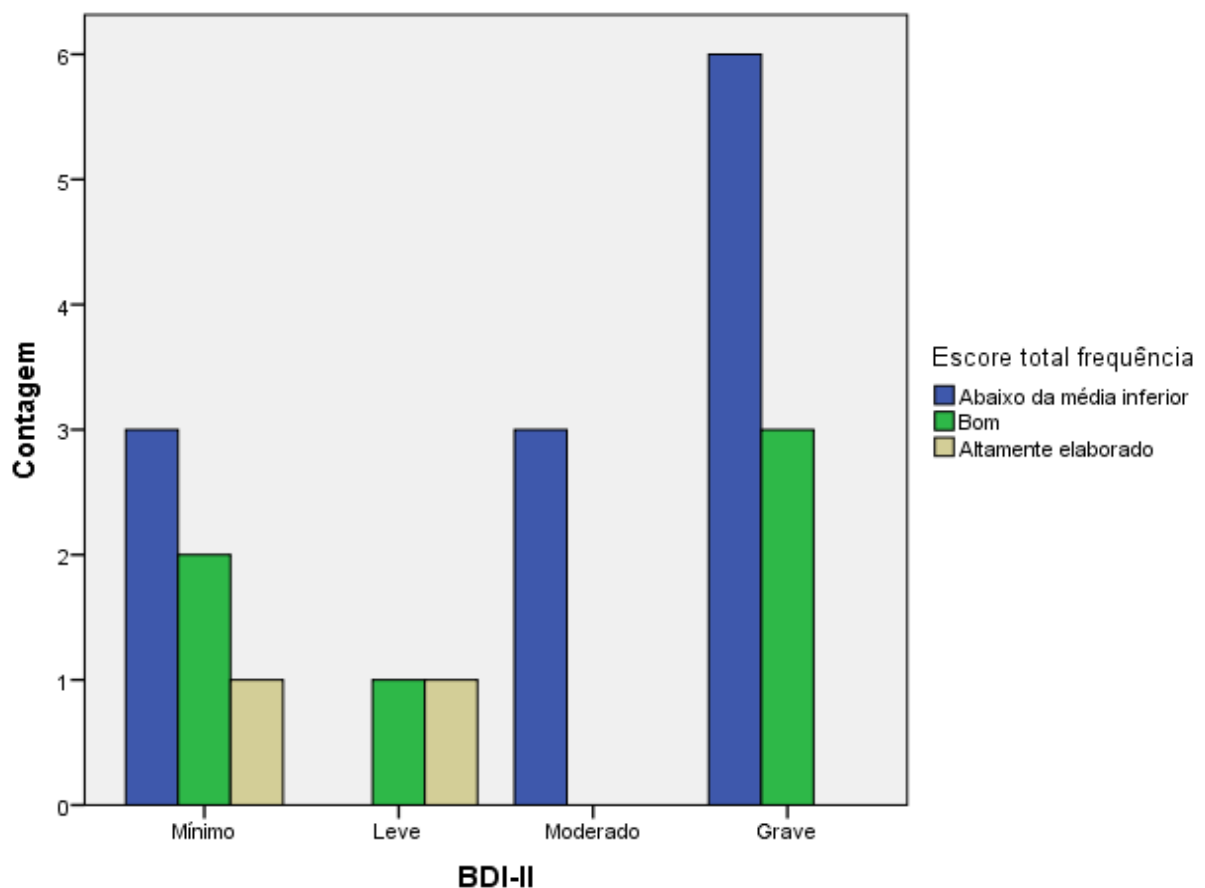
A tentativa de suicídio pode ser impulsiva ou associada a um sentimento de desesperança ou solidão (OPAS, 2018). Existe uma diferença entre tristeza e depressão. A tristeza tem um motivo e a pessoa sabe que está triste, na situação de depressão é uma tristeza profunda considerada muitas vezes sem conteúdo ou motivo aparente, pode ter experiências boas, mas a pessoa continua triste, isso não muda o seu sentimento de tristeza. Nas entrevistas realizadas com os profissionais da educação houve relato que alguns adolescentes apresentam uma tristeza sem explicação, e em muitas situações não conseguem ajudar esse estudante.

A ideação suicida até a tentativa ou mesmo o ato do suicídio traz um problema real para a escola. Os sinais que os adolescentes trazem através dos seus comportamentos são considerados indicadores de algo não estar bem e muitas vezes esses sinais podem ser considerados como um pedido de ajuda. Quando se pensa na depressão nas situações mais grave junto com a ideação suicida, aumenta a probabilidade de que o suicídio passe a ser uma possibilidade de cessar aquela dor psíquica que o indivíduo vê como algo insuportável. Esse adolescente tem que ser visto como o indivíduo que tem uma doença e precisa de tratamento.

6.2.3 Relação entre os testes IHSA e BDI-II.

Foi realizado o cruzamento dos resultados do BDI-II mínimo, leve, moderado e grave com o resultado do escore total da frequência do IHSA, abaixo da média inferior, bom e altamente elaborado.

Gráfico 11 – Relação entre BDI-II e Escore total frequência



Elaborado pela autora. Extraído do Sistema programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences - SPSS.

Conforme o gráfico 11, na situação que obteve o resultado mínimo no BDI-II, 50% dos adolescentes teve o resultado no escore total do IHSA abaixo da média inferior e 50% nos escores bom e altamente elaborado, para os resultados na média ou acima da média revela ter recursos interpessoais satisfatórios nas habilidades sociais.

Nos casos de resultado leve no BDI-II tiveram 100% de resposta para os escores de frequência bom e altamente elaborado tendo um bom recurso de habilidades sociais. Nas situações em que o resultado foi moderado, a frequência foi de 100% abaixo da média inferior no IHSA, aponta um déficit nas habilidades sociais. Nos dados que teve o resultado grave no BDI-II, 66,7% na frequência abaixo da média inferior, denota dificuldades para emissão dos comportamentos sociais e 33,3% considerado bom no escore total de frequência dispõe de recursos para emissão de algumas subescalas nas suas relações interpessoais.

O desenvolvimento interpessoal é importante para os (as) adolescentes é entendido como a capacidade para estabelecer e manter interações sociais simultaneamente produtivas e satisfatórias diante de diferentes situações e interlocutores, demandas que venha a surgir na vida deles como no contexto escolar. Os déficits nessas relações podem interferir no desempenho escolar (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1998).

Tabela 2 - Percentual do cruzamento dos testes BDI-II mínimo e IHSA subescalas

BDI-II MÍNIMO - IHSA SUBESCALAS							
BDI-II MÍNIMO		Abaixo da média inferior	Médio inferior	Bom	Elaborado	Altamente elaborado	Total
Empatia - F1	Contagem	3	0	2	0	1	6
	% em BDI-II	50%	0,0%	33,3%	0,0%	16,7%	100%
Autocontrole - F2	Contagem	3	0	2	0	1	6
	% em BDI-II	50%	0,0%	33,3%	0,0%	16,7%	100%
Civildade - F3	Contagem	3	0	2	0	1	6
	% em BDI-II	50%	0,0%	33,3%	0,0%	16,7%	100%
Assertividade - F4	Contagem	5	0	1	0	0	6
	% em BDI-II	83,3%	0,0%	16,7%	0,0%	0,0%	100%
Abordagem afetiva - F5	Contagem	3	0	2	0	1	6
	% em BDI-II	50%	0,0%	33,3%	0,0%	16,7%	100%
Desenvoltura social - F6	Contagem	2	0	2	0	2	6
	% em BDI-II	33,3%	0,0%	33,3%	0,0%	33,3%	100%

Fonte: Elaborada pela autora com base no programa SPSS.

Na tabela 2, nas situações em que o BDI-II teve resultado mínimo para os indicadores de depressão, 50% do resultado no escore total foi abaixo da média inferior e 50% foram nos escores bom e altamente elaborado, com baixo custo de resposta de 33% e no médio custo e alto custo 66,7%. De acordo com o cruzamento do BDI-II com indicador mínimo com as subescalas do IHSA, os resultados referentes à empatia, autocontrole, civilidade e abordagem afetiva foram de 50% obteve abaixo da média inferior e 50% foram considerado bom e altamente elaborado. Na subescala de desenvoltura social obtiveram 33% abaixo da média inferior e 66,6% bom e altamente elaborado e na subescala assertividade os resultados foram 83,3% abaixo da média inferior e bom 16,7%.

Com base nesses resultados podemos inferir que para os adolescentes que tiveram indicador mínimo de depressão, esses dados apontam dificuldade ou ansiedade nas subescalas apresentadas abaixo na tabela 1. Pelo menos 77% apresentaram médio e alto custo para emissão desses comportamentos. A subescala assertividade foi a que apresentou um percentual maior em comparação com as outras em relação à baixa frequência desse comportamento.

O adolescente menos assertivo tem dificuldade para se comunicar, pode apresentar um comportamento mais agressivo, desrespeitoso e tem dificuldade em expressar suas ideias e defender seus direitos. Segundo Teixeira et al (2013), a assertividade tem sido apontada com uma das mais importantes das classes das habilidades sociais, pois ela auxilia ao indivíduo na resolução de inúmeras situações que podem ser consideradas aversivas nas mais diversas interações sociais.

Nas situações em que esses adolescentes apresentam um quadro de saúde de depressão, os déficits nessas habilidades sociais podem se tornar um fator de risco e para aqueles que não apresentam dificuldade nesses comportamentos, revela ter um repertório de habilidades social mais elaborado em relação às subescalas e podem se torna um fator de proteção.

Tabela 3 - Percentual do cruzamento dos testes BDI-II leve e IHSA subescalas

BDI-II LEVE - IHSA SUBESCALAS							
BDI-II LEVE		Abaixo da média inferior	Médio inferior	Bom	Elaborado	Altamente elaborado	Total
Empatia - F1	Contagem	0	0	2	0	0	2
	% em BDI-II	0,0%	0,0%	100%	0,0%	0,0%	100%
Autocontrole - F2	Contagem	0	1	0	0	1	2
	% em BDI-II	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	50%	100%
Civildade - F3	Contagem	0	0	1	0	1	2
	% em BDI-II	0,0%	0,0%	50%	0,0%	50%	100%
Assertividade - F4	Contagem	0	0	0	0	2	2
	% em BDI-II	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%	100%
Abordagem afetiva - F5	Contagem	1	0	0	0	1	2
	% em BDI-II	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50%	100%
Desenvoltura social - F6	Contagem	0	0	2	0	0	2
	% em BDI-II	0,0%	0,0%	100%	0,00%	0,0%	100%

Fonte: Elaborada pela autora com base no programa SPSS.

A tabela 3, mostra que o cruzamento do BDI-II com resultado leve teve 100% de resposta para os escores de frequência bom, e altamente elaborado com 50% de baixo custo e 50% de alto custo de resposta com as subescalas do IHSA. A frequência das subescalas como empatia, civilidade, assertividade e desenvoltura social apresentaram de bom à altamente elaborado e a subescala autocontrole e abordagem afetiva apenas 50% ficaram abaixo da média ou média inferior em relação à frequência desses comportamentos sociais.

Os adolescentes que apresentaram indicadores de depressão leve dispõem de recursos satisfatórios de habilidades sociais, ou seja, eles indicam ter mais segurança nas suas relações interpessoais e geralmente estão mais aptos a enfrentar com segurança as tarefas e desafios que poderão surgir na fase adulta. Segundo Cória-Sabini (1998) a segurança que eles adquirem nessa etapa é importante para a expansão dos objetivos de vida e das interações sociais e para manutenção da sua autoestima. Nas situações em que esse comportamento teve médio e alto custo de resposta, essas habilidades sociais podem ser trabalhadas para diminuir a ansiedade na emissão das suas respostas nas suas interações sociais.

Quanto mais elaborado o repertório comportamental dos adolescentes, indica que maior será o fator de proteção para um desenvolvimento saudável e com a menor chance de apresentar indicadores de depressão (CAMPOS et al, 2014).

Tabela 4 – Percentual do cruzamento dos testes BDI-II moderado e IHSA subescalas

BDI-II MODERADO - IHSA SUBESCALAS							
BDI-II MODERADO		Abaixo da média inferior	Médio inferior	Bom	Elaborado	Altamente elaborado	Total
Empatia - F1	Contagem	3	0	0	0	0	3
	% em BDI-II	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Autocontrole - F2	Contagem	3	0	0	0	0	3
	% em BDI-II	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Civildade - F3	Contagem	3	0	0	0	0	3
	% em BDI-II	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Assertividade - F4	Contagem	3	0	0	0	0	3
	% em BDI-II	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Abordagem afetiva - F5	Contagem	3	0	0	0	0	3
	% em BDI-II	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Desenvoltura social - F6	Contagem	3	0	0	0	0	3
	% em BDI-II	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%

Fonte: Elaborada pela autora com base no programa SPSS.

De acordo com a tabela 4, nas situações em que os indicadores de depressão obtiveram resultado moderado, 100% da frequência abaixo da média inferior, com custo de resposta de 67,7% médio e 33,3% alto. Na subescala empatia pode refletir dificuldade de compreender, sentir, perceber e conseguir se colocar no lugar do outro. De acordo com Sampaio et al (2009) essa subescala influencia nos processos de tomada de decisão, principalmente quando esta se refere às questões ligadas ao cuidado, o respeito e a moralidade. Os adolescentes podem apresentar dificuldade em identificar sentimentos e expressar compreensão em relação ao outro.

Nas subescalas autocontrole e civilidade os mesmos podem apresentar uma reação mais agressiva nas suas relações sociais e ter dificuldade em manter uma convivência social mais harmônica. Nas subescalas assertividade, abordagem afetiva e desenvoltura social os

déficits também nesses comportamentos podem trazer prejuízos na capacidade de lidar com situações interpessoais, estabelecer contato com os outros dificultando as relações de amizade por evitar exposição social. Para esses adolescentes que apresentaram indicadores de depressão moderado, a intensidade desses sintomas pode acarretar em um prejuízo funcional nas habilidades sociais e causar sofrimento nesse indivíduo que pode estar doente.

Tabela 5 - Percentual do cruzamento dos testes BDI-II grave e IHSA subescalas

BDI-II GRAVE - IHSA SUBESCALAS							
BDI-II GRAVE		Abaixo da média inferior	Médio inferior	Bom	Elaborado	Altamente elaborado	Total
Empatia - F1	Contagem	4	2	2	0	1	9
	% em BDI-II	44,4%	22,3%	22,2%	0,0%	11,1%	100%
Autocontrole - F2	Contagem	3	3	3	0	0	9
	% em BDI-II	33,3%	33,4%	33,3%	0,0%	0,0%	100%
Civilidade - F3	Contagem	6	0	2	0	1	9
	% em BDI-II	66,7%	0,0%	22,2%	0,0%	11,1%	100%
Assertividade - F4	Contagem	5	2	1	1	0	9
	% em BDI-II	55,6%	22,2%	11,1%	11,1%	0,0%	100%
Abordagem afetiva - F5	Contagem	6	1	2	0	0	9
	% em BDI-II	66,7%	11,1%	22,2%	0,0%	0,0%	100%
Desenvoltura social - F6	Contagem	6	0	3	0	0	9
	% em BDI-II	66,7%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	100%

Fonte: Elaborada pela autora com base no programa SPSS.

No cruzamento da tabela 5, os indicadores de depressão foram considerados graves, 66,7% teve a frequência abaixo da média inferior e 33,3% considerado bom. Em relação ao custo de resposta, 44,4% com baixo custo de resposta não apresentam ansiedade na emissão desses comportamentos e 55,6% com alto custo de resposta refletem ter dificuldade para

emissão dessas habilidades sociais. Nas subescalas como empatia, autocontrole, civilidade e desenvoltura social tiveram 66,7% abaixo da média inferior ou médio inferior, 33,3% tiveram resultado entre bom e altamente elaborado. Os déficits nessas subescalas denotam na dificuldade do adolescente em compartilhar suas emoções, perceber as dos outros, reagir com calma a situações consideradas aversivas, fazer pequenas gentilezas e se expor socialmente, por exemplo, em apresentação de trabalhos na escola.

Nas subescalas de assertividade e abordagem afetiva, 77,8% tiveram abaixo da média inferior ou média inferior e 22,2% considerados bom. Nas situações de comportamentos não assertivo ou passivo pelo adolescente caracteriza-se pela falha ou inadequação para expressar seus próprios desejos, expectativas e sentimentos (TOMAS; CARVALHO, 2014) e na subescala da abordagem afetiva indica ter um custo alto para emissão da resposta ou ansiedade para estabelecer comunicação com os outros nas relações de amizade, na escola em diversos ambientes que o adolescente frequenta. Os comportamentos sociais no repertório desses adolescentes são importantes para lidar com as demandas das situações interpessoais e manter a qualidade e a efetividade das interações.

As habilidades sociais são influenciadas pela dimensão pessoal da vida do adolescente, situacional e cultural, pode-se considerar o desempenho para aqueles comportamentos de acordo com o contexto para ser competente ou não, vão depender das normas, valores do lugar conforme o contexto e a cultura que esse indivíduo faz parte.

Segundo Tomas e Carvalho (2014), a pesquisa realizadas por Caballo, 2003; Campos, 2010; Carneiro, Falcone, Clark, Zilda Del Prette e Almir Del Prette, 2007; Oliveira, 2010; indicam uma relação entre déficits de habilidades sociais e depressão. Os adolescentes apresentam comportamentos sociais de acordo com os grupos em que estão inseridos. Nem sempre é uma tarefa fácil e prazerosa desenvolver habilidades para o relacionamento quando se pensa no ambiente escolar, esses comportamentos sociais são extremamente importantes porque a aprendizagem não apenas ocorre com o conteúdo das interações e sim com as próprias interações (CORREIA *et al*, 2009).

De acordo com os resultados apresentados nessa pesquisa, quanto maior o indicador de depressão, menor a frequência desses comportamentos que podem ser considerados fatores adicionais de risco para desenvolver a depressão. Os riscos no ambiente escolar como o isolamento dos seus pares, ficar distante das suas experiências afetivas e restringir suas interações sociais. Essa dificuldade pode ser trabalhada através do treinamento de habilidades sociais educativas que é uma excelente ferramenta para desenvolver comportamentos sociais

voltados para promover desenvolvimento socioemocional e a aprendizagem no ambiente escolar.

O treinamento de Habilidades Sociais Educativas – HSE, pode ser utilizado como uma estratégia na escola como o objetivo de ampliar os objetos de ensino, para incluir objetivos de desenvolvimento socioemocional, melhorar a qualidade dos processos de ensino e o relacionamento professor-aluno (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006). Desenvolver e potencializar a competência social do aluno que é a capacidade do adolescente desempenhar esses comportamentos com sucesso nas suas relações sociais, envolve ter coerência com os pensamentos e sentimentos. As relações interpessoais têm um papel fundamental na vida do adolescente e os desenvolvimentos dessas habilidades podem ajudar na recuperação de vários transtornos psicológicos (CABALLO, 2003).

Este estudo teve como objetivo descrever os indicadores de depressão e as habilidades sociais em estudantes do ensino médio no ambiente escolar dos municípios de Corumbá e Ladário – MS. A partir dos resultados da pesquisa percebemos as dificuldades para esses adolescentes com relação às habilidades sociais, 60% da amostra apresentou algum indicio de depressão considerada moderada e grave, revelaram ter uma baixa frequência das habilidades sociais como empatia, autocontrole, civilidade, assertividade, abordagem afetiva e desenvoltura social. Quando avaliado o grau de dificuldade para emissão desses comportamentos sociais foram consideradas médias e alta dificuldade de reação dessas habilidades nas suas relações interpessoais.

As profissionais da escola diretoras, coordenadoras e professoras através das entrevistas relataram principais mudanças nos comportamentos que elas observam nos adolescentes como: se relacionar com seus pares, baixa autoestima em relação ao seu corpo e autoimagem, dificuldade de verbalizar o que está sentindo, sentimento de exclusão dos grupos da escola, fuga de situações que envolvam exposição como apresentações de trabalho, sentimento de inutilidade dentre outros.

É necessário capacitar os educadores das escolas com o propósito de desenvolver relacionamentos interpessoais satisfatórios, que a cada dia se torna mais importante no contexto educacional devido à dificuldade de a escola administrar progressivamente mais conflitos interpessoais no ambiente escolar. Essa prevenção pode ser realizada através do profissional de psicologia com o desenvolvimento de programas para qualificar os professores e todos os outros funcionários da escola.

A importância de os educadores compreenderem a depressão e o suicídio na adolescência, os sinais ou as mudanças de comportamentos que eles apresentam no ambiente escolar pode ser visto como um pedido de ajuda. Melhorar a comunicação dos profissionais da escola desenvolver habilidades para que eles sejam capazes de identificar o estudante em sofrimento e a ter a instrução dos locais de atendimento nas situações de depressão e tentativa de suicídio e saber como notificar as autoridades responsáveis.

A depressão prejudica a saúde psicológica desses estudantes, dar apoio não apenas com um encaminhamento para um serviço de saúde, mas também com possibilidades de auxiliar esses adolescentes na escola, com um ambiente acolhedor, para que eles se sintam seguros, tenham confiança e possam se expressar emocionalmente.

De acordo com OPAS/OMS (2018), crescem evidências que mostram que a promoção da saúde dos adolescentes traz benefícios não apenas a sua saúde, tanto a curto como em longo prazo, mas também a economia e à sociedade, com jovens adultos saudáveis capazes de contribuir com a força de trabalho, suas famílias e comunidades e a sociedade como um todo.

É necessária a realização de programas de prevenção à depressão e o suicídio nas escolas com o propósito de conscientizar e diminuir os estigmas que envolvem os temas, para que assim possamos identificar os estudantes que estejam apresentando algum comportamento de risco e garantir o apoio e cuidado para esses adolescentes.

O estudo apresentou algumas limitações, pois se trata de uma pesquisa com base em amostragem não probabilística em que houve uma escolha deliberada dos elementos da amostra e intencional. Os resultados com base nos testes psicológicos foram realizados de forma descritiva e com cruzamentos dos dados, o que limita afirmações sobre os resultados, para um futuro estudo é necessário uma amostra mais representativa da população e a inclusão de mais instrumentos e dados de observação direta.

É importante que esses profissionais tenham um olhar diferenciado para os comportamentos antes vistos apenas como “naturais” para a fase da adolescência e sim como algo que causa um sofrimento muito grande naquele sujeito. Estabelecer um contato de qualidade é essencial, respeitando a fala e o tempo desse adolescente sem estabelecer julgamentos prévios e realizar o atendimento num local onde garanta a privacidade do adolescente. Esse olhar diferenciado para esse tipo de situação pode evitar que vidas sejam perdidas. Outro fator imprescindível é a presença do psicólogo e assistente social no contexto escolar para que possa dar suporte não apenas para os alunos, mas também aos profissionais

da educação que constantemente se depara com novas situações sociais que refletem diretamente na escola.

A divulgação dos serviços é de extrema importância na escola, ter essas informações disponíveis no ambiente escolar permite que eles possam buscar ajuda. A articulação entre os setores de saúde, assistência social, conselho tutelar, dentre outros é uma estratégia importante para os estudantes tenham acesso aos atendimentos necessários.

7. CONSIDERAÇÕES

Com base nessa pesquisa, percebe-se que o assunto sobre depressão e suicídio na adolescência é ainda pouco discutido e trabalhado no contexto escolar, por mais que medidas tenham sido adotadas pela Organização Mundial de Saúde – OMS desde o ano 2000 através de um manual de orientação para os educadores, não foi identificado nas escolas pesquisadas nenhuma ação efetiva sobre esses assuntos.

De acordo com os profissionais das escolas, a depressão e o suicídio fazem parte do ambiente escolar, os alunos são atendidos constantemente com relatos de sintomas físicos e psíquicos que podem ser identificados como sinais de alerta para a depressão e o suicídio. O sofrimento que o estudante vivencia nessa fase muitas vezes é descaracterizado como rebeldia, crises de agressividade ou irritabilidade, consideradas formas de chamar a atenção, é nesse momento que ele é julgado sem que se avalie o que levou as mudanças do seu comportamento ou mesmo porque ele os apresenta.

Além de todas as inseguranças dessa fase, quando o adolescente é diagnosticado com depressão se torna mais preocupante, por ser uma doença que precisa de tratamento e principalmente de apoio dos colegas e profissionais da escola. Quando o adolescente relata pensamentos de que a sua vida não tem mais importância e sente-se excluído do seu grupo de amigos e da sua família, esses comportamentos devem ser vistos como potenciais para a ideação suicida e indicação para avaliação desse jovem.

A qualidade das relações interpessoais dos adolescentes que ocorre no contexto escolar é importante para que o mesmo se sinta seguro dentro desse ambiente, o convívio com os amigos e a promoção de boas relações colaboram para o desenvolvimento socioemocional desses estudantes. O estabelecimento de uma boa relação professor-aluno é fundamental para esse ambiente escolar.

A depressão não tem uma duração exata, pode prolongar-se por dias, semanas, meses ou anos. A depressão é uma doença que pode reincidir, o seu tratamento normalmente é combinado com psiquiatra (médico) e psicoterapia (psicólogos). Em algumas situações é necessário o uso de medicações conhecidas como antidepressivos, que variam de acordo com cada paciente.

De acordo com o resultado das entrevistas percebe-se um conhecimento superficial sobre a depressão e o suicídio, um preconceito e estigmas relacionados aos temas, isso acarreta nas dificuldades por eles relatadas para lidar com esses alunos. Foram identificadas através das entrevistas situações que corroboram com os resultados dos testes psicológicos,

como: choro constante, raiva, isolamento, dificuldade de se expor em público, atenção reduzida, baixas notas, dentre outros. Nos casos em que os indicadores de depressão foram considerados graves, obtiveram baixa frequência de comportamento e alto grau de ansiedade para emitir as respostas, esses adolescentes evidenciaram ter dificuldade para emissão dessas habilidades sociais. Diante desse panorama, podemos indicar que há fatores de risco para a depressão.

Neste momento, falta estratégia na escola para esse tipo de situação e isso limita a ajuda que os adolescentes poderiam receber. São necessários mais programas de capacitação sobre a doença e apoio a esses profissionais da escola para assegurar o bem-estar, o equilíbrio e fortalecer a saúde mental com acesso a tratamento caso seja necessário.

Pesquisas na área das habilidades sociais tem se expandido constantemente, já existem técnicas para realizar o trabalho nas escolas com professores e alunos, instrumentos para avaliar as habilidades sociais como o teste psicológico IHSA que foi utilizado no estudo e outras pesquisas estão em andamento.

O desenvolvimento das habilidades sociais pode ser considerado uma forma de prevenção. A identificação daqueles adolescentes que apresentam dificuldades nas suas relações sociais, em lidar com frustrações, nervosismo dentre outras permite a possibilidade de trabalhar para aumentar a probabilidade da emissão das habilidades necessárias ao convívio diário.

Estudos nessa temática são importantes para que sejam desenvolvidas estratégias de atuação nas escolas em situações de depressão e suicídio. Ressalto a necessidade de haver uma equipe multidisciplinar composta por pedagogos, nutricionistas, assistente social, psicólogos e demais profissionais que possam colaborar no desenvolvimento socioemocional desse estudante. É imprescindível também a implantação do Programa Saúde na Escola que até o momento não faz parte dos locais pesquisados juntamente com a articulação entre os setores da educação, saúde e da família.

Faz - se necessárias à realização de mais pesquisas voltadas para a depressão e suicídio nas escolas, com o intuito de desenvolver mais programas específicos para os estudantes referentes à sua saúde psicológica e o impacto que pode ter no contexto escolar. A fim de testar novas hipóteses e aproximar cada vez mais a educação, a saúde e área social para potencializar a influência que a escola tem na vida desses adolescentes.

8. REFERÊNCIAS

ALBINO, L. P.; TERCENIO, G. M.; **Considerações críticas sobre o fenômeno do bullying:** Do conceito ao combate e à prevenção. Revista Eletrônica do CEAFF. Porto Alegre - RS. Ministério Público do Estado do RS. Vol. 1, n. 2, fev./maio2012. Disponível em: https://www.mprs.mp.br/media/areas/biblioteca/arquivos/revista/edicao_02/vol1no2art4.pdf. Acesso em: 10 de setembro de 2019.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** - DSM-V. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. – 5. Ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014, p. 948.

ARGIMON, L.I.I.; TERROSO, B.L.; BARBOSA, S.B; LOPES, F.M.R. **Intensidade de sintomas depressivos em adolescentes através da escala de depressão de Beck (BDI-II).** Boletim Academia Paulista de Psicologia, São Paulo, Brasil - V. 33, no 85, p. 354-372, Dezembro de 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2013000200010 Acesso em: 10 de setembro de 2019.

ANACHE, ALEXANDRA AYACH. **Psicologia Escolar e educação especial: versões, inserções e mediações.** Revista Em Aberto, Brasília, v. 23, n. 83, p. 73-93, mar. 2010 Disponível em: <https://repositorio.ufms.br:8443/jspui/bitstream/123456789/1558/1/Alexandra%20Ayach%20Anache.pdf>. Acesso em: 10 de setembro de 2019.

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria. CFM - Conselho Federal de Medicina. **Suicídio:** Informando para prevenir. Comissão de estudo e prevenção ao suicídio. Brasília CFM/ABP, 2014. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_pre. Acesso em: 15 de Janeiro de 2020.

ARAUJO, L; VIEIRA, K; COUTINHO, M. **Ideação suicida na adolescência:** um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. Psico-USF, v. 15, n. 1, p. 47-57, jan./abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n1/06.pdf>. Acesso em: 05 de agosto de 2019.

AVANCI, J. Q; ASSIS, S. G; OLIVEIRA, R. V. C. **Sintomas depressivos na adolescência:** estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, V.24, n. 10, p.2334-2346, out, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n10/14.pdf>. Acesso em: 20 de março de 2019.

BAHLS, S. C. **Aspectos Clínicos da Depressão em Crianças e Adolescentes.** Jornal de Pediatria, (Rio J.) vol.78, n.5, Porto Alegre set./out. 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572002000500004 . Acesso em: 20 de Março de 2019.

BAHLS, S. C.; BAHLS, F.R.C. **Depressão na adolescência:** característica clínica. Interação em Psicologia. Revista Interação em Psicologia, V.6, n.1, p. 49-57, Paraná, jan./jun. 2002.

Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/3193/2556>. Acesso em: 13 de Janeiro de 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, p. 223.

BARROS, A. P. R; COUTINHO, M. P. de Lima; ARAUJO, L. F.; CASTANHA, A. R. **As Representações Sociais da Depressão em Adolescentes no Contexto do ensino médio**. Psicologia & Sociedade; v.23, n.1, p.114-124, Minas Gerais, jan./abril, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3093/309326567010.pdf>. Acesso em: 20 de Março de 2019.

BORGES, V; WERLANG, B. **Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos**. Estudos de psicologia (Natal), vol.11, n. 3, Natal, Set./Dez. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2006000300012. Acesso em: 05 de agosto de 2019.

BOTEGA, J. N, WERLANG, G.S.B, SILVA CAIS, F. C, KOTHER MACEDO, M.M. **Prevenção do comportamento suicida**. Revista Psico, PUCRS, v. 37, n. 3, p. 213-220, Porto Alegre, set./dez. 2006. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1442>. Acesso em: 15 de agosto de 2019.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente** [recurso eletrônico]: Lei n. 8.069/90 de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. – 13 ed. – Brasília: Câmara dos deputados, Edições Câmara, 2015. Disponível em <<http://www.camara.leg.br/editora>>. Acesso em: 15 de agosto de 2019.

_____. **Diretrizes e bases da educação nacional**. Lei Nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm. Acesso em: 01 de setembro de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.876, de 14 de Agosto de 2006 a**. Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 15 de março de 2019.

_____. Ministério da Saúde . **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília, 2006 b. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/Preven%C3%A7%C3%A3o%20do%20suic%C3%ADdio:%20manual%20dirigido%20a%20profissionais%20das%20equipes%20de%20sa%C3%BAde%20mental/1030>. Acesso em: 15 de Março de 2019.

_____. MS – Ministério da Saúde; ME – Ministério da Educação (2007). **Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos Projetos Locais**. Disponível em: http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/orientacoes_pse.pdf. Acesso em: 12 de Agosto de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Saúde do adolescente: competências e habilidades.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf Acesso em: 01 de setembro de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 10 de Junho de 2019.

_____. MS – Ministério da Saúde; ME – Ministério da Educação. **Caderno do Gestor do PSE.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 68. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf. Acesso em: 12 de Agosto de 2019.

_____. MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf. Acesso em; 10 de junho de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 204 de 17 de fevereiro de 2016b.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em 15 de junho de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Suicídio. Saber, agir e prevenir.** Boletim Epidemiológico. V. 48. Nº 30, 2017 a. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>. Acesso em: 20 de Março de 2019.

_____. MS - Ministério da Saúde. Blog da saúde. **Mais de onze milhões de brasileiros têm depressão.** (2017b). Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/materias-especiais/52516-mais-de-onze-milhoes-de-brasileiros-tem-depressao>. Acesso em: 15 de setembro de 2019.

_____. **Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio.** Lei nº 13.819 de 29 de Abril de 2019. (2019a). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13819.htm. Acesso em: 03 de junho de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção.** (2019b) Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/depressao>. Acesso em: 12 de Março de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.** Nota técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS Referencia bibliográfica (2019c). Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/legislacao/nota_saude_mental.pdf. Acesso em: 10 de setembro de 2019.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS – Departamento de informática do SUS. **F30-F39 Transtorno do Humor**. (2019 d) Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f30_f39.htm#F33. Acesso em: 12 de agosto de 2019.

_____. Ministério da Saúde/SVS – **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN net**. (2019e) Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinanet/cnv/Intoxms.def>. Acesso em: 12 de agosto de 2019.

_____. MMFDH - Ministério Mulher, da Família E Dos Direitos Humanos. **Prevenção ao suicídio e autolesão provocada sem intenção suicida entre adolescentes e jovens**. (2019f) Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/politicas-de-prevencao-ao-suicidio-e-autolesao-provocada-sem-intencao-suicida-entre-adolescentes-e-jovens>. Acesso em: 15 de setembro de 2019

_____. MEC - Ministério da Educação e Cultura; INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Resultados e Resumos**. (2019g) Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/web/guest/resultados-e-resumos>. Acesso em: 03 de Junho de 2019.

_____. MMFDH - Ministério Mulher, da Família E Dos Direitos Humanos. **Suicídio e a automutilação tratados sob a perspectiva da família e do sentido da vida**. p. 53, Brasília, 2019h. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2019/01/20190104-Manual-de-estudos-de-Preven%C3%A7%C3%A3o-do-Suicidio-MDHMC.pdf>. Acesso em: 01 de agosto de 2019.

_____. MS – Ministério da Saúde. UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte et al. **Curso de prevenção ao suicídio**. (2019i) Disponível em: <https://avassus.ufrn.br/course/view.php?id=277>. Acesso em: 01 de agosto de 2019.

_____. ME – Ministério da Educação. **Lei Nº 13.935, de 11 de Dezembro de 2019**. (2019j). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13935.htm. Acesso em: 15 de janeiro de 2020.

CABALLO, V. E. **Manual de Avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais**. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2003, p. 405.

CAMPOS, J. R.; DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Depressão na Adolescência: habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco/proteção** Estudos e Pesquisas em Psicologia, v.4, n.2, p. 408-428, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451844508003>. Acesso em: 20 de Março de 2019.

CAMPOS, R. H.; JORGE, C.D.S. **Violência na escola: uma reflexão sobre o bullying e a prática educativa**; Em Aberto, Brasília, v. 23, n. 83, p. 107-128, mar. 2010. Disponível em: <http://rbepold.inep.gov.br/index.php/emaberto/article/view/2254/2221>. Acesso: 14 de Julho de 2019.

CASSORLA, S. M. R. **O que é o suicídio**. Ed. Brasiliense S. A. São Paulo, 1985, p. 112.

CAVALCANTI, J. G; COUTINHO, M. P. L; PINTO, A.V. L; SILVA; K. C; DO BÚ, E. M. **Vitimização e Percepção do Bullying**: Relação com a sintomatologia depressiva de adolescentes. Revista de Psicologia da IMED, Passo Fundo, vol. 10, n. 1, p. 140-159, Jan.-Jun, 2018 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v19n3/2175-3539-pee-19-03-00463.pdf>. Acesso em: 14 de Abril de 2019.

CERVENY, O. M. C. **A Família Como Modelo**: Desconstruindo a patologia. Ed. Livro Pleno, 2001, p. 158.

CFP - Conselho Federal de Psicologia. **Avaliação Psicológica**. Diretrizes na regulamentação da profissão. 1 ed. Brasília – DF, 2010. Disponível em: <http://satepsi.cfp.org.br/docs/Diretrizes.pdf>. Acesso em: 15 de Fevereiro de 2019.

_____- Conselho Federal de Psicologia. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia** / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>. Acesso em 14 de Julho de 2019.

_____- Conselho Federal de Psicologia. Resolução Nº 9, de 25 de Abril de 2018. **Diretrizes Básicas para a realização de avaliação psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo**. Disponível em: <http://satepsi.cfp.org.br/docs/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-09-2018-com-anexo.pdf>. Acesso em: 15 de Fevereiro de 2019.

_____- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Referências técnicas para atuação de Psicólogos (os) na educação básica** / Conselho Federal de Psicologia. 2. ed. Brasília, 2019, p. 58. Disponível em: www.cfp.org.br e em crepop.pol.org.br. Acesso em: 20 de setembro de 2019.

CORREIA, M. (org). Psicologia e Escola: Um parceria necessária. Ed. Alínea, 2 ed. 2009, p. 145.

CORIA-SABINI, A. M. **Psicologia do Desenvolvimento**. Ed. Ática, 2 ed., 1998, p. 167.

COUTINHO, L. G. **Adolescência, cultura contemporânea e educação**. Estilos da Clínica, 2009, V. XIV, n. 27, p. 134-149. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v14n27/a09v14n27.pdf>. Acesso em: 20 de setembro de 2019.

CLAUDINO, J; CORDEIRO, R. ARRIAGA, M. **Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos**. Um estudo realizado junto de adolescentes pré-universitários. Revista Millenium, Educação, Ciência e Tecnologia, Porto Alegre, n. 32, p. 11, Fev. 2006. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8402>. Acesso em: 01 de junho de 2019.

CVV – Centro de Valorização a Vida. **Como vai você? Guia para pais e educadores**. Apoio técnico: Neury Botega; Karen Scavacini. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/guia_CVV_pais_educadores_DIGITAL.pdf. Acesso em: 04 de outubro de 2019.

DEL PRETTE, Z. A. P. & DEL PRETTE, A. **Habilidades envolvidas na atuação do psicólogo escolar/educacional.** (1996) Em: Wechsler, S. (org.), Psicologia: Pesquisa, Formação e Prática. Campinas, Alínea, p. 139-156. Disponível em: <http://www.rihs.ufscar.br/wp-content/uploads/2015/02/Habilidades-envolvidas-na-atua%C3%A7%C3%A3o-do-psic%C3%B3logo-escolar.pdf> . Acesso em: 13/01/2020

DEL PRETTE, Z. A. P. & DEL PRETTE, A. **Desenvolvimento interpessoal e educação escolar:** o enfoque das habilidades sociais. (1998). Tema em Psicologia, v. 6, n.3, p.205-215. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v6n3/v6n3a05.pdf> Acesso em: 11 de Abril de 2019.

DEL PRETTE, Z. A. P. & DEL PRETTE, A. **Psicologia das Habilidades Sociais:** Terapia e Educação. Petrópolis: Vozes, Ed. 3. 2002, p. 210.

DEL PRETTE, Z. A. P. & DEL PRETTE, A. **Relações interpessoais e habilidades sociais na educação.** (2006). Texto online disponibilizado em dezembro de 2006 em: <http://www.rihs.ufscar.br>. Acesso em : 13/01/2020.

DEL PRETTE, Z. A. P. & DEL PRETTE, A. **Psicologia das relações interpessoais:** Vivências para o trabalho em grupo. Petrópolis: Vozes, Ed. 7. 2008, p.231.

DEL PRETTE, Z. A. P. & DEL PRETTE, A. **Adolescência e fatores de risco: a importância das habilidades sociais educativas.** Em V. G. Haase, F. O. Ferreira & F. J. Penna (Org.), Aspectos biopsicossociais da saúde na infância e adolescência. Belo Horizonte: Coopmed. 2009. Disponível em: <http://betara.ufscar.br:8080/pesquisa/rihs/armazenagem/pdf/capitulos-de-livro/del-prette-a.-del-prette-z.-2009-.-adolescencia-e-fatores-de-risco-a-importancia-das-habilidades-sociais-educativas/view>. Acesso em: 04 de outubro de 2019.

DEL PRETTE, Z. A. P. & DEL PRETTE, A. **Habilidades Sociais e Análise do comportamento:** proximidade histórica e atualidades. Perspectivas em análise do comportamento, vol.1 n.2 São Paulo, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-35482010000200004. Acesso em: 20/01/2020.

DEL PRETTE, Z. A. (org). **Psicologia escolar e educacional:** Saúde e qualidade de vida. Editora Alínea, 4. ed, 2012, p. 222.

DEL PRETTE, Z. A. P. & DEL PRETTE, A. **Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA-Del Prette):** Manual de aplicação e apuração e aplicação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015, p. 74.

DESSEN, A. M.; COSTA JUNIOR, L.A. **A ciência do desenvolvimento humano.** Tendências atuais e perspectivas futuras. Editora Artmed, 2008, p. 264

DURKHEIM, E. **O Suicídio:** Estudo de Sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2000, p. 515.

DUTRA, E. **Suicídio de Universitários: o vazio existencial de jovens na contemporaneidade.** Estudos e Pesquisas em Psicologia, vol. 12, núm. 3, setembro -

dezembro, 2012, p. 924-937. Rio de Janeiro. Disponível em:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451844639013>. Acesso em: 11/04/2019.

FAÇANHA, N. D. J. et al. **Prevenção do suicídio em adolescentes**: Programa de intervenção Belive. Revista eletrônica de saúde mental e drogas, v. 6, n. 1, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v6n1/02.pdf>. Acesso em: 15 de junho de 2019.

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. **Uma experiência de desenvolvimento metodológico para avaliação de programas**: o modelo lógico do programa segundo tempo. In: UCHOA, Carlos Eduardo. *Elaboração de indicadores de desempenho institucional*. Brasília: ENAP/DDG, 2013, p. 36.

FLICK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa**: um guia para iniciantes. Porto Alegre: Penso, 2013, p. 256.

FOGAÇA, S.F.F. **Avaliação de habilidades sociais de adolescentes em conflito com a lei em interações com familiares e amigos**: Uma análise de metacontingências. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Carlos - UFSCar– 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/7380/TeseFFSF.pdf?sequence=1&isAlloved=y>. Acesso em: 10 de setembro de 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. 25ª Ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1996. Disponível em: <https://nepegeo.ufsc.br/files/2018/11/Pedagogia-da-Autonomia-Paulo-Freire.pdf>. Acesso em: 10 de setembro de 2019.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Direitos da População Jovem**: um marco para o desenvolvimento. 2 ed. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_pop_jovem.pdf. Acesso em: 10 de setembro de 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4 ed. São Paulo, 2002, p. 173.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008, p.197.

GORENSTEIN, C; PANG, W.Y; ARGIMON, I.L; WERLANG, B. S. G. **Manual Inventário de Depressão de Beck-II**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011, p. 156.

HURLOCK, E. B. **Desenvolvimento do adolescente**. São Paulo, SP: McGraw-Hill do Brasil, 1979, p. 624.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>. Acesso em: 20 de setembro de 2019.

LAVILLE, C., DIONNE, J. **A construção do saber**: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Tradução Heloisa Monteiro e Francisco Settineri, Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999, p. 339.

MAIA, C. R. C.; SOARES, B. A.; VICTORIA, S. M. **Um estudo com professores da educação infantil e do ensino fundamental sobre suas habilidades sociais e inteligência geral**. Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 9, n. 2, maio-agosto, 2009, pp. 464-479, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451844629013>. Acesso em: 01 de Maio de 2019.

MANOLIO, C. L.; FERREIRA, B.C. **O campo das Habilidades Sociais no Brasil**: Entrevista com Almir e Zilda Del Prette. Estudos pesquisa psicologia v.11 n.2 Rio de Janeiro ago. 2011. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812011000200012 Acesso em: 15 de Março de 2020.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2011, p. 296.

MS – Mato Grosso do Sul; Secretaria de Estado e Saúde (SES). **O 3º estado com as maiores taxas de suicídio do país, MS ganha Comitê de prevenção**. Disponível em: <http://www.ms.gov.br/o-3-estado-com-as-maiores-taxas-de-suicidio-do-pais-ms-ganha-comite-de-prevencao/>. Acesso em: 15 de janeiro de 2020.

MARTINS, A. G; THEOPHILO, R. C. **Metodologia da investigação científica para as ciências sociais aplicadas**. 2. Ed. São Paulo; Atlas, 2009, p. 264.

MELO, A. K. S; MOREIRA, V. **Fenomenologia da queixa depressiva em adolescentes**: um estudo crítico-cultural. Revista Aletheia, v. 27, n.1, p.51-64, jan./jun. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000100005. Acesso em: 01 de maio de 2019.

MINAYO, M.C.S. DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 32 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012, p. 108.

MONTEIRO, F. R; COUTINHO, M. P. L; ARAUJO, L. F. **Sintomatologia depressiva em adolescentes do ensino médio**: Um estudo das representações sociais. Revista psicologia ciência profissão, v.27, n.2 Brasília, Junho 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000200005. Acesso em: 02 de maio de 2019.

MOREIRA, L. C. O; BASTOS, P. R. H. O. **Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência**: revisão de literatura. Revista Psicologia Escolar e Educacional, v.19, n.3, Maringá, set./dez. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0193857>. Acesso em: 05 de agosto de 2019.

MORETTO, T. L. M., SVARTMAN, P. B., FRELLER, C. C., MASSOLA, M. G., CROCHIK, L. J., SILVA, F. P. **O suicídio e a morte do narrador**. Psicologia USP, vol. 28, n. 2, maio-agosto, 2017, p. 159-164, São Paulo, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305151851001>. Acesso em: 20 de Março de 2019

NETO FAÇANHA, D. J; ERSE, Q. P. M; SIMÕES, P.M. R; AMELIA, L; SANTOS, C.J. **Prevenção do Suicídio em Adolescentes:** Programa de Intervenção Belive. SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas, vol. 6, n. 1, 2010, p. 1-16, São Paulo. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80313414002>. Acesso em: 12/04/2019

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Prevenção do Suicídio: manual para professores e educadores.** Transtornos Mentais e Comportamentais. Departamento De Saúde Mental. Genebra (2000). Tradução Sabrina Stefannelo e Neury José Botega, Campinas – SP. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66801/WHO_MNH_MBD_00.3_por.pdf;jsessionid=0240E9616E50382F4BB4F5AAEFC12AEA?sequence=5. Acesso em: 20 de Março de 2019

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Prevenção do Suicídio:** Um manual para profissionais da mídia. (2000) Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf. Acesso em: 05 de agosto de 2019.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Prevenção do Suicídio.** Um recurso para conselheiros. (2006). Disponível em: https://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf. Acesso em: 05 de agosto de 2019.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Saúde Pública Ação para a Prevenção de Suicídio:** uma estrutura. (2012). Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suic%C3%ADdio-traduzido.pdf>. Acesso em: 20 de Março de 2019.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde; OMS – Organização Mundial da Saúde. **Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo.** (2017). Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5354:aumenta-o-numero-de-pessoas-com-depressao-no-mundo&Itemid=839. Acesso em: 20 de Março de 2019.

____ – Organização Pan-Americana da Saúde; OMS – Organização Mundial da Saúde. **Folha informativa saúde mental dos adolescentes.** (2018a) Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5779:folha-informativa-saude-mental-dos-adolescentes&Itemid=839. Acesso em: 20 de Março de 2019

____ – Organização Pan-Americana da Saúde; OMS – Organização Mundial da Saúde. **Folha informativa suicídio.** (2018b) Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839. Acesso em: 20 de Março de 2019.

____ – Organização Pan-Americana da Saúde; OMS – Organização Mundial da Saúde. **Folha informativa de Depressão.** (2018c). Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095. Acesso em: 20 de Março de 2019

PAPALIA, E.D.; FELDMAN, D.R. **Desenvolvimento Humano**. Editora Artmed, 12 ed. 2013, p. 800.

PEREIRA DO RÊGO, B. A., DA PENHA, L. C. M., FERNANDES, A. L., RAMOS, C. A. **As representações sociais da depressão em adolescentes no contexto do ensino médio**. Estudos de Psicologia. Estudos de Psicologia, v. 23, n. 1, jan.- março, 2006, p. 19-28. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=395336320003>. Acesso em: 20 de Março de 2019.

PISTÓIA, L. H. C.. **Gregory Bateson e a educação: possíveis entrelaçamentos**. 2009. 192 f. Tese (Doutorado em Psicologia da Aprendizagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/16401/000703912.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 de Março de 2019.

PORTELA, M. (org.). **Estratégias de THS: Treinamento em Habilidades Sociais**. Centro de Pesquisa Aplicada e Formação. Rio de Janeiro, RJ. 2011, p.252.

REBRAPS – Rede Brasileira de Prevenção do Suicídio. **Artigo sobre o setembro amarelo**. (2017). Disponível em: <http://www.rebraps.com.br/>. Acesso em: 03 de Julho de 2019.

PORCHEDDU, Alba. **Zygmunt Bauman: Entrevista sobre a educação**. Desafios pedagógicos e modernidade líquida. Caderno Pesquisa, São Paulo, v.39, n.137, pg. 661-684, ago. 2009 Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742009000200016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 de Julho de 2019.

RIBEIRO, S.C.K.; MEDEIROS, S.C.; COUTINHO, L. P, M.; CAROLINO; G.C.Z. **Representações sociais e sofrimento psíquico de adolescentes com sintomatologia depressiva**. Psicologia teoria pratica, v.14, n.3, São Paulo dez. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000300002. Acesso em: 08 de junho de 2019.

SAMPAIO, L. R; CAMINO, C.P.S; ROAZZI, A. **Revisão de Aspectos Conceituais, Teóricos e Metodológicos da Empatia**. Psicologia Ciência e Profissão, v. 29 n.2, p. 212-227, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n2/v29n2a02.pdf> .Acesso em: 03 de abril de 2020.

SAUL, Alexandre, Martins; GIOVEDI, Valter, **A Pedagogia de Paulo Freire como referência teórico-metodológica para pesquisar e desenvolver a formação docente**. Revista e-Curriculum [online] v. 14, n.. 1, janeiro-março, 2016, p. 211-233. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=76645155012>. Acesso 28 de outubro de 2018. SED - Secretaria Estadual de Educação do Mato Grosso Do Sul. **Relação de Escolas com Diretores**. Disponível em: http://www.sed.ms.gov.br/wp-content/uploads/2019/08/Relacao_Escolas_e_Diretores_SED-MS.pdf. Acesso em: 15 de setembro de 2019.

SILVA, A. C; BOTTI, N. C. L. **Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: Revisão integrativa da literatura**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, n.18, Porto dez. 2017. Disponível em:

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602017000300010
Acesso em: 15 de maio de 2019.

SIRGADO, A. P. **O social e o cultural na obra de Vigotski**. Educação e Sociedade, v.21, n.71 Campinas, Julho, 2000. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302000000200003. Acesso em 01 setembro de 2019.

SOUZA, S. G.; SANTOS, P. S. M.; SILVA, P. T. A., PERRELLI, A. G. J.; SOUGEY, B. E. **Revisão de literatura sobre suicídio na infância**. Ciência & Saúde Coletiva. v. 22, n. 9, setembro, 2017, p. 3099-3110. Disponível em:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63052677030>. Acesso em: 20 de Março de 2019.

TEIXEIRA, C. M; DEL PRETTE, A; DEL PRETTE, Z. A. P. **Assertividade**: uma análise da produção acadêmica nacional. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, v. 18, n. 2, p. 56-72, 2013. Disponível em:
<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/883/479>. Acesso em: 03 de abril de 2020.

TOMAS, A. C. T; CARVALHO, M.R. **Treino Assertivo para a depressão**: Uma revisão bibliográfica. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, v.10, n.2, Rio de Janeiro, dez. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872014000200006. Acesso em: 03 de Abril de 2020.

VALLE, E. J.; STELKO-PEREIRA, C. A.; SÁ, C.G.L.; WILLIAMS, A.C.L. **Bullying, vitimização por funcionários e depressão**: Relações com o engajamento emocional escolar. Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, SP. V. 19, N. 3, Setembro/Dezembro de 2015, p.463-473. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/pee/v19n3/2175-3539-pee-19-03-00463.pdf> Acesso em: 10 de setembro de 2019.

VIGOTSKI, Lev S. 1896-1934. **Imaginação e criação na infância: ensaio psicológico**: livro para professores/ Lev Semionovich Vigotski; apresentação e comentários Ana Luiza Smolka; tradução Zoia Prestes. São Paulo, ed. Ática, 2009, p. 136.

WEBER, L.N.D., SALVADOR, A.P.V. & BRANDENBURG, O.J. **Escalas de Qualidade na Interação Familiar-EQIF**. Em L.N.D. Weber & M.A. Dessen (Org.). **Pesquisando a família**: instrumentos para coleta e análise de dados. Curitiba, Juruá, p. 57-68, 2009.

APÊNDICE 1:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidada (o) para participar da pesquisa **“INDICADORES DE DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES NA REDE PÚBLICA DE ENSINO DOS MUNICÍPIOS DE CORUMBÁ E LADÁRIO – MS”**.

Você foi selecionada (o) através de uma escolha aleatória e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O objetivo deste estudo é: analisar os indicadores de depressão e as habilidades sociais em estudantes do ensino médio no ambiente escolar dos municípios de Corumbá e Ladário – MS.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário semiestruturado, onde lhe serão feitas perguntas pela entrevistadora. A entrevista será gravada, sendo necessária também a sua autorização para essa ação.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Ao responder à entrevista você será identificado(a) pela letra E (entrevistada(o)) e ao lado o número cardinal E1, E2, E3...e assim sucessivamente conforme a ordem em que as entrevistas forem sendo realizadas. ,

Esta pesquisa foi planejada de modo a existir um mínimo de possibilidade de ocorrência de quaisquer danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, tanto durante como após a coleta de dados, sendo assim, os procedimentos adotados oferecem risco mínimo de constrangimento ou cansaço.

Contudo, caso haja qualquer tipo de aborrecimento, desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante a aplicação dos instrumentos, alterações na autoestima provocadas por lembranças ou derivadas das questões acerca dos temas abordados, você será acompanhada e encaminhada para atendimento no Serviço de Atendimento Psicológico do Campus do Pantanal.

Embora não haja benefícios diretos, sua participação nesta pesquisa trará contribuições para o reconhecimento de comportamentos de risco que possa identificar a depressão e a tentativa de suicídio em estudantes e elaborar ações de prevenção na escola das cidades envolvidas. Em caso de denúncias, dúvidas e/ou reclamações referentes à pesquisa você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, localizado na Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – PROPP, Cidade Universitária, Campo Grande/MS, telefone (67) 3345-7186 e (67) 33457187, ou via e-mail: bioetica@propp.ufms.br.

Débora Sodré

Participante

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com a Sra./Sr., podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento com as pesquisadoras responsáveis: Mestranda Débora Sodré Gonçalves Carneira e orientadora Professora Dra. Cláudia Araújo de Lima no e-mail: deborasodreg@yahoo.com.br ou claudia.araujo@ufms.br (067) 3234-6209.

Pesquisador Responsável

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Plataforma Brasil. Autorizo a gravação da entrevista.

Participante da pesquisa

Corumbá, _____ de _____ de _____

APÊNDICE 2:

TERMO DE ASSENTIMENTO DA/DO ADOLESCENTE – TALE

Você está sendo convidado (a) a participar voluntariamente de uma pesquisa a ser desenvolvida por Débora Sodré Gonçalves Carneiro, psicóloga, especialista em gestão em saúde, aluna do Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação – Educação Social, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/Campus do Pantanal, intitulada “**INDICADORES DE DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES NA REDE PÚBLICA DE ENSINO DOS MUNICÍPIOS DE CORUMBÁ E LADÁRIO – MS**”. Sua participação não é obrigatória e mesmo que você venha a aceitar participar, **a qualquer momento poderá desistir**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a escola que você estuda. É importante que você leia, ou que alguém leia para você, esse documento com atenção e em caso de qualquer dúvida ou informação que não entenda, peça a pesquisadora responsável Débora Sodré ou a seus pais que expliquem a você. Você poderá participar desse estudo se seus pais concordarem e **se você de fato quiser**. Se você aceitar, irá assinar este documento, que é um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, sendo que um dos seus pais ou responsável irá assinar outro documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que é onde ele vai confirmar que deixa você participar.

O objetivo geral deste estudo é analisar os indicadores de depressão e as habilidades sociais em estudantes do ensino médio no ambiente escolar dos municípios de Corumbá e Ladário – MS. Esse estudo é importante devido a grande ocorrência de adolescentes com depressão e o aumento das tentativas de suicídio nessa fase da vida. **Fique tranquilo (a)** que ninguém ficará sabendo se você não quiser participar da pesquisa. Se você aceitar, vamos manter seus dados em segredo. Somente seus pais e as pessoas envolvidas na pesquisa saberão da sua participação. Para os outros, **prometemos não contar sua identidade**. Poderemos usar as informações que você nos der, mas nunca colocando seu nome ou dados que permitam que outras pessoas te identifiquem. Você, seus pais ou responsáveis não terão gastos e não receberão nenhum pagamento pela sua participação na pesquisa.

Agora vamos explicar para você o que estamos propondo e o que terá que fazer se quiser participar desta pesquisa. A sua participação é voluntária e se constituirá em responder um questionário socioacadêmico e dois testes psicológicos. Esses instrumentos serão aplicados pela psicóloga responsável pela pesquisa que possui dez anos de experiência na aplicação de testes. Será realizado em grupo na sala de aula da escola onde está matriculado. Não haverá entrevista. Os dois instrumentos e o questionário levam em média 45 minutos para ser respondidos e a aplicação será em grupo. Você também poderá tirar todas as suas dúvidas no dia da aplicação sobre os testes e o questionário.

O primeiro teste é o Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA) é um instrumento destinado à população adolescente que permite avaliar o seu repertório de habilidades sociais em um conjunto de situações interpessoais cotidianas, identificação de déficits e recursos em classes e subclasses de habilidades sociais no adolescente e demandas de contexto como das relações familiares e escolares, de amizade, afetivos, sexuais, de lazer e de trabalho. O segundo teste psicológico é o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) é uma ferramenta de avaliação para medir a presença e gravidade de sintomas depressivos em pessoas de diferentes faixas etárias. Você não precisa se preocupar com os custos dos materiais, pois eles serão comprados pela pesquisadora e não será feita adaptação aos testes. Você terá acesso aos resultados dos testes se desejar. Entretanto, esses resultados não terão validade uma vez que não representam uma avaliação psicológica completa.

Débora Sodré

Participante

Você receberá uma cópia deste Termo de Assentimento, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, **agora ou a qualquer momento**, com a pesquisadora responsável Débora Sodré. Esta pesquisa foi planejada de modo a existir um mínimo de possibilidade de ocorrência de quaisquer danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, tanto durante como após a coleta de dados, sendo assim, os procedimentos adotados oferecem risco mínimo de constrangimento ou cansaço.

Contudo, caso haja com você qualquer tipo de aborrecimento, desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante a aplicação dos instrumentos, alterações na autoestima provocadas por lembranças ou derivadas das questões acerca dos temas abordados, não precisa se preocupar, seus pais serão informados imediatamente, independentemente de sua vontade. A pesquisadora responsável irá lhe atender caso você não se sinta bem, tenha algum mal estar no momento da aplicação, a mesma está habilitada para prestar esse atendimento. Se for verificado a necessidade de acompanhamento você será encaminhado (a) para atendimento no Serviço de Atendimento Psicológico do Campus do Pantanal.

A SEPS (Seção de Psicologia) é referência para assistência à saúde mental de quadros leves e moderados, para a população dos municípios de Corumbá e Ladário de Mato Grosso do Sul recebe encaminhamentos dos serviços de saúde dessas localidades, bem como de ONGs e profissionais da saúde que atuam na região. Oferece diferentes modalidades de atendimento terapêutico como: psicoterapia individual e em grupo para crianças, adolescentes e adultos, e orientação de pais. Todos os serviços são gratuitos para a população com renda mensal até três salários mínimos. A SEPS atende ao público de segunda a sexta-feira, das 8 às 11h e das 14 às 19h. Telefone: (67) 3234-6879 e (67) 3234-6825.

Embora não haja benefícios diretos para você, sua participação nesta pesquisa trará contribuições para o reconhecimento de comportamentos de risco em estudantes que possa identificar a depressão e a tentativa de suicídio e assim elaborar ações de prevenção na escola das cidades envolvidas. Em caso de denúncias, dúvidas e/ou reclamações referentes à pesquisa você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, localizado na Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – PROPP, na Avenida Costa e Silva, s/n, Cidade Universitária, Campo Grande/MS. Telefone (67) 3345-7187, ou via e-mail: cepconep.propp@ufms.br.

Nome da pesquisadora: Débora Sodré Gonçalves Carneiro
Telefone: (67) 98145-3688 E-mail: deborasodreg@yahoo.com.br

Declaração de Consentimento: Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa, tendo assim concordado em participar de livre e espontânea vontade responder o questionário socioacadêmico e dos dois testes psicológicos. Confirmando também que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome do Participante (em letra de forma):

Assinatura do Participante: _____ Data: ____/____/____

Nome da Pesquisadora: Débora Sodré Gonçalves Carneiro

Assinatura da Pesquisadora: _____ Data: ____/____/____

APÊNDICE 3:
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PAIS - TCLE

Caro Responsável/Representante Legal:

Gostaríamos de obter o seu consentimento para a/o adolescente _____, participar como voluntário da pesquisa intitulada “INDICADORES DE DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES NA REDE PÚBLICA DE ENSINO DOS MUNICÍPIOS DE CORUMBÁ E LADÁRIO – MS”. O objetivo deste estudo é: analisar os indicadores de depressão e as habilidades sociais em estudantes do ensino médio no ambiente escolar dos municípios de Corumbá e Ladário – MS. Esse estudo é relevante devido a grande incidência de adolescentes com depressão e no aumento das tentativas de suicídio nessa fase da vida. A presença da depressão na vida de um adolescente pode trazer alterações significativas no seu organismo, no seu modo de vida e nas relações sociais estabelecidas.

Declaramos que os dados obtidos com a pesquisa são sigilosos e que sua identidade será preservada, não havendo qualquer identificação. A participação na pesquisa não prevê remuneração financeira, bem como não haverá despesas pessoais para o participante. A sua participação nessa pesquisa é voluntária e se constituirá em responder dois testes psicológicos, instrumentos de auto aplicação que serão realizados em grupos na sala de aula da escola, onde está matriculado. Os dois instrumentos levam em media 45 minutos para serem respondidos.

Você receberá uma cópia deste termo de consentimento, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e a participação de sua filha/filho, agora ou a qualquer momento, com a pesquisadora responsável e junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Esta pesquisa foi planejada de modo a existir um mínimo de possibilidade de ocorrência de quaisquer danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, tanto durante como após a coleta de dados, sendo assim, os procedimentos adotados oferecem risco mínimo de constrangimento ou cansaço.

Contudo, caso haja qualquer tipo de aborrecimento, desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante a aplicação dos instrumentos, alterações na autoestima provocadas por lembranças ou derivadas das questões acerca dos temas abordados, a/o participante será acompanhado e encaminhado para atendimento no Serviço de Atendimento Psicológico da UFMS/Campus do Pantanal.

Embora não haja benefícios diretos, a participação nesta pesquisa trará contribuições para o reconhecimento de comportamentos de risco que possa identificar a depressão e a tentativa de suicídio em estudantes e elaborar ações de prevenção na escola das cidades envolvidas. Em caso de denúncias, dúvidas e/ou reclamações referentes à pesquisa você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, localizado na Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – PROPP, Cidade Universitária, Campo Grande/MS, telefone (67) 3345-7186 e (67) 33457187, ou via e-mail: bioetica@propp.ufms.br.

Débora Sodré

Participante

Esse termo terá suas páginas rubricadas pelo pesquisador principal e será assinado em duas vias, das quais uma ficará com o participante e a outra com pesquisador principal.

Eu, _____ (nome do responsável ou representante legal), portador do RG nº: _____, confirmo que “INDICADORES DE DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES NA REDE PÚBLICA DE ENSINO DOS MUNICIPIOS DE CORUMBÁ E LADÁRIO – MS”. Explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para participação da/do adolescente _____ (nome do participante da pesquisa) também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, concordo em dar meu consentimento para a/o adolescente participar como voluntário desta pesquisa.

Corumbá, ____ de _____ de 20____

(Assinatura responsável ou representante legal)

Eu, Débora Sodré Gonçalves Carneiro obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito da pesquisa ou representante legal para a participação na pesquisa.

Pesquisadora Débora Sodré Gonçalves Carneiro

APÊNDICE 4:
QUESTIONÁRIO SOCIOACADÊMICO

Você vai responder individualmente a um questionário sobre suas informações socioacadêmicas. Não é necessário se identificar. Leia atentamente cada uma das perguntas e marque apenas uma opção. Antes de entregar, verifique se não esqueceu de responder a alguma questão.

QUESTIONÁRIO SOCIOACADÊMICO	
1. Idade:_____	anos
2. Sexo: () M () F	
3. Estado civil: () Solteiro () casado/amasiado/união estável () divorciado () viúvo	
4. Tem filhos? _____	Quantos?_____
5. Qual a sua escolaridade? () superior completo () pós graduação incompleta () pós graduação completa	
6. Qual a sua carga horária de trabalho semanal? () 20 h () 30 h () 40 h () 44 h	

APÊNDICE 5 :
QUESTIONÁRIO SOCIOACADÊMICO

Você vai responder individualmente a um questionário sobre suas informações socioacadêmicas. Não é necessário se identificar. Leia atentamente cada uma das perguntas e marque apenas uma opção. Antes de entregar, verifique se não esqueceu de responder a alguma questão.

QUESTIONÁRIO SOCIOACADÊMICO	
1. Idade:_____	anos
2. Sexo: () M () F	
3. Estado civil: () Solteiro () casado/amasiado/união estável () divorciado () viúvo	
4. Tem filhos? _____	Quantos?_____
5. Qual a sua escolaridade? () 1º ano () 2º ano () 3º ano ensino médio	
6. Com que reside?_____	

APÊNDICE 6:
ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Questionário socioacadêmico

QUESTÕES

1	O que você entende por Depressão e Suicídio?
2	Na sua concepção, quais são os sinais que o adolescente com depressão ou ideação suicida pode apresentar?
3	Na sua percepção, qual o papel da escola em relação ao adolescente com depressão e/ou ideação suicida?
4	Quais são as estratégias que a escola utiliza no caso do adolescente com depressão e/ou ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio?
5	Quais são os meios legais para comunicar a automutilação ou tentativa de suicídio?
6	A escola adota alguma medida de preventiva com relação à depressão e ao suicídio?
7	Quais são as suas dificuldades em lidar com situações envolvendo a depressão e suicídio na adolescência?
8	A escola oferece capacitação para os profissionais sobre a depressão e suicídio na adolescência?
9	Na sua opinião, o que é necessário para lidar com o adolescente com depressão e ideação suicida?