



CONVIVA SP

Programa de Melhoria da
Convivência e Proteção Escolar

**CONVERSANDO COM EDUCADORES
SOBRE SAÚDE MENTAL DE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

**Anderson da Silva Rosa . Adriana Fóz . Alcione Marques
Eduardo Lopes . Luiza Hiromi Tanaka**



ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Sobre o projeto..... | 3 |
| Apresentação..... | 5 |
| Introdução..... | 7 |
| PARTE I | |
| A mente e a saúde mental | |
| 1.1. O que, afinal, é mente? | 9 |
| 1.2. Como compreender o que é Saúde e o que é Transtorno Mental? | 15 |
| 1.3. Quais as vulnerabilidades para o transtorno mental nas diferentes fases do desenvolvimento infanto-juvenil? | 19 |
| PARTE II | |
| Emoções na escola | |
| 2.1. Qual a relação entre as emoções e a saúde mental? | 23 |
| 2.2. Autoconhecimento emocional e autocuidado: quais as iniciativas possíveis ao indivíduo em prol de sua saúde mental? | 25 |
| 2.3. Como a frustração, a ansiedade e o estresse afetam a saúde mental? | 27 |
| 2.4. Qual a importância das relações no ambiente educacional? | 36 |
| 2.5. Como fica a saúde mental e emocional com a pandemia por Coronavírus? | 38 |
| PARTE III | |
| A contribuição da escola para a saúde mental | |
| 3.1. O que é estigma? | 42 |
| 3.2. Como o <i>bullying</i> e violência afetam a saúde mental? | 43 |
| 3.3. Quais são os transtornos mentais mais comuns? | 45 |
| 3.4. Quais são os fatores de proteção e os fatores de risco para os transtornos mentais? | 59 |
| 3.5. Quais são as ações e encaminhamentos possíveis para a escola? | 60 |
| 3.6. Como contar com a rede de saúde / psicossocial? | 70 |
| Conclusão desta etapa | 74 |
| Os autores..... | 75 |
| Referências..... | 78 |



SOBRE O PROJETO

PROJETO VIVER COM SAÚDE – SAÚDE MENTAL NAS ESCOLAS

O Projeto Viver com Saúde é parte integrante da base de formação do Programa Conviva SP, Programa de Melhoria da Convivência e Proteção Escolar que, entre outras ações, promove a saúde mental e emocional de estudantes e servidores da rede estadual de ensino do estado de São Paulo.

O **CONVIVA SP**, programa da Secretaria da Educação do Estado de São Paulo, tem como premissa que toda escola seja um ambiente de aprendizagem solidário, colaborativo, acolhedor e seguro, na busca da melhoria da aprendizagem.

O programa busca:

- Contribuir para um clima escolar positivo por meio de ambiente de aprendizagem colaborativo, solidário e acolhedor;
- Promover e articular a participação ativa da família na vida escolar dos estudantes da rede de ensino estadual;
- Articular e fortalecer a rede de proteção social no entorno da comunidade escolar, com aproximação entre os serviços de assistência e saúde mental.

É composto por projetos e ações articuladas entre:

- Convivência e Colaboração;
- Articulação Pedagógica e Psicossocial;
- Proteção e Saúde;
- Segurança Escolar.

Tendo em vista as ações do programa, a Secretaria da Educação, por meio do Conviva SP, instituiu uma parceria com a Fundación Mapfre.

Com sede na Espanha e atuação em 30 países, a Fundación Mapfre é uma instituição sem fins lucrativos, que tem o objetivo de promover, fomentar e investir em pesquisas, estudos e atividades de interesse geral da população. No Brasil atua para disseminar valores, promover o acesso à informação, cultura e visa contribuir com o bem-estar da sociedade, apoiando e desenvolvendo iniciativas nas áreas de Ação Social, Prevenção e Segurança Viária, Seguro e Previdência Social, Promoção da Saúde e Cultura. Em 2019, suas iniciativas já impactaram mais de 3,0 milhões de brasileiros e pretende-se, com essa



parceria, alcançar os mais de 3,5 milhões de estudantes da Rede Estadual de Ensino Paulista, em 2020.

Essa parceria visa promover formação sobre a promoção da saúde mental destinada aos nossos educadores e estudantes. As ações contam com a coordenação técnica do Conviva SP e do Prof. Dr. Anderson da Silva Rosa, professor da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

O objetivo deste projeto é contribuir para o enfrentamento de problemas como depressão e demais transtornos mentais que podem acarretar no suicídio. Sendo desenvolvidos conceitos como saúde mental, saúde emocional, fatores de proteção x fatores de risco, comportamentos autodestrutivos, autocuidado e promoção da saúde emocional e mental na escola.

Com essa ação, pretende-se levar conhecimentos essenciais sobre saúde mental para favorecer ações de melhoria do clima escolar, fazendo do espaço um local de promoção de saúde.

Michele Nepomuceno
Coordenadora Conviva SP
SEDUC



APRESENTAÇÃO

Querida educadora, querido educador,

É com muita alegria que trazemos aqui a primeira parte do conteúdo **Saúde Mental na Educação**.

Contando com uma equipe interdisciplinar que envolveu profissionais das áreas da Saúde e da Educação, buscamos trazer informações atuais, confiáveis e necessárias para que todos os educadores possam compreender melhor o tema e, principalmente, contribuir para que a escola seja um lugar promotor da Saúde Mental, indissociável do desenvolvimento humano e da vida saudável.

Estes conhecimentos foram organizados em linguagem clara e acessível com o objetivo de desfazer mitos, esclarecer dúvidas e trazer maior confiança ao educador para que, dentro de seu escopo de trabalho, possa colaborar fazendo da escola um ambiente saudável, colaborativo e acolhedor.

Nesta primeira etapa, buscamos abordar três grandes temas de maneira mais ampla, organizados em três capítulos que, por sua vez, estão subdivididos em subtemas em forma de perguntas, muitas delas trazidas pelos próprios educadores:

I - A MENTE E A SAÚDE MENTAL

II - EMOÇÕES NA ESCOLA

III - A CONTRIBUIÇÃO DA ESCOLA PARA A SAÚDE MENTAL

Uma vez que tratamos de Saúde, entendemos ser necessário trazer orientações de como contar com a rede de saúde pública na instância psicossocial, subtema do terceiro capítulo, representando assim muitas das dúvidas e necessidades por parte dos educadores.

Vale ressaltar que não temos a pretensão de dar conta desse complexo assunto neste primeiro material, contudo ele servirá certamente de base necessária para sequências e ampliações futuras.

É imprescindível também enfatizar que o objetivo de trazermos este tema é fazer do conhecimento, caminhos facilitadores ao trabalho do educador, que tem a tarefa de valor inestimável, em seu papel e em suas atribuições



pertinentes à educação. De modo algum está implícito neste trabalho a intenção de levar os educadores a atuarem dentro daquilo que é atribuição dos profissionais da saúde, como realizar diagnósticos ou terapias, com a compreensão que determinadas informações facilitam e ajudam o exercício da docência.

Contudo, certamente, compreender melhor a Saúde Mental, é essencial para que contribuamos com uma escola mais efetiva, acolhedora e fortalecedora de fatores de proteção para crianças, adolescentes e para os próprios adultos que ali convivem. Sendo assim, a Saúde Mental diz respeito à todas as pessoas envolvidas no espaço e tempo, das escolas e do mundo.

"Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas. Pessoas transformam o mundo" (Paulo Freire). E em um mundo cada vez mais complexo, nossa aprendizagem precisa ser contínua em prol das mudanças, da satisfação e do bem-estar desta e das gerações futuras. O conhecimento traz maior compreensão da realidade e liberdade para que as pessoas possam transformar o mundo.

Um abraço afetuoso e ótima leitura!



INTRODUÇÃO

A proposta de realizar um trabalho formativo, ainda que introdutório, sobre aspectos da Saúde Mental na Educação é espetacular, não só pela importância do tema para escola como um todo, mas por nos encontrarmos em um momento histórico de isolamento social, no qual as vulnerabilidades do ser humano vêm à baila trazendo uma especial atenção para emoções, sentimentos, estresse, dentre outros.

Na educação, enquanto professores, sabemos do esforço, das escolhas e do compromisso necessários para exercer a sapiência em resposta às suas complexas demandas. Mesmo sendo evidente a necessidade de tratar do assunto, educar para a saúde mental ainda é insipiente e até pouco tempo não se tinha a clareza científica da relação estreita entre a educação e a saúde. No entanto, há países onde a qualidade de vida, promoção da saúde e ações de prevenção são priorizadas no ensino com ganhos expressivos para os processos educacionais, assim como para a saúde e bem-estar de toda comunidade. O direito à educação e à saúde fazem parte da constituição brasileira, e temos muito a caminhar em prol da equidade e qualidade em ambos.

O termo “educar” tem origem em dois verbos latinos, assim como “*educare*” e “*educere*”. O primeiro significa orientar, nutrir; o segundo significa tirar de dentro, fazer brotar do cerne. Desta forma podemos entender que o educador deve orientar, permitir o fazer brotar do educando o que ele tem de melhor dele mesmo. Apesar desta ideia educacional ter sido desconhecida ao longo dos tempos, fazemos luz a sua essência que está na raiz de toda a educação. Podemos também absorver do termo “educador” a ideia da dor do processo de educar e ser educado. Dor não necessariamente se relaciona com a doença, mas com um processo de transformação. Educar a dor pode ser também educar os sentimentos e os comportamentos humanos, aqueles processos transformadores, libertadores e saudáveis.

Ainda emprestando da sabedoria grega, a chamada Paidéia (processo de educação na Grécia antiga), que tinha como objetivo formar um homem completo, integral, cuidando de seus múltiplos aspectos o que podemos entender que estamos falando de uma educação que pretende se ocupar de aspectos físicos, mentais, cognitivos, emocionais e sociais.

E todos os esforços voltados para uma educação de qualidade só faz sentido se houver a promoção da saúde integral e o bem-estar de cada indivíduo. Países como a Finlândia tiveram o crescimento de suas políticas públicas junto às políticas sociais onde o



bem-estar dos cidadãos é prioridade, o que passa tanto pela pedagogia quanto pela saúde mental dos cidadãos, nas escolas e fora delas (SAHLBERG, 2014). Relatórios da OCDE indicam que apenas 7% dos alunos finlandeses sentem-se tensos e ansiosos ao estudar matemática (OCDE, 2005, p. 138) em discrepância com a prática de ensino do Japão, que busca altos níveis de desempenho escolar, mas registra recordes de suicídio entre estudantes, e assim como a França apresentam mais de 50% dos alunos com tais sentimentos. Apesar do histórico de cada país, é sempre importante ter bons exemplos e aprender com experiências exitosas.

Temos muito a conquistar para que haja educação com excelência pautada na equidade social no Brasil por um lado, mas por outro, não podemos minimizar ou desvalorizar o caminho já percorrido.

Entre o passado e o futuro, nasce uma iniciativa de extrema valia, deixando evidente o grande salto na qualidade da educação pública quando esforços se voltam para a saúde da mente e das emoções no ensino público. Valores, ética, compromisso com a educação mais integradora, inclusiva e a evidência científica norteiam a demanda e os alicerces teórico-práticos para o vigente trabalho.



1 - A MENTE E A SAÚDE MENTAL

1.1. O que, afinal, é mente?

Para que possamos discutir o que é saúde mental é importante definir o que chamamos de *mente*. Apesar de ser um conceito que tendemos a compreender quase que instintivamente, sua definição pode ser muito variada. Às vezes, até confusa.

Essa não é exatamente uma resposta fácil, como sabemos. Muitos de nós pode compreender a mente como algo abstrato, etéreo ou mesmo do âmbito espiritual. Podemos nos perguntar também onde a mente se localiza e qual sua relação com o corpo. O fato é que este é um questionamento que o ser humano se faz ao longo da História.

Segue então um breve levantamento de como este termo surgiu e suas transformações ao longo do tempo. Também trazemos como o conceito de mente é compreendido atualmente nos campos da Neurociência, da Psicologia e da Psiquiatria, que são as principais áreas da Ciência que estudam a mente e o psiquismo.

| | |
|--|--|
| <p><i>GRÉCIA ANTIGA</i> (Sec. XI a.C até Sec. VII d.C)</p> | <p>Denominavam Psique o centro das emoções, pensamentos, crenças e impulsos. Como a medicina e a fisiologia eram pouco desenvolvidas, as relações entre a mente e o corpo voltavam-se mais ao aspecto filosófico. Com Hipócrates pela primeira vez há a associação do cérebro à mente e aos transtornos mentais.</p> <p>Platão, filósofo da Grécia Antiga, entendia que havia uma divisão entre o mundo dos sentidos e o mundo das ideias. Para ele, no cérebro residia a "alma imortal", o intelecto. O corpo, as emoções e os sentidos eram vistos como distorções na busca da verdade</p> |
| <p><i>IDADE MÉDIA</i> (476 - 1453 d.C)</p> | <p>O pensamento da civilização ocidental organizou-se em torno de dogmas religiosos rígidos (teocentrismo) e a Igreja perseguia quem tinha pensamentos divergentes dos ditados por ela. As doenças físicas ou mentais eram vistas como a manifestação no corpo do pecado, ou seja, de condutas contra os valores divinos, e a cura viria do arrependimento e da penitência</p> |
| <p><i>RENASCENTISMO</i> (1300 - 1600 d.C)</p> | <p>O homem volta a ser o foco (antropocentrismo) e a ciência se desenvolve rapidamente. René Descartes, pensador influente deste período, manteve a divisão entre corpo e mente, embora considerava que ambos se influenciavam mutuamente. Os sentidos eram sujeitos a erros, e a mente tinha por função pensar e descobrir a linguagem matemática da Natureza</p> |



A Mente ainda como sinônimo de Alma: durante o período das grandes navegações, o homem europeu encontrou habitantes nativos nas Américas. Por serem considerados tecnologicamente inferiores, mais integrados à natureza e não catequizados, havia dúvidas sobre a existência da alma nos indígenas.

As transformações sociais, a partir do Renascimento, fizeram a população ocidental migrar para as cidades, para trabalharem em fábricas, ao invés da vida no campo. Comunidades feudais se desintegraram neste processo, e a estrutura familiar passou a ter maior importância. Esta reorganização demográfica trouxe muitos conflitos sociais, dando origem a debates e o surgimento do campo da Sociologia. Também trouxe consigo demandas na área da saúde e foi o combustível para uma nova era nas Ciências, em especial na Psicologia, que surgirá como campo específico de conhecimento - o estudo do comportamento e da mente com seus aspectos subjetivos relacionados, como os pensamentos, as emoções e os sentimentos.

PAUSA: *Até então, vimos que as tentativas de explicação da mente humana, de nossos pensamentos, impulsos e desejos, pautaram-se muito em noções religiosas, primeiramente com os gregos e, influenciada por Platão no pensamento de Santo Agostinho, pela Igreja Católica. Ou seja, aquilo que nos torna humanos, diferentes do restante dos animais (como o raciocínio, o planejamento, a consciência), estava intimamente relacionado a noções divinas. A partir das descobertas de Galileu e Copérnico na Astronomia, Darwin e a Teoria da Evolução e Descartes trazendo a vida mental para primeiro plano, a comunidade científica europeia passa a gradativamente elaborar novas ideias sobre o que é a mente, seu funcionamento e sua relação com o corpo.*

FREUD E A REVOLUÇÃO DO INCONSCIENTE

Na segunda metade do século XIX, a ciência era fortemente influenciada por um modelo positivista, que buscava estabelecer relações de causa e efeito entre fenômenos e classificá-los. Na Medicina, isso significava analisar as doenças através da busca de causas fisiológicas, ou seja, o que no corpo estava fora de um padrão de funcionamento saudável. Isso também ocorria com as doenças mentais, muito exploradas pela Psiquiatria e a Neurologia, ramos da Medicina sendo consolidados neste momento histórico. É neste



momento que os transtornos passam a ser mais minuciosamente estudados e denominados - neuroses, psicoses, etc.

Também havia uma preocupação com o estudo da mente e seus segredos. A ideia de uma parte inconsciente da mente já fazia parte da Filosofia e da cultura popular e esforços em acessá-la vinham sendo desenvolvidos. Após tentativas, relativamente bem sucedidas com hipnose, Sigmund Freud (1856 - 1939), austríaco fundador da Psicanálise, encontrou no diálogo com suas pacientes uma ferramenta eficaz de tratamento.

A partir de seus minuciosos registros, Freud elabora uma versão de sua teoria da mente. Segundo ele, toda ação, desejo e pensamento seria proveniente de um impulso sexual redirecionado, havendo estruturas mentais específicas para este processo - o Id (nossos impulsos), o Ego (responsável pela mediação entre impulsos e as regras sociais) e o Superego (conjunto de regras sociais aprendidas). O ser humano, ao se organizar em sociedades, teve de reprimir instintos animais, substituindo-os por atividades mais produtivas e adequadas ao contexto em que estamos inseridos. Nossa mente reprimiria estes conteúdos inadequados, somente sendo acessíveis através de metáforas, expressões artísticas e atos falhos - deslizos e equívocos de linguagem, por exemplo. Segundo Freud, quando havia algum problema com este mecanismo, os transtornos mentais se desenvolveriam e através da associação que os pacientes faziam de seus sintomas com memórias reprimidas, predominantemente sexuais, era possível atingir a cura (Freud, 1990).

Freud acreditava que, com o avanço da neurologia, a expressão biológica dos fenômenos mentais que elaborou, seria encontrada. Esta ideia foi pioneira e a base de muitas pesquisas futuras.

Segundo Freud, descobrir que não somos mestres de nossos desejos e impulsos foi a terceira ferida narcísica que o ser humano sofreu. A primeira foi imposta por Copérnico, ao afirmar que o Universo não gira em torno da Terra, e a segunda por Darwin, que com a Teoria da Evolução equipara o homem ao restante do Reino Animal, não mais possuindo uma posição de destaque (FREUD, 1990).

A PSICOLOGIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL - A COMPREENSÃO DA MENTE A PARTIR DO COMPORTAMENTO

Provavelmente, o nome mais conhecido de uma corrente de pensadores e pesquisadores comportamentalistas, B. F. Skinner (1904 - 1990) lançou mão da



metodologia de pesquisa utilizada nas chamadas Ciências Naturais, como a Física e a Química. Esta abordagem propõe a observação e registro rigoroso do comportamento tal qual ele se apresenta e que mecanismos faziam o comportamento mudar.

Partindo desta abordagem, Skinner passou a conduzir experimentos com animais em laboratório, buscando constatar que leis que regem o comportamento, ao colocá-los em caixas experimentais (a famosa “Caixa de Skinner”) e observar as reações dos animais aos estímulos apresentados pelo experimentador.

Seu trabalho experimental com pombos e ratos o fez constatar a íntima relação entre as respostas destes animais a consequências positivas - acesso a água ou alimento, por exemplo - ou negativas - leves choques e outros estímulos negativos - apresentadas artificialmente pelo pesquisador. Assim, descobriu como os animais aprendem.

Afinal, como o pensamento se encaixa neste modelo? O que nos difere como humanos?

Skinner era um crítico do modelo mentalista da Psicologia, preferia não sugerir estruturas ou fenômenos que não constava em laboratório. Considerava o pensamento, o sentimento e a linguagem como qualquer outro comportamento. Segundo ele, o que diferenciava estes de ações mecânicas, como andar, manusear objetos, etc., era seu caráter encoberto, ou seja, não observável (Skinner, 1953).

Em 1974, Skinner escreve o livro *Comportamento Verbal*, no qual descreve a linguagem como um comportamento como qualquer outro, adquirido e mantido em função das consequências apresentadas pela vida do indivíduo. O *pensar*, segundo ele, seria o mesmo que *falar internamente*. No entanto, a capacidade de descrição de sequências de acontecimentos permitia ao humano uma habilidade inexistente nos outros animais: a de aprender pela descrição ou, posto de outra forma, *regras*. Esta habilidade permitiu ao humano o desenvolvimento da cultura. Não precisamos mais passar pelas experiências para aprender; podemos aprender com a experiência dos outros.

Mesmo afastando-se do conceito histórico de mente, a Psicologia Comportamental não ignora fenômenos cognitivos e emocionais. Quase em paralelo no tempo, é estudado o olhar para o fenômeno, para o ente, seu sentido, suas modificações e suas derivações a partir da Fenomenologia (HEIDEGGER, 1960, p.35).

Mas é nas relações entre o biológico e o comportamento que o pensamento e a cognição vêm sendo amplamente pesquisadas em conjunto com a neurociência.



A NEUROCIÊNCIA, O CÉREBRO E A MENTE

Mas afinal, de onde vem a Neurociência e qual sua relação com a mente?

A relação vem de muito tempo, quando as primeiras civilizações, localizadas no Egito, na Mesopotâmia, na Índia e na China, já desenvolviam ideias e conceitos sobre a mente e o cérebro humano. Para se ter uma ideia, o registro escrito mais antigo referente à palavra "cérebro" encontra-se em um papiro egípcio médico, datado em 1700 a.C., mas há indícios que pode ser de bem antes. Iniciava-se ali a história da ciência do cérebro (GROSS,1998).

Muitos foram os filósofos e médicos que contribuíram para o conhecimento acerca do cérebro ao longo da história, passando por Anaxágoras (500 a.C. - 428 a.C.) que propõe que o cérebro é o órgão da mente; por Hipócrates (460 a.C. - 377 a.C.), médico grego e considerado o pai da Medicina; Descartes que separa a mente do cérebro até chegar a evidências científicas de como este órgão é imperativo para a vida com consciência e aprendizados. É no séc. XX e XXI, que o neurologista português Marian Diamond e António Damásio, respectivamente, alguns dos representantes da neurociência moderna e tantos outros fazem descobertas incríveis aprofundando e clareando o entendimento das estreitas relações entre o cérebro, corpo, emoções e mente.

No século XX, com a invenção de máquinas de exames de neuroimagem, como tomografia e ressonâncias cerebrais, cada vez mais sofisticadas, o que permitiam acesso ao funcionamento cerebral de pessoas conscientes, colaborando para uma aproximação do que é a mente.

Graças a estas inovações tecnológicas, hoje a comunidade científica dispõe de dados de pesquisas confiáveis para compreender a interação entre cérebro e mente e que muitas estruturas e funções estão envolvidas nas mais variadas ações humanas, sejam elas observáveis ou encobertas, conscientes ou inconscientes.

Hoje, é consenso dizer que o cérebro está envolvido em toda ação humana. Nossos pensamentos, emoções, ações motoras e percepções do ambiente são processadas no cérebro, através de uma rede complexa de conexões entre células - os neurônios. No ponto de contato entre estas células, há substâncias químicas chamadas neurotransmissores, que regulam e estimulam estas conexões, que formam uma cadeia de sinais - as sinapses.



- Tudo o que uma pessoa faz, sente, pensa ou experimenta envolve o funcionamento de seu cérebro.
- A maioria das coisas que um cérebro faz depende de muitas partes diferentes do cérebro trabalhando juntas em "redes".
- O cérebro é composto de células (neurônios), de conexões entre as células (sinapses) e neurotransmissores.
- Os neuroquímicos ou neurotransmissores participam e colaboram para as diferentes partes do cérebro se comunicarem.(KUTCHER & WEI, 2015)

Praticamente, tudo que fazemos exige que diversas áreas do cérebro ajam em conjunto. A mente, portanto, é o resultado daquilo que se passa em nosso cérebro. O inverso também é verdadeiro: quando aprendemos uma habilidade nova, seja um esporte, uma língua ou a tocar um instrumento musical, estas ações provocam mudanças em nosso cérebro. Um é expressão do outro (HANSON & MENDIUS, 2012).

Entre a mente e o cérebro estão os prazeres e as dores humanas. Apesar de não existir consenso para as fronteiras entre mente e cérebro, pesquisadores e cientistas propõem definições, como a mente ser emergente de um corpo (cérebro) localizado dentro de um outro corpo (corpo propriamente dito) (DAMÁSIO, 1996).

E a consciência?

A mente está intimamente relacionada ao estado de consciência. O ser humano, até onde sabemos, é o único animal capaz de pensar sobre o próprio pensamento e sobre o próprio sentimento.

Reconhecer a mente é o início de todo o processo da saúde mental. Apesar do constructo sobre consciência estar em pleno foco de pesquisas e descobertas, sabe-se o quanto trazer a consciência aos fatos e vivências traz maiores recursos de enfrentamento aos desafios da vida e do processo de busca e encontros com a felicidade e o bem-estar. Mas, segundo Sidarta Ribeiro, um dos importantes neurocientistas brasileiros, já sabemos que consciência não é uma coisa nem um lugar no cérebro e sim um processo de fluxos iônicos distribuído por várias regiões cerebrais (GAILLARD & COLS, 2009).

António Damásio faz uso de alguns critérios para a explicação da consciência em seus diversos níveis, assim como o entendimento de *self* (sentimento de si) e seus estágios ou ainda vários espectros, uma vez que *self* e mente são aspectos necessários para a existência da consciência. Segundo este pesquisador, é impossível existir um pensamento



que viesse antes de um corpo, ou melhor, sem um corpo não há possibilidade de haver uma mente (DAMÁSIO, 2000). A consciência é um importante instrumento do nosso organismo que nos proporciona uma melhor compreensão sobre o porquê das nossas ações cotidianas e o quanto essas ações afetam nossa vida e a vida dos demais que convivem em nosso meio. A consciência é, sem dúvida, um termo ainda muito complexo.

1.2. Como compreender o que é Saúde e o que é Transtorno Mental?

A Saúde Mental tem sua história vinculada às diferentes visões que as sociedades têm da “loucura”. Já foi tida como manifestação divina na Grécia Antiga, como heresia e possessão por espíritos malévolos que carece de exorcização, desde a era medieval até hoje. Na época Renascentista, e ainda hoje, “loucos” juntam-se com mendigos e prostitutas como pessoas que devem ser afastadas dos olhos das cidades, surgem então os manicômios ou instituições similares.

Há diferentes definições sobre o que seja Saúde Mental e pode não ser tão simples de definir, uma vez que trata de uma dimensão subjetiva. De modo geral, as definições encontradas associam a Saúde Mental à capacidade para lidar com os desafios da vida, tanto positivos quanto negativos. Envolve habilidades cognitivas, emocionais, de comunicação e comportamentais que são desenvolvidas desde a infância, fazendo com que nos tornemos cada vez mais capazes de lidar com circunstâncias mais e mais complexas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (1948) define a saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de doença ou de fragilidade física ou mental. Do mesmo modo, esta organização entende que a Saúde Mental é mais do que a ausência de transtornos mentais. É o estado de bem-estar no qual um indivíduo realiza suas próprias habilidades, consegue lidar com as tensões normais da vida, trabalhar de forma produtiva, manter relações interpessoais saudáveis, formar vínculos afetivos e fazer contribuições à sua comunidade.

Transtornos mentais não são decorrência de desvios de caráter, fraqueza pessoal, frescura, preguiça, etc. Ainda precisamos desmistificar o transtorno mental e colocar o foco na pessoa que sofre, muitas vezes tendo que mascarar seus sentimentos e sintomas.



Podemos dizer que não há um conjunto de regras único que se aplique a todas as pessoas, em todas as culturas que delimitam a boa Saúde Mental. Mas há alguns aspectos considerados fundamentais para que ela exista:

- Boa qualidade de vida cognitiva
- Conseguir apreciar a vida
- Estar de bem consigo mesmo e com os outros
- Reconhecer as exigências da vida e lidar com elas
- Saber lidar com as emoções (agradáveis e desagradáveis)
- Reconhecer seus limites
- Buscar ajuda, quando necessário

(SANTANA & ROSA, 2016)

Quando um ou mais aspectos estão comprometidos de modo que produza efeitos negativos na vida da pessoa e dos que estão a seu redor, podemos dizer que há um transtorno mental.

As diversas áreas da Ciência que estudam a mente e os transtornos mentais estão, como outras áreas, em constante evolução. Sendo a mente humana algo tão complexo, a compreensão sobre os transtornos mentais também se transforma ao longo dos estudos e novas descobertas científicas.

Mas, podemos dizer que os transtornos mentais, de um modo geral:

- Envolvem distúrbios de emoção, pensamento e/ou comportamento;
- Derivam de perturbações na função de vários circuitos cerebrais;
- Surgem de uma complexa interação entre fatores genéticos e ambientais;
- Podem variar de intensidade;
- Levam a comprometimento funcional (interpessoal, social, profissional etc.);
- Respondem a tratamentos baseados em evidências científicas fornecidos por profissionais treinados.

(KUTCHER & WEI, 2015)

O que os transtornos mentais **não** são:

- As consequências do mal exercício da parentalidade ou do mau comportamento;
- Resultados de fraqueza pessoal, de personalidade ou de caráter;
- Manifestações de intenções espirituais malévolas;
- Causados por má nutrição;
- Causados pela pobreza ou por um estilo de vida.

(KUTCHER & WEI, 2015)



Há uma ampliação no entendimento sobre o conceito de saúde mental, indo além de conceitos biológicos e que também inclui a interação entre componentes genéticos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais.

Podemos dizer que o processo entre saúde e doença tem um limiar tênue e que nenhuma pessoa é 100% saudável ou 100% doente, sendo necessário reconhecer o impacto dos fatores psicossociais na produção da doença mental.

O transtorno mental está associado a um ou mais distúrbios em seis domínios principais da função cerebral:

- Pensamento
- Percepção
- Emoção
- Comunicação
- Físico
- Comportamento

O transtorno mental envolve a perturbação em uma ou mais funções cerebrais. No entanto, nem toda perturbação nestas funções significa a existência de um transtorno mental.

Então, é preciso entender que nem todo sintoma ou queixa psíquica se traduz em um transtorno, nem representa necessariamente um diagnóstico. Alguém pode se queixar de tristeza e não estar deprimido, pode sentir ansiedade importante e não ter síndrome do pânico, ser um pouco distraído e não ter Transtorno de Déficit de Atenção.

Os transtornos mentais são muito variáveis. O indivíduo pode apresentar um transtorno mental, como por exemplo, um transtorno de ansiedade leve e, mesmo assim, levar uma vida produtiva. Há casos de transtorno mental em que os sintomas ocorrem de forma intermitente, de forma que o sujeito passa longos períodos sem apresentar sintomas e levando uma vida normal. Porém, há também casos mais graves e incapacitantes com prejuízos para o indivíduo, família e comunidade.

As pesquisas em saúde mental apresentaram uma mudança de enfoque nas últimas décadas:

- Tradicionalmente, os estudos focavam, sobretudo, os transtornos mentais, o que trouxe um maior conhecimento sobre os mesmos e as possibilidades de tratamento.



➤ A produção de conhecimento sobre saúde mental evoluiu rapidamente nas últimas décadas. Isso influenciou a criação e revisão de diagnósticos, possibilidades de tratamento ao mesmo tempo que identificou, sob esses critérios, prevalências muito altas de transtornos mentais na população e estimulou o uso de medicamentos. Hoje questiona-se certo exagero em patologizar algumas emoções e comportamentos dissonantes para a cultura e costumes de determinada sociedade e contexto. Ganham espaço os estudos e conhecimentos sobre como promover saúde e bem-estar.

Este novo entendimento enfatiza a importância do cultivo da saúde mental em todos os indivíduos e não só naqueles que tenham o diagnóstico de transtorno mental ou maior risco de desenvolver um transtorno.

A promoção da saúde mental visa ao fortalecimento de aspectos saudáveis do indivíduo por meio de ações que estimulem as potencialidades do sujeito.

No Brasil, a partir da década de 1980, na esteira de tendências internacionais, começa-se a pensar em mudanças no atendimento psiquiátrico, até então apoiado em um modelo que priorizava a internação em manicômios dos portadores de transtornos mentais graves, isolando-os da sociedade. Muito se lutou para o fim dos manicômios e todo o aparato legal que o justificava. Para além do fim da estrutura física dos manicômios se queria também o fim de toda uma prática que negava ao indivíduo com transtorno mental os direitos humanos básicos. (LUCHMANN & RODRIGUES, 2007)

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi um movimento de contestação e enfrentamento da lógica manicomial. A Reforma foi mais do que a mudança na organização dos serviços de Saúde, foi uma forma de tirar pessoas de porões dos grandes hospícios, junto com toda violência deles, trazendo-as para a comunidade.

Graças a reforma psiquiátrica, hoje podemos falar sobre as nossas emoções e transtornos mentais abertamente, ainda que lutemos contra inúmeros preconceitos.

Mas, como cuidar da nossa Saúde Mental?

Cuidar da saúde mental é possível, muitas vezes, com ações simples, como mudança de hábitos e desenvolver algumas habilidades. Ações precoces neste sentido são fundamentais para aumentar os fatores de proteção de crianças e adolescentes, fortalecendo sua capacidade de resiliência, de lidar de modo mais saudável com os desafios da vida e de se desenvolver da melhor forma possível.



A OMS elegeu o sono, os exercícios físicos e aumentar as habilidades emocionais para lidar melhor com o estresse como os pilares fundamentais para a promoção da saúde mental.

Outro exemplo de ação promotora de saúde mental é o treinamento de habilidades socioemocionais, reconhecido como uma maneira eficaz de promover a saúde mental.

Este aprendizado pode acontecer por toda a vida. E pode iniciar na escola, a partir de ações intencionais e sistemáticas com este fim, assim como a partir das interações com os demais, que servem como modelo para que crianças e adolescentes aprendam maneiras mais positivas para se relacionar, resolver problemas, comunicar-se, lidar com divergências e conflitos, trabalhar em equipe, entre outros.

1.3. Qual a vulnerabilidades para o transtorno mental nas diferentes fases do desenvolvimento infanto-juvenil?

Em 2005, a OMS definiu saúde mental na infância e na adolescência como a capacidade de se alcançar e se manter um funcionamento psicossocial e um estado de bem-estar em níveis ótimos. Um estado que auxilia o jovem a perceber, compreender e interpretar o mundo que está a sua volta, a fim de que adaptações ou modificações sejam feitas em caso de necessidade. A OMS também definiu transtorno mental como “a dificuldade que uma criança pode ter de alcançar um nível ótimo de competência e funcionamento”.

Paralelamente a tal funcionamento psicossocial, encontramos o desenvolvimento cognitivo e emocional que são muito importantes quando falamos de crianças, adolescentes e suas demandas. Entender que a cada faixa etária, compreende características do desenvolvimento físico, cognitivo, social e emocional e que o cérebro é bastante plástico, ou seja, apresenta neuroplasticidade para responder e ser influenciado pelo meio, confirmando bons horizontes para a educação escolar.

Mas o que é plasticidade neural? É a característica do cérebro que muda e adapta-se química, física e funcionalmente em relação ao ambiente, aos seus estímulos e circunstâncias (JENKINS & MERZENICH,1992).

Importante sabermos que a grande capacidade do cérebro em aprender, desenvolver e se recuperar insere potencial tanto para promover quanto para limitar, por isso a importância de uma boa e saudável ação educacional.



O cérebro, órgão imbricado na mente e vice-versa é palco onde neurotransmissores e hormônios ajudam a promover transformações no corpo e na mente tanto das crianças quanto dos adolescentes.

Na infância podemos atribuir uma especial atenção à importância de exercitar o autocontrole dos impulsos. Muitos estudos apontam a necessidade do treino desta habilidade não só para alcançar melhor aprendizado escolar mas minimizar problemas de saúde mental e alcançar outros aspectos de grande valia, como saúde e prosperidade (MOFFIT, 2006). A habilidade do autocontrole já é presente no cérebro infantil e comportamentos de crianças próximas aos 4,5 anos de idade, evidenciam que aqueles que apresentavam maior capacidade de controlar seus impulsos poderiam ter melhores desfechos no comportamento e aprendizado (MISCHEL, 1989). Ademais, as habilidades intituladas funções executivas, tais como atenção, memória operacional, flexibilidade e autocontrole dentre outras, podem ser treinadas em prol da saúde integral do indivíduo.

Costuma-se atribuir à segunda infância uma imperativa mudança nos hormônios; à pré-adolescência são atribuídas mudanças tanto nos hormônios quanto nos neurotransmissores e já na adolescência, os neurotransmissores "comandam" grandes modificações, principalmente no comportamento.

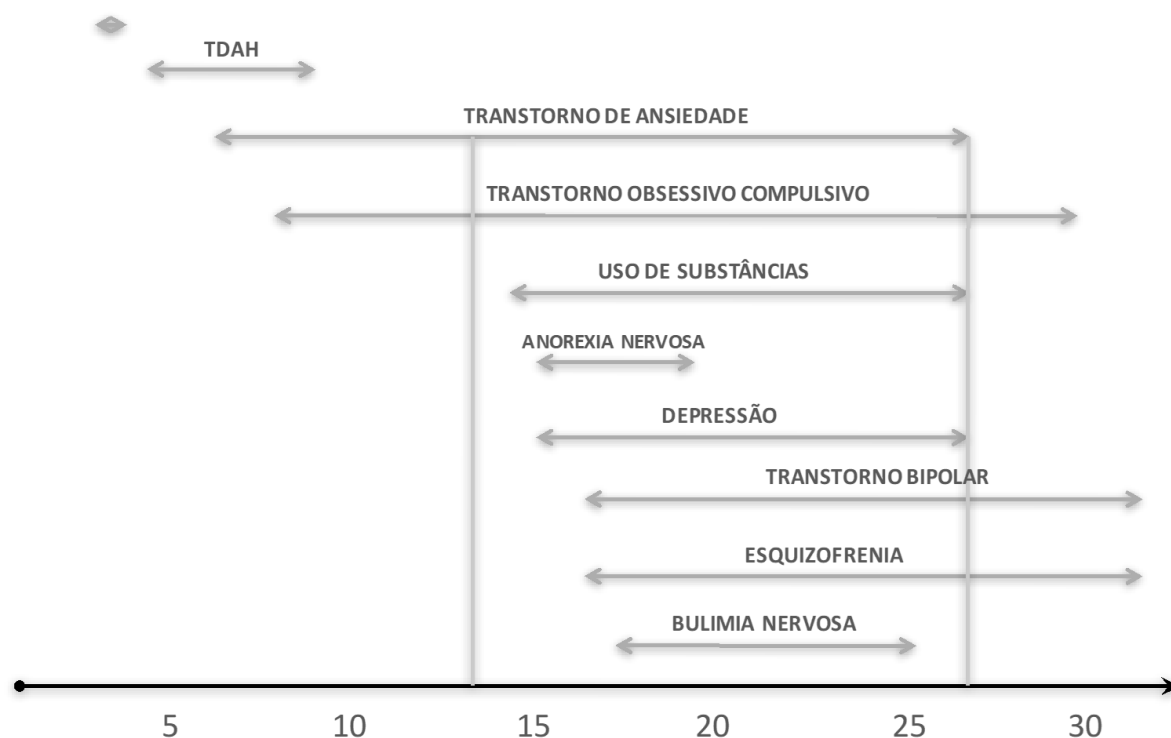
É também possível compreender o comportamento do adolescente por meio das alterações na circulação de dopamina (neurotransmissor relacionado ao prazer) nas regiões relacionadas ao circuito da recompensa, fazendo com que o jovem às vezes demonstre irritação, maior sensibilidade às situações afetivas ou maior impulsividade (HERCULANO-HOUZEL, 2005). Portanto, se faz necessário criar um ambiente que o desafie, que o permita questionar, interagir, participar, pois essas ações colaboram no engajamento, motivação e humor. Importante compreender que muitas reações do adolescente dizem respeito às transformações próprias de seu amadurecimento, como tomar decisões mais baseadas nas emoções.

Estudos apontam a infância e adolescência como um momento vulnerável para o surgimento de alguns transtornos mentais, mas, igualmente, muito fértil para mudar rotas, caminhos de transtornos ou doenças.

A seguir uma tabela que indica as idades de maior prevalência para o início dos transtornos mentais mais comuns. A proposta é compreendermos que os sinais de alguns dos transtornos mentais acontecem na infância e adolescência e que a depender também do ambiente, ou seja dos estímulos, cuidados e condutas, é possível mudar o curso de patologias.



IDADE DE INÍCIO DOS TRANSTORNOS MENTAIS



Esta tabela é uma das representações, onde a barra com os números representam as idades (5,10,15,20,25,30 anos), dos dados e estudos de Kessler RC. The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders. Cambridge University Press, 2008.

O conhecimento e a experiência do professor contribuem para perceber discrepâncias de comportamento que podem se manifestar entre crianças e jovens, podendo fazer encaminhamentos precoces, que são favoráveis para que os transtornos mentais não se agravem e outras vezes, que nem ocorram.

É importante saber que entre a saúde e a doença mental existe um grande espectro, que inclusive na escola, podemos, com informação e olhar cuidadoso, criterioso, alterar para bem, o desfecho dos problemas de ordem mental. Cada vez mais a Ciência entende alguns processos de adoecimento, mas muito ainda se tem a descobrir.

O relevante para a educação é a compreensão de que a escola pode ser um espaço riquíssimo de promoção da saúde mental e que lá é possível identificar sinais que possam servir como alertas para Lembraremos sempre que atores escolares não são psicólogos ou médicos e que não têm a função de diagnosticar, tampouco tratar, mas pelo fato de



terem a convivência com a criança ou jovem, na maioria das vezes, maior do que sua própria família, além de terem a possibilidade de compararem com outros da mesma faixa etária, permite o reconhecimento de muitos elementos de identificação de possíveis dificuldades ou problemas para serem alertados e encaminhados pela escola à especialistas.



2 - EMOÇÕES NA ESCOLA

Nós, educadores, certamente já ouvimos falar em nossa formação e percebemos em nossa experiência que as emoções estão presentes na escola em vários âmbitos e afetam, de alguma forma, a aprendizagem dos alunos.

2.1. Qual a relação entre as emoções e a saúde mental?

Se observarmos com mais atenção o que acontece quando somos tomados por uma emoção, podemos concluir que as emoções estão relacionadas com o sentir, o pensar e o agir. São estados afetivos frente a situações externas ou experiências internas que nos mobilizam, gerando reações fisiológicas, pensamentos e comportamentos. As emoções se relacionam com a racionalidade, a tomada de decisão e com a aprendizagem, tanto de maneira positiva como negativa.

A maneira como lidamos com nossas emoções tem grande impacto sobre a qualidade dos relacionamentos que estabelecemos, com nosso comportamento social, desempenho acadêmico, profissional e com a saúde física e mental.

Podemos chamar de saúde emocional, a capacidade do indivíduo de lidar com o universo emocional de forma saudável. Implica em reconhecer em si e nos outros emoções agradáveis e desagradáveis e saber lidar com elas de maneira positiva, reconhecendo que as emoções guiam as nossas ações no mundo físico e social, percebendo e avaliando suas consequências.

Nesse sentido, a saúde emocional envolve o desenvolvimento da competência emocional do indivíduo. Atualmente, temos o conhecimento de que a competência emocional pode ser treinada e desenvolvida, promovendo maior saúde emocional que se traduz em mais recursos internos para lidar com os desafios da vida e maior resiliência, ou seja, capacidade de superar as dificuldades que se apresentam.

Para desenvolver a competência emocional precisamos treinar e aprender um conjunto de habilidades, comportamentos e atitudes frente às nossas emoções e a de outros, o que inclui capacidades sociais. Estas então compõem o conceito das competências socioemocionais, que nas últimas décadas têm se mostrado bastante



importantes para o desenvolvimento, o sucesso e o bem-estar das pessoas frente a um contexto social mundial que se torna mais complexo e com transformações frequentes.

Segundo a CASEL (2019), organização não-governamental norte americana, envolvida com a aprendizagem socioemocional na educação, a competência socioemocional pode ser compreendida a partir de cinco dimensões:

(1) Autoconhecimento: diz respeito ao reconhecimento das próprias emoções, valores, auto eficácia e limitações. Envolve habilidades como percepção e reconhecimento das próprias emoções, consciência de seus aspectos fortes e de suas fragilidades.

(2) Autogerenciamento: está relacionada à capacidade de autogerenciamento de comportamentos e emoções a fim de se atingir uma meta. Orienta a motivação interna, a disciplina e a persistência frente a desafios. São habilidades desta dimensão a organização, a persistência, o humor e a criatividade.

(3) Percepção social: está ligada ao cuidado e à preocupação com as outras pessoas, assim como à capacidade de perceber a emoção do outro e aceitar sentimentos diferentes do seu. Fazem parte deste aspecto a habilidade de apreciar a diversidade e de respeitar os demais.

(4) Relacionamento interpessoal: baseada na formação de parcerias positivas, pautadas pelo compromisso, pela cooperação, pela comunicação efetiva e pela flexibilidade na negociação de acordos, possibilitando que a pessoa lide satisfatoriamente com conflitos que possam surgir. Saber solicitar e prover ajuda e trabalhar em grupo são habilidades subjacentes a esta dimensão

(5) Tomada de decisões responsável: conseguir identificar verdadeiros problemas, analisar e refletir sobre a situação e sobre as consequências de suas decisões. Envolve, entre outras, a habilidade de resolução de problemas através de atitudes baseadas em preceitos éticos, morais e com fins construtivos (CASEL, 2019).

Todas essas dimensões associam-se à competência de lidar com as emoções e as relações sociais de modo mais favorável, o que leva à saúde emocional.

Para o indivíduo alcançar um “...funcionamento psicossocial e um estado de bem-estar em níveis ótimos...” é importante que aprimore estas competências que irão auxiliá-lo a desenvolver e manter relacionamentos sociais positivos, ter maior capacidade de gerenciar seus pensamentos, motivações e ações em prol de seus objetivos, habilidades que compõem fatores de proteção à saúde mental e minimizam os fatores de riscos, que poderiam desencadear transtornos mentais mais sérios.



Vale ressaltar que as habilidades para lidar melhor com as emoções e com as relações podem ser ensinadas e aprendidas. As crianças e jovens aprendem com situações de interação social significativas, com ações intencionais para o ensino e pelo modelo dos adultos à sua volta.

A falta de saúde emocional pode contribuir e se associar ao processo de adoecimento mental. Neste contexto, as emoções podem acontecer em intensidade maior, duração amplificada ou mesmo em descompasso com a circunstância que a gerou, trazendo um grande sofrimento à pessoa e podendo afetar sua funcionalidade, uma vez que ela pode ter dificuldades em realizar as atividades comuns do cotidiano, como estudar, trabalhar e se relacionar nos diversos grupos dos quais faz parte.

2.2. Autoconhecimento emocional e autocuidado: quais as iniciativas possíveis ao indivíduo em prol de sua saúde mental?

Quando nos referimos à dimensão emocional dos alunos é muito importante que, como educadores, pensemos em como nós mesmos lidamos com nossas emoções.

Como dissemos, competências para lidar melhor com as emoções e com as interações sociais podem ser ensinadas e aprendidas e a escola é um ambiente fundamental para que as crianças e jovens desenvolvam estas capacidades. O educador será uma referência positiva para os seus alunos aprenderem a lidar melhor com as emoções e com os relacionamentos se ele próprio buscar seu aprimoramento emocional e assim, cuidar da sua própria saúde emocional.

É importante lembrar que a saúde emocional envolve lidar com as emoções e sentimentos agradáveis e mesmo cultivá-los – como a alegria, o divertimento, a gratidão, a compaixão – mas também saber lidar com as desagradáveis – como a tristeza, a raiva, o medo, a solidão, a inveja e a culpa. Desse modo, é um equívoco entender que a saúde emocional seja “não sentir” emoções desagradáveis ou “ruins”, mas sim aprender a lidar com todas elas.

Todas as emoções têm aspectos positivos e negativos e todas elas enriquecem nossa experiência, trazendo mais significado e amplitude para o que vivemos. Conhecer mais e aprender a lidar melhor com todas elas faz com que sejamos mais felizes e mais saudáveis emocional e mentalmente.



Um dos caminhos para sermos saudáveis é assumirmos um compromisso conosco, fomentando ações favoráveis à nossa saúde não só física, como emocional e mental. Segundo o Ministério da Saúde, o cuidado que alguém presta a si próprio com o objetivo de obter maior bem-estar e promover a própria saúde é chamado de autocuidado. O princípio fundamental do autocuidado é o indivíduo ser o responsável por mudanças na própria vida que levem à melhoria ou à manutenção da saúde.

Em relação à saúde emocional, o autocuidado passa necessariamente pelo autoconhecimento emocional. Este autoconhecimento relaciona-se com:

- Perceber as próprias emoções.
- Ser capaz de identificá-las e nomeá-las, ou seja, poder entender que tipo de emoção e sentimento o está afetando em certo momento.
- Observar suas reações mais comuns às emoções e as consequências destas reações em si e no ambiente, buscando ampliar seu repertório emocional, aprimorando diferentes maneiras de lidar com as emoções adequadas às diferentes circunstâncias.
- É preciso observar e buscar ter maior consciência sobre as próprias emoções e sentimentos, percebendo e identificando o que se está sentindo, o porquê e analisar os impactos de suas ações e comportamentos gerados por estas emoções. Também avaliar as maneiras de lidar com o estresse, com os desafios e com as frustrações.

O autoconhecimento emocional ajudará o educador a identificar quais são seus pontos fortes neste âmbito e os pontos que precisam de aprimoramento. Diferente do que se acreditava, hoje a ciência mostra que o adulto pode continuar a aprender e a desenvolver diversas capacidades que contribuirão para sua saúde e seu bem-estar. Este é um trabalho de autodesenvolvimento que prossegue por toda a vida e que vai nos tornando cada vez mais capazes de lidar com diferentes circunstâncias, pessoas e desafios, assim como tem enormes impactos positivos em nossa qualidade de vida e felicidade.

Além do autoconhecimento, o autocuidado para a saúde emocional e mental envolve adquirir alguns hábitos que contribuem para melhorar o estado emocional e para diminuir os níveis de estresse, afetando diretamente a saúde mental:

- **Prática de atividade física regular:** além de todos os benefícios para a saúde física, a prática regular de exercícios físicos é considerada hoje fundamental para a saúde emocional e mental, já que libera substâncias que diminuem os níveis do estresse e aumentam a sensação de bem-estar;



- **Sono de qualidade:** número suficiente de horas de sono e em horário regular diminuem a irritabilidade, melhora o humor e auxilia na regulação endócrina, com reflexos positivos em vários aspectos da saúde;
- **Alimentação saudável:** a alimentação saudável, variada, com mais alimentos naturais e menos açúcar, frituras e alimentos processados/industrializados é fator que interfere diretamente no bem-estar e na saúde emocional e mental;
- **Práticas meditativas e/ou contemplativas:** contribuem para a maior percepção das emoções, diminuem a ansiedade e os afetos negativos e aumentam os afetos positivos. Hoje há aplicativos gratuitos para celular com práticas de meditação guiada que começam com poucos minutos. O importante é experimentar!

2.3. Como a frustração, a ansiedade e o estresse afetam a saúde mental?

Estresse

Já faz tempo que a palavra “estresse” permeia constantemente nosso vocabulário. Adultos e até crianças a utilizam para dizer o quanto estão cansados e exaustos devido a situações e tarefas. Mas é importante compreendermos o que de fato diz respeito ao vocábulo e bem como ao seu conhecimento advindo da ciência do corpo e da mente.

O termo “stress” surgiu para nomear um aspecto específico da “Resistência física de Materiais”, como a pressão ou tensão envolvida no aço que recebe muito calor e depois volta ao seu estado “normal”. Do inglês *stress*, passou ao português estresse, juntamente com a extensão de seu significado, para os aspectos psicológicos e físicos do organismo humano.

Todo organismo para ser saudável experimenta o estresse justamente por lidar com situações e condições que requisitam mudanças e adaptações.

O significado de estresse, desta forma então, caracteriza um mecanismo fisiológico do organismo que é imperativo para a sobrevivência. Vamos recorrer ao passado longínquo da espécie humana, quando nossos antepassados viviam nas cavernas: se estes não reagissem imediatamente, ao se deparar com um lobo ou um tigre, por exemplo, nós não estaríamos aqui, escrevendo e lendo estas informações. Logo, existimos porque nossos ancestrais se estressavam, ou ainda, porque aconteciam reações fisiológicas mediante um perigo, assim como o enfrentamento de uma fera ou da fuga à ela. Essas reações



fisiológicas que envolvem circuitos neurais e físicos são provocados por estímulos que, por sua vez, ativam substâncias químicas, dentre as quais os hormônios, assim como o cortisol e a adrenalina.

Com o tempo passaram a existir outros estímulos que nos levavam a vivenciar este fenômeno tão imprescindível para a manutenção do equilíbrio da mente e do corpo. Isto também acontece quando levamos um susto ao caminharmos distraidamente e um carro freia em nossa frente fazendo barulho. Levamos um susto, o coração vai acelerar, é possível ficar com a boca mais seca, o corpo mais enrijecido. Sim, são defesas automáticas que todo ser humano dispõe em prol de sua segurança, equilíbrio e proteção. (SADIR et al, 2010).

Sendo assim, é relevante entendermos como o cérebro e o corpo se coordenam para as respostas mediante o ambiente e, para tanto, apresentamos 3 tipos de estresse que fazem parte do repertório do organismo humano:

- **Estresse positivo:** é o estresse normal e desejável, que acontece, por exemplo, quando o aluno está na véspera de uma prova, ou quando a criança está excitada pela proximidade ao seu aniversário, ou ainda quando está com muita fome em um dado momento.
- **Estresse tolerável:** quando passamos por uma situação adversa, como um acidente de carro, quando adoecemos, quando enfrentamos um evento como uma enchente, mudança grande de vida com a mudança de cidade, escola, amigos, etc.
- **Estresse tóxico:** é o estresse intenso e que dura muito tempo, como quando alguém sofre abuso, é negligenciado, ou passa a viver em ambientes marcados por violências.

(Baseado no material do Alberta Family Wellness.org)

Mais recentemente temos o exemplo da experiência de uma pandemia devido ao coronavírus que, inevitavelmente, nos levará a maior cansaço, irritabilidade e alguns dos tipos de estresse citados acima.

Podemos aprender a reconhecer o que nos causa estresse para ajustarmos nosso comportamento, fazermos outras escolhas e nos autorregular para a saúde integral e para um maior bem-estar.

É preciso aprender a criar estratégias para reagirmos de modo mais conveniente e adequado diante dos problemas, das faltas e dos desafios do dia a dia. Do contrário, poderemos apresentar sinais de cansaço e que, se persistente, pode afetar os sistemas



imunológico, endócrino e nervoso. E mais ainda, poderá afetar o comportamento, o aprendizado e até levar ainda a um estado de exaustão, caso se mantenha no tempo e com intensidade.

Entender que o baixo rendimento de um aluno, pode ter relação com o estresse nocivo que ele possa estar vivendo é importante para adotarmos algumas estratégias compensatórias, compreensivas e também de estimulação.

Já falamos sobre a plasticidade cerebral que possibilita modificações, ajustes e reparos que suportam a aprendizagem. O cérebro é capaz de se alterar nos seus aspectos químicos, estruturais (conexões entre neurônios) e funcionalmente. Comportamentos mudam nosso cérebro, e estas mudanças acontecem durante toda vida, mais facilmente na adolescência e, mais ainda, na infância. Então, por um lado o estresse nocivo atrapalha o desenvolvimento e aprendizado da criança ou adolescente, por outro, se estimulado e motivado podemos contar com a neuroplasticidade e promover suas habilidades e competências.

O estresse do educador também conta nessa equação de promoção da aprendizagem do aluno. Fica fácil imaginar e evidenciar que se o educador fica muito estressado, além de prejudicar sua própria saúde, irá comprometer a qualidade de suas aulas e conseqüente aprendizado de seus alunos. (JONES, et al., 2013; LIPP, 2003)

O estresse tem sido estudado como fator que pode afetar significativamente a saúde ocupacional, trazendo conseqüências importantes para a qualidade de vida (QV) e para a sensação de bem-estar do ser humano (KYRIACOU,2001).

Sabemos o quanto as transformações da sociedade, do trabalho, do ambiente escolar além das cobranças individuais têm levado ao adoecimento por estresse, pois o trabalho é visto de forma diferenciada entre os profissionais. Para alguns, o trabalho é visto e percebido como sofrimento, fadiga e para outros, como fonte de equilíbrio, prazer (DEJOURS,1994).

Logicamente, precisamos considerar as características dos ambientes, como aqueles mais propícios, mais desafiadores, que demandam mais.

Não existe uma fórmula para minimizar o estresse ou mantê-lo nos níveis ideais, tanto do aluno quanto do professor, mas com certeza podemos aprender e ensinar a lidar melhor com as situações que nos causam esse desgaste.



Cultivar competências emocionais, como por exemplo a resiliência, é salutar. Segundo pesquisadores, é um processo que a pessoa apresenta frente a estressores ao encontrar riscos ou dificuldades que pode desencadear respostas saudáveis de enfrentamento. Para tanto, utilizando-se de recursos aprendidos e/ou disponíveis no ambiente como forma de superar os desafios, diminuindo as consequências negativas de maneira a traduzi-las em bem-estar e aprendizagem. (ZANELATO & CALAIS, 2010)

Quem é mais resiliente a fatores estressantes adocece menos, inclusive mentalmente.

Importante lembrarmos que cada indivíduo é único, indiviso e diverso, que cada qual vai reagir diferentemente às situações. Por exemplo, mesmo irmãos gêmeos terão modos diversos de encarar um mesmo desafio, levando a níveis próprios de estresse. São vários os fatores que também colaboram para como o indivíduo reagirá ao estresse, assim como sua personalidade, seu temperamento, seu aprendizado.

A caracterização do fenômeno de estresse depende também da percepção do indivíduo em avaliar os eventos como estressores. Portanto, o processo cognitivo tem uma importância fundamental no que ocorre entre os estímulos potencialmente estressores e as respostas do indivíduo a eles.

O estresse então é um fenômeno natural, que pode ser aprendido para ser reconhecido e minimizado. Aprender a reconhecer uma emoção, comportamento ou sentimento que leva ao estresse é bastante indicado. Promover o autoconhecimento para perceber, identificar e manejar o estresse ou ainda, as situações estressantes, é mais que desejável, é saudável.

Ansiedade

Do latim *anxietas.atis*, é sinônimo de anseio, impaciência, aflição, receio, agonia, angústia e até medo em muitos dicionários. Vários são os termos usados como expressões para se referir à sensação de ansiedade. E é, atualmente, um dos vocábulos mais usados para expressar sentimentos e comportamentos do ser humano.

São muitas as razões desta palavra estar tão presente nos dias de hoje, haja vista o Brasil ter sido indicado como o país que mais “sofre “de ansiedade. (MANGOLINI et al, 2019)

Mas, veja que interessante, o ser humano, ao longo de sua evolução como espécie, foi precisando adaptar-se fisiologicamente para o enfrentamento das situações vividas, as quais foram gerando um conjunto de reações, processos e estados que envolvem o



organismo como um todo, ou seja, tanto o corpo quanto o cérebro. E o estado emocional da ansiedade é produto dessa evolução. Logo, experimentar a ansiedade é normal e também desejável.

A ansiedade, e como verá mais adiante, a frustração são alguns dos estados emocionais que acontecem tanto no corpo quanto no cérebro, em resposta aos estímulos do meio ambiente.

Apesar de se parecer com a emoção primária do medo, que é uma reação mais automática, é diferente e recebem o “título” de “estado”. O medo é uma emoção muito rápida já a ansiedade pode durar muito mais tempo, até nos levar ao sofrimento mental e às doenças ou patologias, como mencionado anteriormente.

É importante saber que temos emoções que são inerentes a nossa vontade e que nosso esforço deve ser em prol da percepção, identificação e manejo das mesmas.

Segundo o neurocientista Antônio Damásio, as emoções primárias e as secundárias são as primeiras reações neurofisiológicas e são compartilhadas por todos os humanos. As emoções primárias são aquelas tratadas pelos trabalhos de Darwin e de seus seguidores, que são: Alegria, Tristeza, Medo, Raiva, Surpresa e Repugnância (nojo). Mas um outro pesquisador, Paul Ekman, importante psicólogo, defende a existência de sete emoções (Raiva, Alegria, Tristeza, Surpresa, Medo, Desprezo e Nojo).

A ansiedade vem de mãos dadas com o medo, pois ambos envolvem reações e comportamentos frente a uma ameaça. Mas a ansiedade pode ser compreendida como uma sensação de medo, de ameaça, um desconforto ou uma preocupação que dura no tempo e que se refere mais aos pensamentos do que uma ameaça física que acarreta impossibilidade da vivência do tempo real, do tempo presente. O medo advém de uma ameaça clara e evidente e a ansiedade de uma expectativa, de pensamentos relacionados com o futuro. (MARGIS, COSNER & SILVEIRA,2003)

Tanto o medo quanto a ansiedade envolvem reações e comportamentos frente a uma ameaça, portanto perceber sua ocorrência amplia nossa consciência e melhores formas de lidar com as sensações que nos atrapalham. É um mecanismo adaptativo, que contribuiu para que nossos antepassados tivessem recursos mais eficientes para lidar com situações que poderiam representar risco para sua sobrevivência. No nosso tempo, a ansiedade também mobiliza nossos recursos para lidar com perigos – que são muito menos



frequentes em comparação aos primórdios da existência humana – contudo, ocorrem também mediante situações que representam risco e perigo de ordem mental e emocional.

A origem desse desconforto nem sempre é identificada ou reconhecida, o que pode levar a mais angústia, irritação e estresse. Apesar de diferentes transtornos terem a ansiedade como sintoma, ela acontece naturalmente no organismo. O importante, e também necessário, é perceber sua ocorrência que, por sua vez, irá ampliar nossa consciência de nós mesmos, do outro e dos fatos. Um pouco de ansiedade nos impulsiona, nos leva na direção da ação. Entretanto, a ansiedade pode se tornar patológica ou exacerbada, seja por meio de uma reação exagerada ou desproporcional a um evento ou situação, atrapalhando o funcionamento integral do indivíduo, como dito anteriormente.

Na modernidade, principalmente nos centros urbanos populosos, é mais difícil manter a ansiedade nos níveis saudáveis. Por isso a importância de se perceber e refletir para tomar decisões a fim de proteger a saúde mental e física, assim como ampliar o processo de consciência dos fatos e atitudes, prestando mais atenção às emoções e procurar ampliar os fatores de proteção (prática de atividade física regular, rotina saudável de sono e alimentação saudável). Quando exercitamos a automonitoração tanto do estresse quanto da ansiedade temos mais condição de ajudar o outro.

No cérebro, a ansiedade mais especificamente, é um mecanismo que serve para nos alertar às situações adversas e desconhecidas, o qual nos “desperta” e provoca a famosa “descarga de adrenalina”, aquela sensação de “gelado” ou paralisação que sentimos quando enfrentamos situações adversas, inesperadas e principalmente, imaginadas (BARLOW,1999).

A ansiedade não tem idade. A criança desde cedo começa a aprender como reagir a situações, e vão criando um repertório de experiências que se associam a maior ou menor ansiedade.

Como nós adultos, as crianças e adolescentes também sentem ansiedade em vários momentos da vida, assim como uma aflição, agonia, mal-estar geral. A criança pode ter dificuldade em explicitar o que está sentindo, por isso, é tão importante educarmos para a saúde emocional e mental. Sentir ansiedade na infância e adolescência é também natural e normal, o que cabe aqui é dizer o quanto eles impactam positivamente com uma educação que contemple alguns conhecimentos ligados à promoção da saúde da mente. Reações



naturais passam a se transformar num transtorno quando chega a impedir o funcionamento da criança em sua vida cotidiana, tanto na família, quanto na escola (ASSIS et al, 2007).

Claro que, também, a forma do jovem sentir e perceber a ansiedade tem a ver com a personalidade, temperamento e aprendizados mediante os experimentos da vida. Cada indivíduo é único em sua manifestação, compreensão e características, além de todos merecerem o cuidado e atenção à suas necessidades em prol do desenvolvimento e saúde integral.

Frustração

A frustração, esta sensação que experimentamos, seja de modo rápido por que perdemos o ônibus por um minuto ou de forma mais “lenta” porque não ajudamos uma pessoa querida, que hoje é falecida e portanto, o arrependimento, a decepção conosco pode ter ficado em nossa mente, como um “fantasmilha” que, às vezes, aparece e nos tira energia, nos impõem menos autovalia e satisfação própria.

Repare que se sentir frustrado, em certa medida, simboliza uma retomada ao passado, quando diz respeito a expectativa que não aconteceu ou que ocorreu do modo diferente do esperado, ou ainda que algo que não era consciente, mas fazia parte das crenças e realidades mentais. Um exemplo deste último, é uma pessoa que adorava sua família, seus irmãos e seu pai brigava com todos, desaparecendo do convívio. De certa forma, temos a crença que pais gostam e se importam com filhos. Quando isso não acontece, pode gerar frustração, tristeza, raiva, indignação, menos autovalor.

Este estado emocional é percebido mediante experiências e aprendizados individuais, além de ser resultado de fatores emocionais, comportamentais e fisiológicos na relação do indivíduo com o ambiente. Sim, a frustração também envolve o estresse, pois quando ficamos frustrados, uma tensão acontece que, dependendo da intensidade da reação ao objetivo não atingido, vai gerar uma série de processos neurofisiológicos.

Ultimamente, as dificuldades de conexão à internet geram frustrações, dentre outros sentimentos e emoções ou ainda, a situação junto a tecnologia digital que costuma causar frustração é quando o computador ou a internet não correspondem aos objetivos do usuário final (HADLINGTON & SCASE, 2018).

Observou-se que essas falhas na tecnologia digital são comuns, com estimativas sugerindo que as experiências que resultam em alguma forma de resposta frustrante representam entre 30,5 e 45,9% do tempo que um indivíduo passa em um computador (CEAPARU et al, 2004).



Sendo assim, o que nos frustra é muito relacionado às características do nosso tempo.

A frustração, assim como a ansiedade, depende dos aspectos neurobiológicos herdados bem como do temperamento do indivíduo. Indivíduos com um temperamento mais colérico, por exemplo, podem ser mais suscetíveis a vivenciarem a frustração.

Ficar muito frustrado também vai nos levar a diminuição da capacidade para memorizar e ter atenção, assim como também acontece com a ansiedade. Uma outra semelhança entre os dois estados emocionais é que o nível de estresse vai aumentar, e dependendo do tempo e intensidade da duração poderá levar o organismo a muitos danos devido ao próprio estresse.

Muitos estudos têm apontado que treinar competências emocionais ou ainda as chamadas socioemocionais podem trazer mais conforto, mais recursos internos para inclusive lidar com as frustrações.

Será sempre muito importante o autoconhecimento, se conhecer para reconhecer o que nos leva sentir frustração, quais situações, desejos e expectativas são mais vulneráveis ao sentimento de desgosto, angústia e tristeza. Conhecer os aspectos que influenciam o tipo de frustração que vamos enfrentar, tal como nosso grau de expectativa é muito salutar. Quem já não ouviu as expressões, “quanto maior a escalada, maior o tombo” ou ainda “quem muito espera, pouco alcança”?

A consciência e modulação da expectativa funciona como um termômetro da frustração, onde quanto maior é a expectativa, maior poderá ser a chance de se frustrar. E ainda, a frustração tem a ver com os circuitos neurais da raiva. Por isso é importante buscar recursos de tolerância para que possamos também lidar melhor com a raiva possivelmente gerada, e desta forma não tomarmos nenhuma decisão ou atitude que faça mal a si e ao outro (YUR & COLS, 2014).

Mas, é possível ensinar uma criança a ser mais tolerante inclusive frente às inerentes frustrações que toda vida vive?

Não podemos esquecer de pontos básicos que dizem respeito ao desenvolvimento e aprendizagem, ou seja, que é levando tombos que aprendemos a andar, não temos tudo que queremos porque dividimos o mundo com outros indivíduos, é experimentando emoções e sentimentos que podemos aprender a lidar melhor com os mesmos, receber um



não diante a negação de um desejo imediatista pode fortalecer e treinar a criatividade, a paciência e outras competências emocionais.

E o educador, nesse sentido, serve como suporte para a criança e para o jovem, mostrando confiança e suas capacidades e incentivando-o a tentar novamente, a perseverar, a fazer de outro modo e mesmo a aceitar as situações que não saíram como esperado e que não podem ser mudadas.

Para treinar a tolerância assim como a paciência é preciso de bons exemplos. A rotina, o afeto e oportunidades para aprendizados são como cimento e fiação da casa cerebral, a ser construída de forma firme, segura e potente. O autocontrole é resultado de treino, no qual a família, a escola e a comunidade têm participação ativa e corresponsável.

Apesar de natural, ninguém gosta de se sentir frustrado. Portanto se faz necessário aprender estratégias de enfrentamento e superação assim como racionalizar, escolher, testar, decidir, refletir, comunicar, ser assertivo e adotar pensamentos mais racionais.

A seguir estão alguns passos que podem servir como “prevenção” de uma frustração. Também é um roteiro para ajudar seus alunos a identificarem situações que podem gerar maior frustração e também aprimorar estratégias para lidar com elas:

1. Identifique uma situação com potencial frustrante.
2. Sinta e pense, concentre-se na situação e em seus detalhes. Visualize.
3. Racionalize e reflita em prol de ser assertivo.
4. Crie e teste estratégias para passar pela situação com potencial frustrante.
5. Caso a situação envolva outra pessoa, comunique-se da melhor forma possível. Deixe muito claro o que pensa ou espera. Busque, ao mesmo tempo, compreender o que a outra pessoa sente, pensa e entende sobre o mesmo assunto.
6. Escolha, decida o caminho a seguir.
7. Tenha um plano B, caso sua primeira escolha não atinja o resultado esperado (FOZ, 2019).

Mas nem no cérebro nem na vida há uma linha tão definida que separa os sentimentos dos raciocínios; a emoção, da razão. E, por mais que seja relevante tratar as situações com racionalidade, assertividade e tomar decisões protetivas, diante de uma frustração, não devemos levar em conta somente a razão.



Quanto aos aspectos mais emocionais do comportamento, uma boa estratégia para minimizar uma frustração que depende da comunicação e da reação do outro, é ser empático e gentil com a pessoas com a qual está se relacionando. Quando treinamos a empatia, nos colocamos no lugar do outro, com o olhar do outro e podemos compreender com mais facilidade seus limites e intenções, o que nos ajuda a modular nossas ações e expectativas.

A impotência, o sentimento de frustração e o não desenvolvimento de estratégias para lidar com tais situações, além da necessidade que algumas pessoas têm de se impor sobre outras pessoas, levam à polarizações e extremismos em todo o mundo. Portanto, nos dedicarmos ao tema da frustração é de grande valia para a saúde emocional e mental nossa e das crianças e jovens na nossa escola.

2.4. Qual a importância das relações no ambiente educacional?

A qualidade das relações que a criança estabelece na família e na escola impacta de modo significativo em seu desenvolvimento e, no futuro, na qualidade de vida e de saúde que terá.

Depois da família, as relações no ambiente escolar são as que mais influenciam aspectos como saúde física, mental, empregabilidade, abuso de drogas e envolvimento com comportamentos violentos e de risco. A escola pode assim se constituir como enorme fator de proteção para a saúde mental. No entanto, quando estes vínculos não são construídos positivamente, a escola pode contribuir para o aumento dos fatores de risco.

O ambiente escolar é um lugar relativamente estável para promover o vínculo e a conexão com crianças e adolescente nos diversos momentos de sua vida e na construção de sua identidade.

Conforme a criança vai crescendo e a educação formal vai ganhando importância, mais relevante vai se tornando a qualidade do relacionamento que ela estabelece na escola, principalmente com os educadores. Quando esta relação é apoiadora, próxima e com poucos conflitos, ela torna-se uma base segura para o desenvolvimento social e psicológico saudável.



Pesquisas mostram que experiências escolares negativas frequentes contribuem para que a criança e o adolescente se sintam desconectados e alienados da escola. Estas experiências incluem ser alvo de *bullying*, ter relacionamentos negativos com colegas ou professores, sentimentos de não pertencimento, alto nível de estresse e experiências frequentes de insucesso acadêmico (BOND et al, 2007).

Um relacionamento negativo com o professor nos primeiros anos escolares influenciará negativamente a maneira como o aluno se relacionará com os professores nos anos seguintes. A criança tenderá a ter barreiras para uma interação positiva com um novo professor ou mesmo a apresentar problemas de comportamento, o que, por sua vez, criará mais conflitos e dificuldades nos próximos relacionamentos, gerando assim um ciclo vicioso que poderá comprometer, de maneira importante, seu desenvolvimento escolar e sua saúde mental (MILLER-LEWIS, et al, 2014).

O vínculo e a conexão que são estabelecidos na escola envolvem tanto as relações sociais que ali acontecem como o próprio vínculo que a criança e o adolescente fazem com o aprender e com o que a escola representa como instituição voltada à construção dos conhecimentos.

Assim, é necessário pensar em ações organizadas e intencionais para cuidar da qualidade das relações entre os colegas, entre alunos, professores e outros agentes educacionais e também entre os adultos, ou seja, entre os professores e os demais adultos que atuam na escola. Todas estas relações afetarão o clima emocional e relacional da escola que, quanto mais acolhedor, positivo, colaborativo, inclusivo e seguro mais favorável para a promoção da saúde mental.

Considerar a diversidade de forma ampla, abrir espaços de diálogo e participação e ter ações assertivas frente às dificuldades de aprendizagem contribuem para fazer com que o aluno possa enxergar-se como pertencente à escola, fortalecendo seu vínculo com a mesma.

Momentos de transição são especialmente difíceis para os alunos, como a passagem da Educação Infantil para o Ensino Fundamental - Anos Iniciais, deste para os Anos Finais e depois para o Ensino Médio. Estas transições envolvem mudanças na rotina escolar, nas exigências acadêmicas e traz novas responsabilidades, além de, eventualmente, haver mudanças de escola e de colegas com os quais se estava acostumado, o que pode gerar insegurança e sentimentos de angústia e ansiedade. Nestes períodos, é fundamental que seja pensado de que modo professores e outros agentes



poderão dar suporte para que o aluno consiga adaptar-se favoravelmente ao novo contexto e superar estes desafios.

Vale ressaltar que a qualidade dos relacionamentos na escola não afeta somente os alunos. Os educadores também são diretamente impactados por este aspecto.

Em um estudo realizado com 83 professores de uma escola na Áustria, que acompanhou o nível de estresse de professores ao longo de alguns meses, foi verificado que professores que tinham relações mais afetivas e próximas com seus alunos, de um modo geral, apresentaram menor nível de estresse e tinham menor incidência da Síndrome de Burnout (MILATZ et al, 2015). A Síndrome de Burnout é um quadro de adoecimento em razão do esgotamento gerado por alto nível de estresse com a atividade profissional.

2.5. Como fica a saúde mental e emocional com a pandemia por Coronavírus?

A pandemia causada pelo novo Coronavírus (SARS-COV2) e que provoca a COVID 19, caracteriza-se, em suas manifestações mais graves, por síndrome respiratória aguda grave e outras repercussões inflamatórias no organismo. A doença, que teve início em dezembro de 2019, se espalhou rapidamente por todos os continentes, contaminou milhões de pessoas e está causando milhares de mortes. A doença e as medidas de distanciamento social necessárias para controlá-la alteraram a dinâmica das nossas vidas, tem provocado grande impacto na mobilidade, na economia e agrava as desigualdades sociais, sobretudo em países como o Brasil.

Ainda não é possível entender, por completo, a repercussão desse momento para a saúde mental, mas é esperado que haja aumento na prevalência de algumas emoções desagradáveis e transtornos mentais. A pandemia nos deixa em estado de alerta, preocupados, confusos, estressados e com sensação de impotência. Estima-se que entre um terço e metade da população exposta a uma epidemia pode vir a sofrer algum agravamento à saúde mental, caso não seja feita nenhuma intervenção de cuidado específico para as reações e sintomas manifestados. Os fatores que influenciam o impacto psicossocial estão relacionados a magnitude da epidemia e o grau de vulnerabilidade em que a pessoa se encontra no momento (BRASIL, 2020).

Estamos lidando com novas realidades e desafios. Muitas pessoas perderam emprego, há grande redução na renda das famílias, novas formas de trabalho em casa, uso de novas tecnologias e formas de interação, há uma nova (des)organização do tempo com a sobreposição de atividades domésticas, familiares e de trabalho, além de lidar com o



adoecimento e até morte de pessoas próximas. Atividades corriqueiras, como ir ao mercado, se transformaram em um momento de risco que desperta preocupação e exige cuidados. Tudo acontecendo sem que a gente possa estar perto das pessoas que amamos, sem atividades tradicionais de lazer, sem previsão de quando tudo isso acaba e sem saber como será a vida depois da pandemia. Certamente nossas emoções e saúde mental não passarão ilesas à todas essas experiências.

Muitas pessoas podem se sentir desamparados, irritados, angustiados, tristes e entediados. Entre as reações comportamentais podemos ter:

- Alterações ou distúrbios de apetite (falta de apetite ou apetite em excesso);
- Alterações ou distúrbios do sono (insônia, dificuldade para dormir ou sono em excesso, pesadelos recorrentes);
- Conflitos interpessoais (com familiares, amigos, colegas de trabalho).

Observa-se ainda aumento dos casos de violência doméstica contra mulheres e crianças.

Os transtornos mentais imediatos mais frequentes são os episódios depressivos e as reações de estresse agudo de tipo transitório. O risco de surgimento destes transtornos aumenta de acordo com as características das perdas e outros fatores de vulnerabilidade. Essa situação pode ainda ter repercussões tardias para a nossa saúde mental como: luto patológico, depressão, transtornos de adaptação, manifestações de estresse pós-traumático, abuso do álcool e outras drogas que causam dependência (BRASIL, 2020).

Como posso cuidar da minha saúde mental e emocional nesse momento?

Partindo de recomendações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2020) listamos algumas estratégias que podem lhe ajudar na manutenção da saúde mental nesse momento:

- Tenha uma rotina diária adaptada a esse novo momento.
- Procure dormir e acordar todos os dias no mesmo horário. Lembre-se de usar estratégias para um sono de boa qualidade.
- Alimente-se da maneira mais saudável que puder. Preocupe-se com a qualidade e quantidade daquilo que come.
- Exercite-se regularmente em casa. Atualmente há muitas opções de atividade física orientada por profissional nas redes sócias. Lembre-se de não ultrapassar os seus limites.



- Tente dividir seu tempo para o trabalho, atividades domésticas e descanso. Não se culpe em praticar o ócio.
- Organize-se para o trabalho remoto. Crie com a sua equipe uma agenda de trabalho que seja compatível com o momento atual, isso será mais produtivo para todos e evitará adoecimento. Experimente imersões de 2 ou 3 horas com intervalos para descansar ou realizar outras atividades domésticas. Não podemos achar que o trabalho remoto vai ocorrer com os horários tradicionais de antes. Nem deixar que o trabalho se espalhe por todas as horas do nosso dia e nos finais de semana.
- Reserve tempo para cuidar de você e fazer coisas que gosta.
- Minimize sua exposição diária às notícias sobre a pandemia, crises políticas e econômicas. Reserve um momento do seu dia para se informar, mas não deixe que essas notícias gerem emoções negativas ao longo de todo o dia.
- Lembre-se que as redes sociais precisam ser usadas de maneira inteligente. Use-as para manter contato com pessoas que gosta, aprender coisas novas, apreciar produções artística e de entretenimento que gosta. No entanto, evite se expor em discussões agressivas, práticas de *bullying*, fofocas ou ainda com coisas que lhe geram frustração e diminuem sua autoestima, como ver pessoas consumindo coisas ou em lugares que não condiz com as suas possibilidades atuais.
- Evite consumir álcool e outras drogas. Lembre-se que isso não irá resolver as coisas que lhe preocupam, pode piorar sentimentos e emoções negativas desse momento e ainda causar dependência.
- Tente incorporar às novas medidas necessárias para prevenção da COVID-19, como lavar as mãos, usar álcool gel e usar máscaras. Experimente aderir a essas práticas mesmo se estiver em casa, isso vai ajudar na sua adaptação quando as medidas de distanciamento social forem flexibilizadas e no retorno às atividades presenciais na escola.
- Ajude crianças e adolescentes a lidarem com esse momento, pode ser mais difícil para eles. Busque conversar sobre como entendem a situação, quais sentimentos e emoções estão presentes. Criem juntos as adaptações possíveis para esse momento de vida.
- Se você puder, ajude outras pessoas que estão doentes, em luto, desempregadas ou com outras dificuldades sociais nesse momento. Além de ajudar quem precisa, a prática da compaixão lhe proporcionará sentimentos, emoções positivas e saúde mental. Ensine isso para as crianças e adolescentes.



- Experimente e coloque na sua rotina diária práticas de meditação e atenção plena.
- Procure um profissional especializado se achar que não está conseguindo lidar bem com as suas emoções, sentimentos e comportamentos nesse momento. Lembre-se que ninguém está imune aos transtornos mentais e que isso não é sinal de fraqueza, desvio de caráter ou frescura.

O retorno às atividades presenciais na escola também exigirá atenção. Não se trata de um retorno de férias e as experiências vividas durante o período mais intenso de distanciamento social, que pode incluir dificuldades sociais e de renda familiar, adoecimento e morte, certamente, serão manifestadas por meio de emoções agradáveis e desagradáveis que pode repercutir na saúde mental de alunos e educadores. Vale lembrar que esse retorno ocorrerá com a exigência de novos hábitos de higiene e relacionamento social, crianças, adolescentes e nós mesmos teremos que aprender a lidar com isso. Em suma, teremos que nos preparar enquanto profissionais e instituição para adotar as medidas de prevenção para o COVID -19 e acolher as demandas sociais e de saúde mental que podem ter se agravado nesse período.



3 - A CONTRIBUIÇÃO DA ESCOLA PARA A SAÚDE MENTAL

A Escola desempenha um papel relevante na promoção e prevenção da saúde mental, pois ocupa um espaço privilegiado para a identificação de problemas relacionados à saúde mental ou emocional dos alunos e também é o espaço propício para realização de intervenções com menos estigmas para alunos, familiares e comunidade.

Os educadores, por estarem bem próximos, no dia-a-dia, dos alunos, ocupam posição privilegiada para observar e identificar precocemente sinais de problemas, podendo ter uma atuação efetiva na promoção da saúde mental e prevenção de processos de adoecimento. Para ajudar a detectar indicadores de possíveis problemas e transtornos mentais nos alunos, os gestores escolares, funcionários e professores necessitam de:

- INFORMAÇÃO
- CONHECIMENTO
- CAPACITAÇÃO
- PARCERIA E DIÁLOGO CONSTANTE ENTRE AS ÁREAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE

Dispondo de informações básicas sobre alguns transtornos mentais que impactam no desempenho escolar e na vida social e pessoal, os professores e gestores terão embasamento para poderem fazer os encaminhamentos precoces e assertivos para a área da Saúde, sendo mais capazes de reconhecerem sinais relevantes.

Além disso, a maior compreensão dos educadores de que a escola pode representar tanto um importante fator de proteção para a saúde mental de crianças e adolescentes como um fator de risco, corrobora para que todos se engajem e assumam a responsabilidade por ações que colaborem para um ambiente saudável.

3.1. O que é estigma?

Como você vê a pessoa com transtorno mental?

Como você se sente a respeito?

É possível que muitos de nós já tenhamos sentido medo, estranhado ou ficado desconfortáveis frente à reação de alguém que para nós tenha parecido “fora do normal”, inesperada ou “louca”.

A ideia que muitas sociedades tiveram ao longo do tempo sobre a loucura, com crenças que associam o transtorno mental à fraqueza, à falta de caráter ou mesmo a influências espirituais fizeram com que os portadores de transtorno mental sofressem



enormemente com o preconceito. E, infelizmente, muitas destas ideias ainda estão presentes por falta de conhecimento.

A falta de informações confiáveis e claras sobre saúde mental e crenças equivocadas acabam por gerar consequências bastante negativas para aqueles que sofrem de transtorno mental, como serem excluídos dos diversos grupos sociais, sentirem-se envergonhados e não buscar ajuda, o que agrava muitas vezes o transtorno mental e gera outros problemas.

Este preconceito é traduzido pelo estigma que o portador do transtorno mental acaba muitas vezes carregando.

O estigma é um conjunto de crenças e atitudes das pessoas que faz com que elas rotulem, rejeitem, tenham medo, discriminem e desrespeitem pessoas com transtorno mental, fazendo com que essas pessoas e suas famílias se sintam desencorajadas a buscar ajuda, agravando seu quadro. Muitas pessoas relatam que o estigma gera sofrimento muito maior que o próprio transtorno mental (KUTCHER & WEI, 2015). É importante ressaltar que o estigma existe não somente em relação ao transtorno mental, mas também em relação a outras doenças (hanseníase, Aids) e mesmo quanto a condição social, raça e questões sexuais ou de gênero.

Não falar sobre a saúde mental na família e na comunidade acaba fazendo com que as pessoas que estejam em sofrimento psíquico sofram ainda mais por pensarem que somente elas passam por este problema, que são fracas, que é algo vergonhoso ou ainda que algo está muito errado com elas.

Alguns fatores para diminuir o estigma sobre os transtornos mentais:

- Romper com a associação entre transtorno mental e crenças religiosas, causas sobrenaturais ou falha moral
- Entender as causas da doença, explicadas cientificamente
- Buscar e divulgar informações confiáveis
- Ter acesso a tratamentos efetivos

É importante derrubar o tabu que cerca o tema e faz com que se evite tratar sobre o assunto. Felizmente, isso tem mudado nos últimos anos, havendo mais abertura para falar sobre os transtornos mentais e mais informações disponíveis.

3.2. Como o *bullying* e a violência afetam a saúde mental?



A escola é um ambiente onde convivem por muito tempo crianças, adolescentes, jovens e adultos. Como em outros ambientes, os conflitos estarão presentes, considerando a enorme diversidade de costumes, hábitos, crenças e que reproduz as características da própria sociedade. Os conflitos não são, ao contrário do que alguns pensam, algo indesejável, mas sim naturais e presentes na vida em uma sociedade democrática, onde há divergências de pensamentos e opiniões, e onde os mais jovens poderão aprender estratégias saudáveis para lidar com eles.

No entanto, o conflito pode se manifestar de modo violento. Crianças e adolescentes podem ter dificuldades para resolvê-los por meio de diálogo ou debates em razão de sua imaturidade ou mesmo de modelos de outros espaços onde convivem.

É fundamental que escola busque ser um espaço de convivência seguro e um lugar onde os alunos possam aprender a relacionar-se do modo ético e civilizado, sendo uma referência positiva.

Há um tipo bastante específico de violência que, em alguns casos, pode acontecer de modo quase invisível dentro da escola. Trata-se do *bullying*, termo em inglês para ações de acoso, intimidação ou humilhação contra um indivíduo ou um grupo. Estas ações podem envolver agressão física, verbal, zombarias, exclusão ou disseminação de boatos. Hoje podem acontecer no espaço escolar e também o ciberespaço, ou seja, pela Internet e redes sociais e, embora seja mais estudado entre os adolescentes, pode acontecer desde a infância.

O *bullying* é uma forma de violência que tem crescido nos últimos anos em vários países. No entanto, nem toda violência é *bullying*. Agressões pontuais, conflitos entre alunos e professores ou com a gestão não constituem *bullying*. O *bullying* envolve necessariamente a violência entre pares, sendo estabelecida uma dinâmica entre o agressor, a vítima e as testemunhas.

Características do *bullying* escolar:

- A violência é sempre entre pares
- Há um desequilíbrio de forças entre o agressor e a vítima
- Envolve agressão intencional física, verbal, zombarias, humilhação, exposição da vítima ou calúnias contra ela
- Envolve sempre um agressor (ou mais), uma vítima (ou mais) e uma plateia ou testemunhas
- Pode acontecer dentro da escola, nas imediações e no ciberespaço



Consequência do bullying para a saúde mental

Para a vítima, os efeitos do *bullying* podem ser devastadores:

- Doenças psicossomáticas
- Prejuízos na aprendizagem em razão do sentimento de estar em risco, o que afeta a atenção, a memória e o raciocínio.
- Aumento das faltas do aluno e aumento do risco para o abandono da escola.
- Maior risco para transtornos mentais, como depressão e ansiedade

Risco aumentado para o suicídio (ALBUQUERQUE et al, 2013). Crianças e jovens com maior risco de tornarem-se vítimas de *bullying*:

- Crianças ou jovens mais retraídos, que se mostrem inseguros socialmente ou com baixa autoestima.
- Alunos que apresentem menor habilidades sociais.
- Diferenças culturais, étnicas, religiosas, físicas ou com déficits cognitivos.
- Questões de gênero ou orientação sexual (público LGBT)
- Um aluno novo na escola.
- Uma menina bonita pode tornar-se alvo de perseguição das colegas.
- Crianças ou adolescentes com características físicas que destoam da maioria: muito altos ou muito baixos, com sobrepeso ou muito magros, etc.

Como é um problema que acontece entre os alunos, é comum que a escola (e mesmo a família) demore para identificar o *bullying*. No entanto, todos os adultos da escola podem ficar atentos aos sinais que ajudarão a identificar estas situações de intimidação e intervir o mais prontamente possível. Assim, quanto antes o *bullying* for identificado e as providências forem tomadas, menor os efeitos danosos.

3.3. Quais são os transtornos mentais mais comuns?

Pesquisas em 27 países indicam que a prevalência mundial de transtornos mentais em crianças e adolescentes está em torno de 13% (POLANCZYK, et al, 2015).

Apesar do impacto causado por estes problemas, são mundialmente escassas as políticas voltadas para a saúde mental de crianças (WHO, 2005; BMA, 2006). No Brasil, ainda há muito que fazer em diversos níveis para se alcançar saúde mental nesta fase da vida, por isso a importância em se divulgar materiais de qualidade e comprometimento com a saúde mental destas faixas etárias. O Programa CONVIVA vem ao encontro de atender essas demandas, uma



vez que traz em seu teor a preocupação e o compromisso para a realização de ações voltadas à Saúde Mental nas escolas.

A seguir, ilustraremos alguns dos transtornos mentais (neuropsiquiátricos) mais prevalentes na população escolar (infanto-juvenil), sempre salientando que o fechamento de um diagnóstico e o estabelecimento de uma abordagem terapêutica cabe ao psiquiatra e/ou profissional de saúde mental especializado. Mas vale a pena conhecermos ao menos panoramicamente os principais quadros. Sendo assim, destacamos:

1 - Transtornos de ansiedade

É normal sentir-se ansioso em algumas situações (entrevista de emprego, avaliação escolar, entre outras), porém, geralmente vivencia-se um estado de ansiedade de baixa intensidade e por um período limitado de tempo, não configurando um quadro clínico de ansiedade.

Os transtornos de ansiedades podem ser identificados quando se vivencia recorrentemente um alto nível de ansiedade que pode incluir sensações de desconforto extremo e contínuo, eventualmente apresentando quadro de crises. São diagnosticados como transtornos porque geralmente interferem de forma negativa nas atividades diárias e vida pessoal como desempenho no trabalho, aprendizado / desempenho acadêmico e relacionamentos. Esta é a ansiedade que ao invés de ajudar, nos atrapalha.

Os transtornos de ansiedade são comuns na população em geral e podem acometer uma em cada vinte pessoas, independentemente da idade, porém nos últimos anos evidencia-se uma prevalência maior desse transtorno na população em geral e em adolescentes. A média mundial da prevalência de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes é de 6,5%, sendo o transtorno com maior incidência nesta população (POLANCZYK, et al, 2015).

Importante que possamos atentar para a prevalência dos casos de distúrbios de ansiedade em jovens, pois muitas vezes há a tendência de “patologização” de sintomas que poderiam ser cuidados de forma mais pedagógica. No entanto, é também, de suma importância, que os casos que chamem a atenção tanto pelo excesso quanto falta, tanto pela inadequação, quanto pelo silêncio sejam vistos com maior cuidado e encaminhados dentro da escola. Estes por sua vez, deverão dar seguimento ou não a encaminhamentos externos para a área da saúde para o melhor desfecho do caso.

Sabemos que muitos sintomas dos distúrbios de ansiedade iniciam precocemente e um olhar atento e cuidadoso do educador, bem como um encaminhamento e



acompanhamento efetivo por parte dos responsáveis na escola pode mudar o curso de um possível problema de ordem mental. Desta forma, contribuiremos para a prevenção da saúde mental, e mais ainda, para a promoção da saúde mental que tanto sabemos o quanto se relacional com a capacidade para o aprendizado.

Sinais

Há vários tipos de transtornos de ansiedade que se diferem pelos objetos ou situações que os induzem, mas compartilham características de ansiedade excessiva (preocupação, medo ou pânico) e distúrbios comportamentais relacionados, bem como prejuízos funcionais.

De forma geral, podemos destacar os seguintes sinais mais comuns:

- Preocupação excessiva que afetam o dia a dia
- Pensamentos negativos
- Sintomas físicos (como palpitação, formigamento e respiração acelerada) (SOUSA, et al, 2014).

Terapêutica

Se não tratados, os transtornos de ansiedade podem interferir de forma significativa no raciocínio e no comportamento da pessoa, resultando em grande sofrimento e muita apreensão, podendo evoluir para quadro depressivo e/ou abuso de substâncias.

Em geral, o tratamento inclui tipos específicos de psicoterapia que ajudam a pessoa a entender seus pensamentos, emoções e comportamentos. Assim, elas desenvolvem novas maneiras de entender o que sentem e conseguem lidar com estes estados de ansiedade de uma forma mais positiva.

Muitas vezes o acompanhamento médico com psiquiatra se faz necessário, bem como o uso de medicação que ajuda a pessoa a controlar os seus níveis de ansiedade, os ataques de pânico ou compulsões.

2 - Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é o transtorno comportamental com prevalência média mundial de 3,4% em crianças e adolescentes (POLANCZYK, et al, 2015), ocorrendo mais em meninos. Está associado a **desatenção, impulsividade e hiperatividade** incompatível com a idade e que compromete a funcionalidade da criança ou do adolescente.



Embora geralmente o TDAH seja diagnosticado em crianças, o transtorno pode perdurar por toda a vida adulta, trazendo prejuízos funcionais e sociais para quem não foi diagnosticado corretamente ou não recebe o tratamento adequado.

Sinais

Para ser diagnosticado com TDAH, é preciso que a criança ou adolescente apresente a maioria dos sintomas listados abaixo em uma frequência e intensidade consideradas acima do "normal" e que possam estar gerando prejuízos funcionais:

- Incapacidade de se concentrar em uma tarefa (desatenção). Ter pouca concentração e dificuldade de manter a atenção por um período prolongado;
- Incapacidade de regular o nível de atividade (hiperatividade). Apresentar aumento de atividade – estar sempre “a mil por hora” (este sintoma pode não ocorrer ou diminuir a partir da fase final da adolescência);
- Impulsividade ou incapacidade de controlar o comportamento. Ser impulsiva – não parar para pensar antes de agir;
- Apresentar rendimento escolar aquém do esperado para sua idade e nível escolar.

São critérios empregados para o diagnóstico de TDAH a presença de ao menos 6 dos seguintes sintomas (repare que há 3 esferas: desatenção, hiperatividade e impulsividade) em período de ao menos 6 meses, de forma a causar desadaptação e ser inconsistente com o nível de desenvolvimento:

➤ **Desatenção**

- Frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras
- Com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas
- Com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra
- Com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não pode ser devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)
- Com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades
- Com frequência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)
- Com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais)



- Facilmente distraído por estímulos alheios às tarefas
- Com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias

➤ **Hiperatividade**

- Frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira
- Frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado
- Frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isso é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação)
- Com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer
- Está frequentemente a mil ou muitas vezes age como se estivesse a todo vapor
- Frequentemente fala em demasia

➤ **Impulsividade**

- Frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas
- Com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez
- Frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por exemplo, intromete-se em conversas ou brincadeiras)

Quase sempre os sintomas acima de hiperatividade/impulsividade ou desatenção estão presentes antes dos 7 anos de idade e é necessário que os prejuízos causados pelos sintomas estejam presentes em dois ou mais contextos (por exemplo, na escola [ou trabalho] e em casa). Além disto, é importante haver claras evidências de que tal prejuízo seja clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

Terapêutica

Várias medicações e intervenções comportamentais são empregadas no tratamento do TDAH, sendo que o tratamento mais eficaz é baseado no uso de medicações, associado à psicoterapia, treinamento de habilidades sociais, orientação específica para pais e professores, acompanhamento psicopedagógico.

3 - Depressão



A Depressão é um transtorno que apresenta um conjunto de sinais e sintomas caracterizados por um humor deprimido excessivo e prolongado que afeta o dia-a-dia da pessoa, impactando na sua funcionalidade e produtividade, seja na vida pessoal, profissional ou social e pode vir acompanhada de sentimentos de ansiedade, por angústia, por desânimo e falta de prazer em quase tudo.

São critérios diagnósticos para episódio depressivo os seguintes:

- Estado deprimido: sentir-se deprimido a maior parte do tempo;
- Anedonia: interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina;
- Sensação de inutilidade ou culpa excessiva;
- Dificuldade de concentração: habilidade frequentemente diminuída para pensar e concentrar-se;
- Fadiga ou perda de energia;
- Distúrbios do sono: insônia ou hipersônia praticamente diárias;
- Problemas psicomotores: agitação ou retardo psicomotor;
- Perda ou ganho significativo de peso, na ausência de regime alimentar;
- Ideias recorrentes de morte ou suicídio.

É importante diferenciar a depressão da tristeza que sentimos de vez em quando ao longo de nossas vidas, geralmente estado emocional associado a eventos negativos como perda de alguém querido ou perda de emprego. O estado emocional de tristeza é passageiro enquanto os sintomas da depressão, inclusive a tristeza e desânimo que se instalam, são mais duradouros e exigem acompanhamento e diagnóstico médico.

Casos de Depressão na população em geral são comuns, pois este é um transtorno que pode ocorrer em qualquer momento da vida de qualquer pessoa. De acordo com Kutcher (2014) a depressão é menos prevalente em crianças (1 a 2%) e na adolescência, aumenta o índice de prevalência para 4 a 8%, sendo duas vezes mais comum em meninas.

Sinais

A criança e o adolescente com ansiedade podem apresentar alguns comportamentos que precisam ser observados se eles se tornarem persistentes:

- Falta ou excesso de apetite
- Insônia ou excesso de sono
- Voltar a fazer xixi na cama.



- Preocupação ou medos excessivos (do escuro, de barulho, de ir para a escola, de insetos ou animais, do futuro, de afastar-se dos pais, de morrer)
- Falta de interação com os colegas
- Irritabilidade
- Desânimo
- Tensão muscular
- Dor de cabeça, dor de barriga
- Sudorese
- Necessidade frequente de ir ao banheiro
- Sentimento de culpa ou desvalia
- Dificuldades de raciocínio, memória ou concentração

É importante observar que, frequentemente, crianças apresentam sinais não verbais, como postura e expressões faciais.

Terapêutica

Pessoas que apresentam sintomas de depressão necessitam de acompanhamento médico e, após diagnóstico, a conduta terapêutica geralmente inclui medicação específica. O médico irá prescrever o antidepressivo (associados ou não a outras condutas) mais adequado aos sintomas e às circunstâncias daquela pessoa.

Pessoas deprimidas também são beneficiadas quando associam acompanhamento psicoterápico e acompanhamento médico e adotam estilo de vida mais saudável como prática de atividades físicas, alimentação mais balanceada, entre outras melhorias na qualidade de vida geral.

4 - Automutilação

A automutilação, em si, não representa um transtorno mental. Mas está sempre associada ao sofrimento psíquico e pode aumentar o risco para o suicídio. Além disso, é um comportamento que tem aumentado entre os jovens e tem preocupado escolas e professores.

A automutilação (*Cutting*) é caracterizada por qualquer ação para ferir intencionalmente a si mesmo. Pode incluir fazer cortes na pele, arranhões, queimaduras, bater em si, ingerir objetos perfurantes ou morder-se. Os ferimentos são, geralmente, superficiais e, na maioria dos casos, não têm por objetivo tirar a própria vida. É uma maneira de tentar lidar com emoções negativas como a frustração, desvalorização, raiva (as vezes



de si mesmo), angústia e rejeição. Podem estar associados a transtornos mentais, mas podem ser uma reação a problemas de relacionamento, situações de violência, abuso, bullying, entre outros. E, embora não seja uma ação para tirar a própria vida, pessoas com episódios de automutilação têm maior chance de cometer suicídio (NOCK et al. 2006). Pode acontecer em qualquer idade, sendo mais comum entre 13 e 17 anos.

Ao provocar dor física, há um alívio de dores emocionais e sentimentos negativos, já que desloca o foco do sofrimento para a sensação física. Então, é comum que após a autoagressão, haja uma sensação momentânea de bem-estar que pode estar acompanhada ou ser seguida por sentimentos de culpa e vergonha. Em razão do preconceito e do estigma, normalmente os adolescentes ou jovens não buscam ajuda e se mantêm cada vez mais isolados, o que pode agravar o quadro.

De modo geral, são feitos em partes do corpo onde possam ficar escondidos, cobertos pelas roupas. Alguns adolescentes postam fotos de seus ferimentos de maneira anônima nas redes sociais e em blogs, trocando impressões a respeito com outros, evitando muitas vezes compartilhar com familiares e amigos da escola.

Embora não esteja diretamente associada à tentativa de suicídio, a automutilação é um sinal de grande sofrimento emocional e um pedido de ajuda, que merece atenção, apoio e busca de cuidados. Crenças como achar que seja apenas uma forma de chamar a atenção é um mito que contribui para que o aluno não receba a ajuda necessária, o que pode aumentar seu sofrimento e agravar a situação. Também é importante pontuar que, mesmo que seja uma atitude relacionada à busca de atenção, ainda assim indica um sofrimento e carência. Sendo assim, uma conversa e eventual encaminhamento são importantes para impedir a evolução a situações mais graves.

A automutilação é mais comum entre meninas do que meninos. Tem aumentado entre adolescentes e jovens e as causas ainda não estão claras. Uma das hipóteses é o comportamento por imitação, já que há grupos na Internet que divulgam a prática.

Sinais

Uma das formas de ajudar a identificar é quando se percebe que, mesmo com temperaturas altas, o aluno usa agasalhos, blusas de mangas longas, quando evita participar e expor partes do corpo em atividades físicas que pediriam trajes como shorts e camisetas. A presença de cicatrizes ou marcas recentes e que aparecem com frequência são sinais.



Uma vez que o adolescente ou jovem que pratica a automutilação está em sofrimento emocional, a automutilação pode estar acompanhada de comportamentos como maior isolamento, crises de raiva, comentários depreciativos contra si, retração social ou queda no desempenho escolar. Vítimas de bullying ou cyberbullying também têm maior risco de praticar a automutilação.

Terapêutica

Normalmente é indicada a psicoterapia. Se for identificada a presença de algum transtorno mental, pode ser recomendado o uso de medicação.

5 - Suicídio

O suicídio, por si só, não é um transtorno mental. No entanto, na maioria das vezes está associado a ele. O suicídio é uma ação pessoal e multifatorial complexa. Tudo que tem a ver com suicídio deve ser contextualizado a partir da realidade social vivenciada pela pessoa que o cometeu. Ainda assim, dificilmente entenderemos toda a subjetividade e sofrimento envolvido.

Vamos conhecer alguns conceitos que irão ajudar no entendimento dessa situação extrema:

Suicídio - é o ato intencional, autodirecionado, cujo objetivo final é a morte. Cada suicídio é um evento complexo que tem sua especificidade e sua própria história.

Tentativa de suicídio - é quando existe uma tentativa de tirar a própria vida. Pode resultar em óbito ou não. É o maior fator de risco para o suicídio. Quando não resulta em morte é um indicativo de que há um intenso processo de sofrimento e que a pessoa necessita ser acolhida e acompanhada por equipe de saúde.

Planejamento do suicídio - é a preparação com objetivo de cometer o suicídio, isto é, a escolha do dia, local, horário, métodos etc. Quanto mais definidas estiverem estas questões maior o risco de concretização. Nesse processo, podem haver fatores que desencadeiam as tentativas antes do planejado.

Ideação suicida - são pensamentos sobre a morte como uma solução para acabar com o sofrimento. Formulações como “quero morrer”, “queria que Deus me levasse”, “penso em morrer” são exemplos de ideação suicida.

Comportamento suicida - ações, atitudes e reações da pessoa associadas à vontade de morrer e à ideação suicida, e que podem levar à tentativa ou concretização do suicídio.

Impulso suicida - é um momento imprevisível de fragilidade e intenso desejo de morrer que pode incorrer ou não na tentativa de suicídio.



O comportamento suicida pode estar, na maioria das vezes, associado com a **necessidade de acabar com a dor**. A pessoa não consegue ver outra alternativa à sua situação que não seja a morte. Pode ser um **pedido de ajuda**, nesses casos, a pessoa condiciona a decisão de viver ou morrer à uma determinada situação ou tipo de apoio. Pode haver a motivação de **abalar ou fazer sofrer outras pessoas**. Normalmente pessoas conhecidas e com as quais se convive, mas também pode ser direcionada a um grupo social, uma comunidade ou à sociedade em geral.

Frequentemente o suicídio é precedido de ambivalência com relação ao desejo de viver e morrer. Momentos de pensamento único, no qual o desejo de morte prevalece, representa um período de maior risco.

Em crianças, a ideação suicida costuma ser menos específica e sem planejamento, pelo próprio conceito de morte mais limitado quanto menor for a criança. Por outro lado, a impulsividade concernente à adolescência faz do suicídio um risco real que pode preceder um longo período de ideação suicida com um plano para executar a própria morte. (SILVA 2019)

O aumento das taxas de suicídio é uma realidade em vários países do mundo, incluindo o Brasil. Estudo realizado em grandes cidades brasileiras constatou que a taxa de suicídio entre adolescentes aumentou 24% entre 2006 e 2015 (JAEN-VARAS et al, 2019). Em relação às tentativas de suicídio no país, entre 2011 e 2016 foram registradas 48.204 ocorrências, sendo que desse total, 25,9% dos casos acometeram o sexo feminino e 19,6% acometeram o sexo masculino, considerando apenas as pessoas de 10 a 19 anos de idade (BRASIL, 2017). Com relação às mortes por suicídio no Brasil, entre 2007 e 2016, houve 22 óbitos de crianças de 5 a 9 anos, sendo 7 brancas e 15 negras, fato que revela a relação do suicídio com outros problemas sociais, como o racismo e suas consequências (BRASIL, 2019).

Revisão da literatura científica sobre suicídio na infância identificou: (1) São fatores predisponentes para o suicídio na infância: problemas escolares, dentre os quais se destacam o bullying e o rendimento ruim; histórico de violência física e sexual e conflitos familiares. (2) Metade das crianças apresentaram algum tipo de transtorno mental, especificamente, Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), transtorno de personalidade antissocial e depressão. (3) Apesar da imaturidade cognitiva, as crianças têm capacidade e compreensão do ato suicida; (4) As crianças dão menos pistas verbais



do seu desejo de morrer e são mais impulsivas na tentativa de suicídio; (5) Nos meses que antecedem o suicídio, ocorrem mudanças de comportamento e de atitude, as crianças apresentam falta de interesse em atividades prazerosas, abstenção da escola e isolamento social (6) As crianças que morreram por suicídio não possuíam estratégias de enfrentamento de situações de estresse (SOUSA et al, 2017).

Com quais pessoas e situações devo me preocupar?

Histórico de transtorno mental - segundo dados da OMS até 2009, em 93% dos casos de suicídio a pessoa sofria de algum transtorno mental. Destes, os mais frequentes são a depressão, a esquizofrenia e o uso/abuso de álcool e outras drogas.

Situação emocional e sofrimento - refere-se a circunstâncias de vida, como: traumas decorrentes de violências, abandono, perdas de pessoas com vínculos afetivos fortes, frustrações constantes, baixa autoestima etc.

Histórico familiar de suicídio - estudos dizem que um pai/mãe que cometeu suicídio aumenta em 60% a chance de que aconteça com o filho(a). Sendo assim, essas pessoas necessitam de acompanhamento periódico.

Histórico de tentativa anterior - a tentativa de suicídio aumenta o risco de novas tentativas. Quanto maior o número de tentativas maior será o risco.

Situação sociocultural e econômica - relaciona-se às condições de vida, principalmente dificuldades financeiras, perda de emprego, histórico de pouco acesso à cultura e educação, defasagem escolar.

Conjuntura e momento histórico da sociedade - a exacerbação do individualismo e da competitividade, a meritocracia, a violência urbana, o cenário político do país, crise econômica, a má utilização da tecnologia e redes sociais são elementos que influenciam direta ou indiretamente a saúde mental.

Populações discriminadas - O racismo, a homofobia, a LGBTfobia, a discriminação por origem, condição de deficiência, etc., entre outras, são manifestações de ódio e hostilidade que decorrem de situações de opressão, preconceitos e violências que podem marcar vários aspectos da vida das pessoas, a curto, médio e longo prazo.

Há ainda alguns sinais que podem ser indicativos de uma tentativa de suicídio:

- Verbalizar vontade de morrer ou planos para tal;
- Alteração do sono: é um dos primeiros sinais (insônia, despertar precoce, sono intermitente);



- Vivência de situações de violência e assédio moral, sexual, acadêmico etc.;
- Mudanças bruscas no comportamento;
- Mudanças bruscas no rendimento acadêmico e/ou desorganização da rotina;
- Ações com impulsividade associadas a negativismos e pessimismos;
- Sensação persistente de fracasso em vários campos da vida, inclusive o acadêmico
- Percepção generalizada de não pertencimento social

Estes sinais são bastante genéricos e podem acontecer, com exceção da verbalização da vontade de morrer, em situações que não impliquem, necessariamente, em ideação ou comportamento suicida. No entanto, escolas e educadores devem estar atentos aos problemas de saúde mental, mudanças de comportamento, relações de assédio e bullying e estudantes que pertencem a grupos discriminados socialmente.

Ações de promoção da saúde, melhora do clima escolar e qualidade de vida devem ser realizadas permanentemente. Ações específicas de acolhimento devem ser realizadas para pessoas e situações sempre que necessário.

O que fazer quando lidamos com uma tentativa de suicídio?

Não existe uma única abordagem para um caso de tentativa suicídio. Pode ser que após a primeira tentativa a pessoa se assuste e não volte a tentar ou que se sinta frustrada e tente de forma mais contundente. Importante saber que se a pessoa não quiser ajuda, será mais difícil lidar com a situação. No entanto, devemos considerar a dinâmica dessas relações de ajuda/cuidado e não desistirmos de encontrar os melhores caminhos. A escola e o vínculo com educadores podem desempenhar papel importante.

Há situações em que a pessoa conta a amigos a intenção de se matar e pede que o amigo não conte a mais ninguém, o que gera sofrimento a este interlocutor. Há também o mito de que quem conta ou posta a intenção nas redes sociais não chega a executar. Isso não é verdade, devemos sim considerar a possibilidade. É importante que não sejam feitos julgamentos prévios ou desafios, uma vez que é preciso considerar que a pessoa teve a ideia. Sempre lembrar que quanto mais tentativas, maior o risco.

Os melhores fatores de proteção são perceber, investir e fortalecer as esferas da vida que fazem bem para a pessoa. Não há uma estratégia que funcione para todos os casos. A família e amigos podem desempenhar papel fundamental em trocas afetivas positivas.



Mas cabe lembrar que, muitas vezes, quem está com ideação suicida pode sentir vergonha ou medo de envergonhar, por isso não compartilha sua situação ou busca ajuda. A escola e profissionais da educação podem contribuir ou mediar a relação familiar. Faz-se isso tendo canais institucionais permanentes de acolhimento às questões estudantis e suas famílias, mas também tendo a comunidade informada e empática para ajudar com questões de sofrimento.

Portanto, há situações em que a relação familiar, permeada por violências, agressões e abusos são fatores que motivaram a ideação ou tentativa de suicídio, esses casos são muito complexos e vai exigir que a rede de saúde, assistência social e conselho tutelar atuem em parceria.

Também podem ser fatores de proteção comportamentos que contribuam direta ou indiretamente com o bem-estar da pessoa, como alimentação adequada, sono de qualidade em quantidade suficiente, realização de atividades físicas, lazer, recreação, projetos que deem motivação.

Uma pessoa em sofrimento, com ideação suicida ou comportamento suicida não deve ser tratada de forma preconceituosa e estigmatizante. Isso pode inclusive aumentar o sofrimento.

Não podemos evitar falar do assunto. Na vigência da ideação, comportamento ou tentativa de suicídio é fundamental que as pessoas com melhor vínculo se disponham a conversar, respeitando o tempo e vontade de falar da pessoa.

Aconteceu uma tentativa ou suicídio! Como o profissional e a instituição podem lidar com isso?

É natural que as intervenções que envolvem saúde mental e, especialmente o suicídio, gerem insegurança e angústia nos educadores, isso também acontece com profissionais da saúde.

Esses sentimentos podem ser ambivalentes na medida em que muitos pensam que poderiam ter feito mais, inclusive salvado uma vida. Ao mesmo tempo há o receio de dizer coisas que possam piorar a situação, a crença na própria incapacidade de lidar com temas de saúde mental e o receio de ser responsabilizado por algo que parece querer fugir ao seu controle podem levar profissionais a evitar situações e gerar atitudes defensivas.



Nesse sentido, é válido todo esforço de questionamento sobre métodos, técnicas, perguntas, que podem ser feitas aos alunos, mas deve-se levar em conta que nada será infalível. Os sofrimentos, nessa mesma linha, são processuais e não irão se esgotar com uma conversa ou ação na escola e nem nos serviços de saúde. Se o objetivo é a criação de vínculo e a escuta é empática (isto é, se colocar no lugar do outro), já aumentamos nosso rol de possibilidades.

O mesmo acontece quando procuramos partilhar com os colegas de trabalho nossos sentimentos, emoções, inseguranças, atitudes e decisões, pois podemos ser apresentados a perspectivas que não havíamos imaginado antes. Acontece que em muitos atendimentos profissionais tentam impor normas ou procedimentos que partem da própria realidade do profissional e não das demandas, vivências e contexto da pessoa que sofre e precisa de ajuda. Assim, é necessário ser cuidadoso no julgamento e no aconselhamento em torno das diferenças culturais e do respeito à diversidade de vivências das pessoas.

Nos casos em que estudantes tentam ou cometem suicídio, os profissionais que estavam acompanhando, ou que conheciam a pessoa, ou que apenas são da escola ou serviço de referência, podem entrar em processo de sofrimento e serem acometidos por pensamentos como “será que poderíamos ter evitado?”, “em que e onde falhamos”, “por que não desconfiamos que este estudante estava tão mal?”. A sensação de impotência e a culpa são sentimentos muito presentes em situações como essa. É necessário lembrar a complexidade que envolve os casos de suicídio e acolher da melhor forma possível todas as pessoas envolvidas.

Quando possível, busque partilhar a situação com outros pontos da rede de ensino e saúde, de preferência com pessoas que tenham experiência no assunto. Profissionais que não estiverem diretamente ligados à pessoa que tentou ou cometeu suicídio e com todas as outras que sofrem pela situação, pode encontrar bons caminhos sobre como conduzir as ações de acolhimento.

Esse conjunto de ações que devemos tomar após uma tentativa ou suicídio é chama de pós-venção. Profissionais, estudantes, familiares e toda a comunidade de uma escola terão que lidar com a situação, inclusive vivenciar o luto. Esses momentos são carregados de sentimentos, emoções e sofrimento. Cabe criar uma rede solidária e afetiva de apoio, identificar as pessoas com maior sofrimento e em processos de adoecimento para que possam ser acompanhados por profissionais da rede de saúde.

A rede de serviços de saúde do território em que a escola se situa é uma importante retaguarda, uma vez que conta com serviços especializados que são responsáveis pela



atenção à saúde do município. Nos níveis de atenção, os Pronto Socorros ou os Centros de Atenção Psicossocial são estratégias previstas nas políticas de saúde para lidar com saúde mental. Em geral, os casos de tentativas ou ideação suicida envolvem necessidade de acompanhamento por estes serviços.

3.4. Quais são os fatores de proteção e os fatores de risco para os transtornos mentais?

Com o aumento da atenção à Saúde Mental de crianças e adolescentes nas últimas duas décadas, passou-se igualmente a estudar que fatores podem influenciar sua ocorrência (GAUY e ROCHA, 2014). Ou seja, quais características, experiências ou eventos podem contribuir para aumentar a chance do surgimento de um transtorno mental, ou, pelo contrário, diminuí-la.

Desse modo, são chamados fatores de proteção aqueles que favorecem o desenvolvimento e o crescimento saudáveis e fatores de risco aqueles cuja presença aumentam as chances de ocorrer consequências adversas para o desenvolvimento ou funcionamento psicológico / social.

Alguns destes fatores estão associados a aspectos biológicos e outros a questões psicossociais. No entanto, estudos apontam que fatores ambientais são os que têm maior impacto na saúde mental de crianças e adolescentes (MATSUKURA et al., 2012). Também há fatores que se relacionam com características individuais, outros com aspectos ambientais mais específicos daquele sujeito - chamado de micro sociais e outros, ainda, têm relação com condições estruturais e socioculturais mais amplas.

Também perceberemos que alguns fatores podem ser mais influenciados/alterados e outros menos. Por exemplo, conflitos familiares, maus-tratos, negligência e pobreza são fatores de riscos associados ao ambiente familiar que a escola tem pouca possibilidade de diminuir. Por outro lado, a escola tem maior capacidade de interferir em fatores de risco e de proteção associados à própria escola como instituição que tem enorme impacto na vida de crianças e adolescentes.

Desse modo, relacionamos, a seguir, alguns fatores de risco e de proteção relacionados com o ambiente escolar:

Fatores de risco:

- Discriminação / exclusão
- Violência escolar ou *bullying*



- Agressão verbal dos adultos da escola (professores e outros)
- Experiências e percepção de frequentes fracassos acadêmicos

Fatores de proteção:

- Sentimento de pertencimento e apoio
- Reconhecimento do esforço e valorização
- Interações sociais positivas
- Estímulo a bons hábitos
- Percepção de segurança e proteção
- Acesso a práticas esportivas

É importante dizer que nem os fatores de risco, nem os de proteção por si só são determinantes para um certo desfecho. Eles interagem de múltiplas formas entre si, inclusive com o perfil individual de cada criança. No entanto, fortalecer os fatores de proteção e minimizar os fatores de risco associados à escola podem transformar positivamente o ambiente escolar, com enormes impactos no bem-estar e na saúde mental dos alunos.

3.5. Quais são as ações e encaminhamentos possíveis para a escola?

A escola é um espaço essencial, não só para disseminar informações confiáveis sobre a saúde mental e os transtornos mentais, mas sobretudo para acolher e apoiar aqueles que estão em sofrimento, assim como orientar adequadamente para o acesso ao tratamento. Igualmente, vale marcar o espaço escolar como um lugar privilegiado de ações para a promoção da saúde mental e prevenção de transtornos mentais.

Como temos trazido ao longo deste Manual, a dimensão emocional tem destaque neste contexto, precisando ser considerada e cuidada no ambiente escolar, uma vez que tanto ter bons recursos para lidar com as emoções contribuem para a saúde mental como as dificuldades nesse âmbito aumentam os riscos para os transtornos mentais.

Profissionais da educação não fazem diagnóstico, que é competência de profissionais da área de saúde/medicina. Mas podem conhecer e identificar sinais e indicadores de possíveis problemas na área da saúde mental, que precisarão de avaliação com profissionais externos qualificados.



Para os casos de alunos com diagnóstico estabelecido (laudo), recomenda-se o uso de algumas estratégias que podem ser comuns para todos os alunos outras específicas para cada caso, já que vários transtornos mentais poderão trazer prejuízos maiores para a aprendizagem e dificuldades na convivência. Para os casos mais graves, recomenda-se a supervisão com profissionais da área da saúde.

No ambiente escolar é possível observar a forma como a criança ou o adolescente interage dentro e fora da sala de aula, com os colegas das salas de outras turmas, com os professores e demais profissionais. Este acompanhamento se dá direta ou indiretamente ao longo da semana, do mês, do semestre do ano e do ano após ano. É importante que o educador esteja atento ao comportamento do aluno, principalmente no que pode interferir na aprendizagem do aluno ou da dinâmica da sala de aula. Um educador atento pode inclusive identificar algum comportamento que não foi percebido por outra pessoa em ambiente diferente ao da escola.

A presença de transtornos mentais pode gerar alguns comportamentos na sala de aula que exigirão do professor habilidades no manejo. Vale reforçar que a criança ou o adolescente com transtorno mental, quando com acompanhamento adequado de profissional da área de saúde, pode e deve manter suas atividades normais, sendo capaz de aprender, desenvolver-se e ter uma vida normal. A rotina escolar é fundamental e contribui enormemente para que a criança desenvolva conhecimentos e habilidades que reforçam recursos essenciais para sua saúde mental.

Desse modo, trazemos a seguir uma série de comportamentos que podem se manifestar na escola e estar relacionados - ou não! - aos problemas psíquicos, com algumas orientações/sugestões de manejo. Lembramos que não é possível e nem é nosso objetivo aqui dar receitas prontas, já que cada aluno terá suas particularidades.

Você perceberá que muitas estratégias poderão auxiliar todos os alunos, não somente os que apresentam determinado comportamento ou que tenham um transtorno mental.

1 - Agressividade

“Passei a lidar diferente com uma aluna, que era bastante agressiva. Eu costumava brigar com ela, me impor com gritos e encaminhá-la para a diretoria. Mas um dia resolvi tentar algo diferente: chamei a aluna de lado e deixei ela falar, gritar, xingar...quando ela ficou mais tranquila, falei com ela calmamente, perguntando sobre por que ela se sentia daquela forma e sugerindo outras



maneiras de lidar com a situação. A partir daquele ponto, nossa relação se transformou e vi uma grande mudança no comportamento desta aluna também.”

(Adaptado do relato real de um professor)

O comportamento agressivo pode se manifestar muitas vezes não como razão direta do transtorno mental. A agressividade é uma das respostas à frustração e também pode surgir como reação ao medo. É comum que a criança ou adolescente que sofre de um transtorno mental apresente comportamento agressivo em razão de dificuldades de relacionamento e de aprendizagem que geram enorme frustração, ou mesmo como um reflexo de experiências escolares negativas, como exclusão ou violência.

A escola precisa considerar que a violência irá se manifestar entre os alunos ou mesmo entre esses e os educadores, mas tem de ter procedimentos muito claros e conhecidos de todos de como lidar com estas situações. Famílias, alunos, professores e demais colaboradores da escola têm de conhecer essas regras e as sanções correspondentes. E o Regimento Escolar não deve ser apenas um documento “proforma”, que muitas vezes é desconhecido dos alunos, das famílias e, inclusive, dos educadores. Ele precisa ser debatido com a família quando a criança entra na escola e em dinâmicas com os próprios alunos, para compreenderem a razão das regras e as sanções que podem sofrer. De tempos em tempos, o Regimento Escolar deve ser atualizado e construído com a participação de representantes de toda a comunidade escolar para que tenha maior legitimidade e esteja alinhado com os valores sociais.

Os adultos na escola precisam, igualmente, refletir sobre o modo como lidam com os conflitos com seus pares, gestão e com os alunos, lembrando que são exemplos para os mais jovens, modelando seu comportamento. Este tema tem de ser tratado nas equipes de modo aberto e com clareza, o que ajuda a alinhar condutas e posturas, contribuindo para que o clima relacional da escola seja mais previsível, saudável e de fato educativo.

No entanto, possivelmente, o comportamento agressivo poderá se manifestar no ambiente escolar em razão da própria imaturidade dos alunos frente a frustrações e desavenças. A energia agressiva direcionada para o outro pode ser dirigida ou deslocada.

- 1) Dirigida para a pessoa causadora da frustração: a pessoa resolve enfrentando, falando, cortando as arestas com quem, de alguma maneira, o tirou do prumo.
- 2) Deslocada: quando a pessoa, por algum motivo, não consegue ou não pode enfrentar a origem causadora, então dirige a agressividade para outras fontes como colegas, professores, animais, familiares, etc.



A agressão e a violência são recursos negativos usados para solucionar um desequilíbrio ou um conflito. O comportamento violento pode se manifestar frequentemente pela dificuldade de encontrar uma saída dialogada ou estabelecer um acordo para sanar diferenças entre partes.

É importante que a escola, primeiramente, possa identificar se há na própria escola ações que estejam potencializando a resposta agressiva deste aluno, como bullying ou outras formas de violência, atuando para resolvê-las. Também é necessário que ofereça ao aluno estratégias alternativas para lidar com o conflito, assim como outros recursos para manejar emoções como a frustração, raiva e medo, reconhecendo a emoção desagradável e podendo perceber o que gera em si, assim como as consequências de seus atos para os demais.

Sugestões:

- a) Trabalhar em sala com os alunos as dificuldades que eles enfrentam, podendo perceber quais demandam uma ação do próprio indivíduo e quais a solução não depende dele, podendo buscar alternativas para atuar sobre aquilo que tem domínio e, em relação ao que não se tem controle, desenvolver a capacidade de reavaliar, enxergar outros aspectos ou mesmo aceitar.
- b) Auxiliar a criança ou o adolescente a perceber e identificar a emoção que gerou o comportamento agressivo. Uma das formas é propor que possa falar sobre ela ou expressá-la com um desenho ou imagem. Pode-se facilitar a troca de sentimentos entre os alunos de modo que conheçam novas perspectivas, compartilhem pontos de vista, conheçam e expressem seus sentimentos e desejos, para então buscar novas soluções. Por isso, conflitos são quase sempre oportunidades e não somente problemas a evitar. Os espaços formais de resolução de conflito, como assembleias, rodas de conversa e círculos restaurativos são muito eficazes em provocar relações respeitadas e cooperativas de resolução de conflitos.
- c) Sugerir que o aluno que manifestou o comportamento agressivo escreva num papel o que ele está sentindo, descrevendo o que ocorreu, o que pensou, como se sentiu e finalmente o que desejaria dizer ao outro. No dia seguinte, propor que pegue um papel em branco e escreva exatamente o que fez no dia anterior, mas sem consultar o primeiro bilhete. No terceiro e no quarto dia, a mesma coisa. É possível que perceba que, à medida que monta e remonta a narrativa do fato, vai ampliando a consciência das suas emoções e de outros sentimentos associados. No quinto dia não deve escrever nada, a tarefa será ler o primeiro e o último bilhete e compará-



los. Este exercício fará perceber a diferença e a amplitude emocional que permeia um evento e a tomada de consciência das próprias emoções, podendo pensar em comportamentos alternativos para a agressão.

- d) Atividades físicas são uma alternativa para auxiliar a descarregar a energia. Além do exercício produzir os hormônios do relaxamento e prazer, aumenta o bem-estar, melhora o humor e diminui os níveis de estresse.

2 - Automutilação

“Percebi uma grande mudança em uma aluna nos dois últimos meses. Parecia desligada na aula, triste, sua dedicação e desempenho escolar caiu muito. Passei a observar com atenção e um dia chamei um amigo seu da classe para conversar. Ele, muito nervoso, disse que a colega estava se cortando, mas pediu que ele mantivesse segredo. Conversei com a direção, que chamou a aluna para conversar sem expor o amigo que havia nos contado. Ela chorou muito, falou sobre sofrimentos com questões familiares, sobre uma imensa tristeza. Fomos conversando com ela e sugerimos chamar a mãe para uma conversa conjunta. Foi o melhor que fizemos, pois, a partir dali ela passou a ter atendimento psicológico e foi aos poucos melhorando. ”

(Adaptado do relato real de um professor)

Quando o professor, ou qualquer outro integrante da escola, perceber que o aluno está se auto agredindo, com ações de automutilação, é fundamental que não o recrimine e não o exponha. Também não ajudará manifestar sentimentos de indignação, raiva, negação ou banalização do problema. Seguem algumas orientações básicas:

- a) O aluno precisará de compreensão, suporte e de que se ouça suas angústias, que são normalmente as motivadoras da ação de autoagressão. É fundamental que este aluno seja ouvido de maneira privada, em um clima de acolhimento e respeito.
- b) Encaminhe a situação para a direção para os encaminhamentos junto à família e profissionais de saúde mental. Será necessário conversar com o aluno sobre a necessidade de ajuda psicológica, propondo que sua família seja comunicada.
- c) Apoie o aluno a comunicar para a família o que está enfrentando.
- d) Certifique-se que ele esteja recebendo ajuda psicológica profissional.



- e) Na escola, de modo geral, é muito importante trabalhar com os alunos diferentes formas para lidar com emoções desagradáveis advindas de frustrações e conflitos os ajudam a ter mais recursos para manejá-las.

3 - TDAH e outros problemas de atenção

“Tive, este ano, um aluno que tinha laudo de TDAH. Era seu primeiro ano comigo e eu tinha recebido o histórico dele de anos anteriores, quando apresentou muitas dificuldades de aprendizagem e, para complicar, sua agitação atrapalhava bastante a aula. Resolvi, na primeira semana, conversar com ele em separado. Perguntei como se sentia, o que para ele era fácil, do que gostava nas aulas, o que achava difícil. Eu disse que queria muito que ele se saísse bem na minha matéria e propus alguns poucos acordos com ele. Ajudou muito, criamos um vínculo muito positivo, senti que ele se estava motivado nas minhas aulas e tive poucos problemas com ele ao longo do ano. No final do ano ele me disse que nenhum professor havia conversado com ele antes daquele jeito.”

(Adaptado do relato real de um professor)

Seja um aluno com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção ou um aluno que apresente dificuldades em sustentar a atenção por mais tempo durante a aula, é importante que o professor possa usar de algumas estratégias que diminuam as distrações e o ajude a realizar as atividades propostas.

É comum que estes alunos, igualmente, apresentem dificuldades em se organizar e de compreender várias instruções ao mesmo tempo. Antes de tudo, é importante que o professor compreenda que, nestes casos, estes comportamentos não são voluntários nem intencionais. Isso o ajudará a não tomar como uma vontade deliberada do aluno de “causar”, de desrespeitá-lo ou mesmo como uma agressão pessoal e será mais fácil não se deixar levar pela irritação ou pela raiva, podendo ter ações mais assertivas.

Cabe ressaltar que alunos com dificuldades atencionais frequentemente tem um histórico de fracasso escolar e um vínculo negativo com a aprendizagem ou mesmo com a escola em razão de sucessivas frustrações. Tendem a ter baixa motivação para os estudos, não reconhecer nem confiar em suas capacidades e a desistir frente às dificuldades. Assim, muitas vezes, o problema de aprendizagem destes alunos tem menos relação com suas questões cognitivas e mais com experiências difíceis e frustrantes na escola.

Algumas sugestões que podem auxiliar nestes casos:



- a) Proponha tarefas mais estruturadas, com instruções breves e objetivas. Ajude o aluno a estabelecer o passo-a-passo de sua atividade, escrevendo, por exemplo, cada etapa na lousa.
- b) Retome, com maior frequência, os objetivos da tarefa.
- c) Se possível, proponha que o aluno sente mais próximo ao professor ou em algum lugar onde tenha menos distrações.
- d) Se possível, inclua atividades que permitam trocas entre pares ou em grupo, fazendo com que se movimentem e que possam conversar em prol do que está sendo aprendido. Isso será útil para “quebrar” tempos longos de permanência em uma só atividade, o que é penoso para estes alunos.
- e) Reconheça seus avanços, mesmo que pequenos, e seu esforço de maneira verdadeira e, quando possível, em público. Isso fortalecerá seu sentimento de auto eficácia, auxiliará a identificar seus pontos fortes e fará com que se sinta valorizado frente ao grupo.
- f) Aponte as dificuldades do aluno de forma específica. Evite comentários como “você nunca presta atenção”, “você sempre se atrapalha” ou outros comentários generalizantes e que tragam juízo de valor. Ajude-o a encontrar o caminho para superá-las.

4 - Ansiedade

“Os professores de uma turma vinham falando sobre um aluno que costumava passar mal nos dias que tinha apresentação de trabalho em público. Ele se queixava de dores de barriga, pedia para ir ao banheiro muitas vezes e em outras era necessário ligar para a família para buscá-lo, em razão do mal estar físico. Junto com os professores, decidimos que seria conversado com ele antes de propor trabalhos que tivessem apresentações públicas. Passamos a perguntar se ele queria apresentar, de que forma e em que momento. Um dos professores propôs que ele apresentasse com seu grupo em separado, enquanto os outros alunos estavam fazendo outra atividade, para não sentir a pressão de estar em evidência em frente à turma. Com alguns professores funcionou melhor, com outros nem tanto. Mas ainda assim resolvemos que seria importante conversar com a família para que buscasse um apoio psicológico, já que estes eventos geravam grande sofrimento para este aluno.”

(Adaptado do relato real de um orientador educacional)



A ansiedade, mesmo que não esteja associada a um transtorno, pode variar entre um comportamento leve, que gera desconforto pontual pode até tomar proporções maiores, podendo bloquear a realização de uma atividade, como uma avaliação ou uma apresentação. Relacionada a perigos potenciais, medo de que algo ruim aconteça. Caracteriza-se por uma sensação desagradável de tensão e apreensão fazendo antecipar um perigo futuro, que pode ou não acontecer, sofre por antecipação, dentro da normalidade quando se quer fazer um trabalho bem feito, quando tem uma apresentação, esperando um filho, etc...

Quando a ansiedade vem sem causa aparente ou intensidade exagerada torna-se prejudicial.

Os sintomas são desagradáveis, a capacidade intelectual é atingida, ela diminui a capacidade de pensar com clareza, de julgar apropriadamente, de aprender com eficiência ou de recordar coisas com precisão.

Manejar a ansiedade implica em tomada de consciência, reconhecer o que se teme, aprender a lidar com os resultados sejam eles positivos ou nem tanto e o que se pode fazer que dependam exclusivamente do indivíduo, isso está no seu controle, fazer o que se espera que seja feito.

5 - Retraimento, isolamento

“Recebemos uma aluna de outra escola e os pais nos contaram que lá ela ficava muito sozinha. Segundo eles, ela era muito tímida e tinha dificuldade de se enturmar com as outras meninas, não tendo feito amigos, o que a deixava muito triste. Os alunos também não a incluíam nas brincadeiras e não a chamavam para atividades que combinavam fora da escola. Conversando com alguns professores da turma, um deles deu a ideia de chamar uma aluna da turma para ser a ‘monitora’ desta aluna nova. Funcionou tão bem que resolvemos ampliar a ação para todas as salas que tinham novos alunos novos. Fizemos uma espécie de ‘minicurso’ com orientações básicas para estes monitores, demos certificado e o ‘título’ de monitores. Em linhas gerais, eles ficariam responsáveis por enturmar os novos alunos, chamá-los para as atividades e protegê-los, no caso de serem alvo de exclusão ou da gozação dos colegas. Estes alunos se sentiram prestigiados e alguns foram tão eficientes em apoiar os novos alunos, que assumiram esta responsabilidade com outras turmas, além da sua.”

(Adaptado do relato real de um orientador educacional)



Por vezes, percebe-se, já na pré-escola, que as crianças mais tímidas ou retraídas socialmente podem ter maior dificuldade em iniciar o contato com outras crianças, tendendo a levar mais tempo para iniciar uma conversa e a falar menos frequentemente. Mesmo quando interagem, estas crianças são percebidas como menos competentes socialmente e como tendo menos sucesso na concretização dos seus objetivos sociais (CROZIER & PERKINS, 2002; RUBIN et al, 1989).

O que se deve considerar é se este é um comportamento que gera sofrimento e que traduz em prejuízo ao aprendizado e ao desenvolvimento da criança ou do adolescente. Caso seja um comportamento novo no aluno, observe se é algo pontual e temporário - que pode ser natural - ou se é um comportamento que perdura ou que se repete com frequência. A ideia é descartar a possibilidade de confundir, por exemplo, algo que seja o resultado de um acontecimento, como elaboração da perda de um bichinho de estimação, de um sinal preocupante, que possa indicar um transtorno mental.

Algumas sugestões de manejo:

- a) Fazer atividades em grupos de maneira gradual, até se conseguir conquistar a confiança e ajudar o aluno mais tímido a se sentir acolhido e amparado pelo grupo.
- b) Procurar perceber as situações que para o aluno são mais desconfortáveis e não expô-lo.
- c) Criar situações de colaboração e participação de tarefas coletivas.
- d) Identificar áreas de interesse e de competência da criança ou do adolescente e encontrar meios de usufruir em atividades acadêmicas ou lúdicas.

Sempre considerar que a introversão é também uma característica de personalidade e que é a forma como a pessoa direciona a sua energia no contato com o mundo, não significando, necessariamente, um problema. Os alunos assim tendem a serem mais contemplativos, de poucos amigos e não costumam falar de si. Embora possam se atrapalhar em alguns casos, podem se desenvolver de modo saudável.

6- Impulsividade

“Tive um aluno bastante difícil no primeiro semestre. Ele era inquieto, falava no meio da explicação, não tinha paciência para esperar sua vez, ‘chacoalhava’ na cadeira. Para mim estava muito difícil lidar com ele e comecei a ficar muito irritado toda vez que tinha que dar aula para a turma. Conversando com outros professores, soube que um deles fez um acordo com este aluno: nos 5 primeiros minutos de sua



aula, enquanto o professor fazia chamada, este aluno podia ir até a quadra e correr em torno dela, com o consentimento do professor de Educação Física. Depois o aluno voltava para a sala e se comprometia a ‘não causar’. Este professor disse que isso ajudou muito, mas que ele também passou a se organizar de forma que o tempo de aula expositiva fosse alternada com atividades onde os alunos discutiam em grupos, elaboraram perguntas e faziam debates. Resolvi adotar a estratégia e melhorou muito, inclusive minha relação com este aluno.”

(Adaptado do relato real de um professor)

A impulsividade é uma característica natural presente na criança em função de que alguns processos mentais que ainda estão se desenvolvendo. Esta impulsividade, normalmente, diminui com o passar da idade.

Mas, em alguns casos, mesmo com o passar dos anos a impulsividade não diminui ou até mesmo se apresenta sensivelmente maior que a medida esperada para a idade, havendo dificuldade para agir e interagir dentro de um dado contexto, onde controlar os impulsos se faz necessário. Embora seja uma questão de escolha, não priorizar aquilo que não é tão importante sobre aquilo que realmente importa passa a ser mais difícil, como se ater à explicação do professor ao invés de ceder à provocação de um colega de classe, por exemplo.

Como ajudar os alunos a desenvolver maior capacidade de autorregulação e de controle da impulsividade? Novamente, daremos algumas recomendações que poderão ajudar a todos os alunos, e não somente os mais impulsivos:

- a) Promover em aula o desenvolvimento do hábito de falar e de escutar os demais.
- b) Falar com os alunos e ajudá-los a verbalizar o que precisam cognitivamente fazer para realizar e concluir uma atividade. Mostrar para os alunos como temos a necessidade de direcionar nossa atenção e foco para conseguirmos realizar uma tarefa os ajuda a desenvolver a metacognição, tendo maior consciência como suas habilidades cognitivas funcionam e podem ser direcionadas voluntariamente.
- c) Do mesmo modo, ajude-o a perceber e a identificar seus estados emocionais que o deixam mais impulsivo ou menos impulsivo. Criar um quadro com um “termômetro emocional”, por exemplo, onde os alunos possam marcar como está seu estado de ânimo os ajudará a ampliar seu autoconhecimento emocional, facilitando aprimorar recursos de autorregulação.



- d) Colocar crianças menos impulsivas com crianças mais impulsivas para realizar trabalhos conjuntamente; uma pode servir de referência e de oportunidade de regulação frente à outra.
- e) Certifique-se que o aluno mais impulsivo entendeu como realizar a tarefa: o claro conhecimento do que deve ser feito diminui a ansiedade e, por conseguinte, a impulsividade.
- f) Crie um espaço de comunicação sem expor o aluno mais impulsivo aos demais; estabeleça um código com ele para que ele possa refletir sobre como está se comportando, e reconheça com ele a dificuldade de administrar a impulsividade.
- g) Usar ferramentas de planejamento, organização e administração do tempo para a realização de tarefas e pesquisas.
- h) Permita um grau de liberdade e autonomia, como escolher por onde começar uma dada tarefa, por exemplo.
- i) Desenvolver tarefas em grupos, fazer a rotação dos alunos pelos grupos.
- j) Criar uma caixa onde os alunos possam depositar de maneira incógnita aflições, que deverão ser retiradas de maneira aleatória e fazer a leitura em primeira pessoa, dizendo como solucionariam o problema.

3.6. Como contar com a rede de saúde / psicossocial?

Saúde, para além de um conceito complexo, é um direito social previsto na Constituição do Brasil, tal qual a educação (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a política pública que orienta a atenção à saúde no Brasil. Antes de sua criação, o acesso à saúde se restringia às pessoas que tinham dinheiro e carteira de trabalho assinada. O restante majoritário da população ficava desassistida com acesso apenas às Santas Casas de Misericórdia ou outras iniciativas filantrópicas. Neste período a atenção às pessoas com transtornos mentais era sinônima de internação em grandes “hospitais-colônia” psiquiátricos especializados. A atenção primária à saúde era praticamente inexistente.

O SUS tem com princípios:

Universalidade - Todas as pessoas têm direito a acessar as ações e os serviços de Saúde, de forma igualitária, sem preconceitos.

Equidade – Estabelece que as ações de saúde devem atender de maneira prioritária quem mais precisa.



Integralidade – Garante o acesso a todos os níveis de complexidade da atenção à saúde com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Participação popular - Por meio da Lei n. 8.142/90, estabeleceu-se que a população participa da gestão do SUS em diferentes Conselhos, desde os locais de cada serviço até o Conselho Nacional de Saúde, além das Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais que são deliberativas.

A gestão do SUS é compartilhada entre os entes federativos de maneira similar à Educação. Municípios são responsáveis pela Atenção Básica, Estados pela média e alta complexidade e o Governo Federal faz a gestão de Programas e Políticas estratégicas para o país, além de ser responsáveis por alguns serviços específicos. Cerca de 75% da população são integralmente dependentes do SUS, e 25% possuem seguros e planos de saúde suplementar individuais ou coletivos (MENDES, 2012).

Desde 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é adotada pelo SUS para reorientar o modelo assistencial a partir da atenção primária. No modelo da ESF, cada equipe de saúde da família se responsabiliza pela saúde integral de todos os moradores de um determinado território (COSTA & CARBONE, 2004). Em 2008, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), visa ampliar a resolutividade com a atuação de psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, dentre outras categorias profissionais. O NASF também vem desempenhando um papel importante na Saúde Mental em diversos municípios.

Com a Reforma Psiquiátrica, o modelo assistencial à Saúde Mental mudou e uma nova política foi pensada. O tratamento deixou de ser prioritariamente realizado em hospitais e passou a ser efetuado no território em que a pessoa vive. É o que chamamos cuidado em rede de atenção de base comunitária. As internações ficam reservadas para situações extremas e os períodos devem ser breves.

A Política de Saúde Mental brasileira preconiza que as ações de cuidado sejam implementadas por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Como organizador deste modelo, surge o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), estratégico para a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no Brasil. Os CAPS são gerenciados pelos municípios, abertos e de base comunitária. Prestam atendimentos diários às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes por meio de atendimento clínico e reinserção social. A proposta desses centros é que, com o acesso aos direitos de todo cidadão – como o trabalho, o lazer, o fortalecimento dos laços familiares e comunitários –, a pessoa com transtorno mental ocupará um novo espaço na sociedade. De acordo com



a política, as particularidades de cada município orientam a necessidade de um CAPS diferente.

Os tipos de CAPS são:

CAPS I: de menor porte, atende uma população entre 20 mil e 50 mil habitantes e contam com uma equipe de no mínimo nove profissionais.

CAPS II: serviço de médio porte, atende a municípios com mais de 50 mil habitantes. Sua equipe mínima é de 12 profissionais.

CAPS III: serviço de maior porte, para municípios com mais de 200 mil habitantes. Diferentemente dos dois primeiros, esse funciona 24h oferecendo hospitalidade noturna para usuários que precisem de um acompanhamento mais próximo. Funciona todos os dias da semana e conta com uma equipe mínima de 16 profissionais, além da equipe noturna e de fim de semana.

CAPS i: serviço especializado no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais. Sua equipe mínima é de 11 profissionais. Escolas em municípios que possuem esse tipo de CAPS podem fazer diversas atuação em parceria no acompanhamento de crianças e adolescentes.

CAPS AD: especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas; funciona com equipe mínima de 13 profissionais.

Apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Aliás, a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados. Estão incluídos nesta rede: a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros (BRASIL, 2003).

A integração da Saúde Mental na atenção primária é uma das 10 ações recomendadas para organização de serviços relacionados a esse campo de atuação pela OMS (OMS, 2005). É a principal garantia de acesso da população às boas práticas em Saúde Mental. A AP é o nível de serviço prioritário para o cuidado à Saúde Mental, principalmente em territórios com poucos recursos econômicos ou com escassez de especialistas, como é o caso de várias regiões no Brasil.

A rede de atenção psicossocial

Com a RAPS, pretende-se mostrar a todos quais as atribuições de cada serviço no cuidado à saúde mental. Em todos os pontos de atenção da rede, a população tem o direito de ser atendida conforme sua necessidade, inclusive a de Saúde Mental. Vale lembrar que



o atendimento de crianças, adolescentes e jovens é dos objetivos específicos da RAPS (BRASIL, 2011).

É fundamental que cada escola possa conhecer a rede de saúde / psicossocial de sua região. Muitas vezes as famílias não buscam estes serviços por não os conhecer, privando-se de serviços essenciais, e a escola pode contribuir na sua divulgação.

Além disso, a parceria com a rede de saúde fortalece a própria escola e os fatores de proteção para toda a comunidade escolar. Faz com que os educadores tenham maior apoio neste âmbito e um recurso com que contar em situações mais complexas.



CONCLUSÃO DESTA ETAPA

Certamente, o primeiro aspecto importante a ressaltar nesta conclusão é que este material é apenas um preâmbulo para muitas outras informações, reflexões e vivências. O tema da Saúde Mental é amplo e entendemos que será necessário aprofundá-lo em trabalhos futuros.

No entanto, para repetir um termo que tem sido bastante usado, mas nem por isso menos relevante, ele vem ao encontro de ações para empoderar o professor em específico e o educador em geral.

Também dá acesso a informações que consideramos úteis a todos os cidadãos. Democratizar o acesso a este conhecimento nos leva a compreender melhor o significado e relevância da educação em Saúde Mental e ter, também, maior clareza em relação às nossas questões pessoais, que antecedem as profissionais e as de pessoas próximas a nós e, por consequência, faz com que possamos colaborar em prol do coletivo, que todos possam gozar de mais saúde e maior bem-estar. Educar para a saúde da mente é um grande passo em direção a equidade e a excelência na educação, postulada em nossa introdução.

Estamos gratos e felizes que você esteja trilhando esta jornada conosco.

Um abraço com afeto,



OS AUTORES

Anderson da Silva Rosa



Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo - Unifesp (2004). Mestre (2008) e Doutor (2012) em ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Unifesp. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Escola Paulista de Enfermagem da Unifesp. Atualmente é Pró-Reitor de Assuntos Estudantis da Unifesp. Coordenador do Programa de Extensão Universitária Com-unidade: saúde, assistência social, educação e direitos humanos e do Projeto Periferia dos Sonhos que atua com pessoas em situação de rua na cidade de São Paulo. Pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Saúde, Políticas Públicas e Sociais. Autor de diversos livros e artigos científicos. Tem experiência nas áreas da Saúde Coletiva, Saúde Mental, Enfermagem e Gestão. Coordenou o Projeto “Capacitação dos Profissionais da Rede de Assistência Social e da Saúde para realizarem intervenções psicossociais na área da saúde mental às pessoas em situação de rua”. Iniciativa pioneira, constituída pela parceria entre Secretaria Municipal da Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) de São Paulo, a UNESCO, a Unifesp e a Organização de Auxílio Fraternal (OAF) e que permitiu a produção do Livro “Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social” que pode ser acessado em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/desenvolvimento_urbano/saude_mental_pop_rua.pdf



Adriana Fóz



Graduada em Pedagogia, pós-graduada em Psicologia da Educação pela Universidade de São Paulo (USP), é especialista em Psicopedagogia e Neuropsicologia. Mestre em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica (UNIFESP) e pesquisadora em Neurociência pela mesma universidade. É diretora da NeuroConecte, e foi gestora do Projeto Cuca Legal na Psiquiatria/UNIFESP entre 2007 - 2017. Atende em seu consultório pacientes jovens e adultos, além de ministrar cursos e aulas em instituições, como na Pós graduação em Neurociências (FMUSP), CDN (UNIFESP), Casa do Saber, Palas Athena, Instituto Singularidades e outros. Tem experiência nas áreas

da Educação Socioemocional, Reabilitação Cognitiva, Neurociência Educacional e Saúde Mental. Palestrante, inclusive do TEDx e autora, onde trabalha na translação de temas. Sua última obra (2019): *Frustração-como treinar suas competências emocionais para enfrentar os desafios da vida pessoal e profissional*.

Alcione Marques



Graduada em Pedagogia e especialista em Psicopedagogia com aprimoramento em Reabilitação Cognitiva. Tem 20 anos de experiência na área da Educação e é Mestre em Ciências pela UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo. Trabalha como psicopedagoga clínica e escolar, atendendo em consultório crianças e adolescentes com problemas de aprendizagem. Atua junto às escolas com cursos e palestras para pais e professores. É diretora da NeuroConecte, onde desenvolve projetos multidisciplinares de Educação Emocional, Mindfulness, Neurociência Educacional e Saúde Mental em escolas e em organizações diversas.



Eduardo Lopes



Graduado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) com especialização em Psicodrama. Terapeuta Clínico e professor de Psicodrama no Getep - Grupo de Estudos e Trabalhos Psicodramáticos. É membro da NeuroConecte, onde atua em formações voltadas à Educação Emocional, Competências Socioemocionais e à Saúde Mental na Educação.

Luiza Hiromi Tanaka



Graduada em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1980), mestre e doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP e Pós-doutora no Programa de Enfermagem da UNIFESP. É membro do Conselho da NeuroConecte, atua nas formações em Mindfulness. Foi coordenadora de ensino e pesquisa e; assistencial da diretoria de enfermagem do Hospital Universitário da UNIFESP - Hospital São Paulo. Atuou como professor de graduação e orientador do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Escola

Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. É instrutora de práticas meditativas pela Associação Palas Athena e acreditada pela Breathworks (Reino Unido) e Respira Vida Breathworks (Espanha) como Teacher trainer – Formador de professores do Programa MBPM Mindfulness e compaixão para saúde e estresse.



REFERÊNCIAS

ALBERTA FAMILY Wellness.org. Disponível em <https://de.wellness.org/>.

ASSIS, Simone Gonçalves de et al. Ansiedade em crianças: Um olhar sobre transtornos de ansiedade e violências na infância. In: **Ansiedade em crianças: um olhar sobre transtornos de ansiedade e violências na infância**. 2007.

ALBUQUERQUE, Paloma Pegolo de et al. Efeitos tardios do bullying e transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão crítica. 2013.

AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

AMARENTE, P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. Cad. Bras. Saúde Mental, v. 1, n. 1, jan-abr. 2009. ARBEX, D. Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ANDERSON, L.; VOSTANIS, P.; O'REILLY, M. Three-year follow-up of a family support service cohort of children with behavioural problems and their parents. **Child: care, health and development**, v. 31, n. 4, p. 469-477, 2005.

BARLOW, D. H., & CRASKE, M. G. (1999). Transtorno do Pânico e agoraphobia. In: BARLOW, David H. (org). Manual clínico dos transtornos psicológicos. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde mental e atenção básica: o vínculo eo diálogo necessários. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.270, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia nacional de prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 74 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde Legis. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Bol Epidemiol. v. 48, n. 30. Pág. 1-14, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

171

p.

Disponível

em:



http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf . Acesso em 26 de julho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 15 - Suicídio: tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil, 2007 a 2016. Ministério da Saúde. v. 50, n. 15, Jul. 2019.

BRASIL, Fundação Oswaldo Cruz. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia por COVID-19. Ministério da Saúde, 2020. WHO. Mental health and psychosocial considerations during COVID-19 outbreak. March, 2020.

BOND, Lyndal et al. Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. **Journal of Adolescent Health**, v. 40, n. 4, p. 357. e9-357. e18, 2007.

BOTEGA, Neury José et al. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 27, n. 1, p. 45-53, 2005.

BRESSAN, Rodrigo Affonseca et al. Promoção de saúde mental e prevenção de transtornos mentais no contexto escolar. **Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber**. Porto Alegre: Artmed, p. 37-47, 2014.

COLLABORATIVE FOR ACADEMIC, SOCIAL AND EMOTIONAL LEARNING (CASEL) [Internet Homepage]. Disponível em <https://casel.org/>. (accessed 20 october 2018).

CASTRO, F. S., & LANDEIRA-FERNANDEZ, J. (2011). Alma, corpo e a antiga civilização grega: as primeiras observações do funcionamento cerebral e das atividades mentais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, vol. 24, no. 4, pg. 798-809, 2011.

CEAPARUI., LAZAR J., BESSIERE, K., ROBINSON, J., SHNEIDERMAN B. Determining causes and severity of end-user frustration. *Int. J. Hum. Comput. Interact.* v.17, n. 3, pág. 333–356, 2004.

CHEN, Mu-Hong et al. Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in Taiwanese children. **The Journal of pediatrics**, v. 172, p. 162-167. e1, 2016.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Grupo A-Artmed, 2000.

DAMÁSIO, A. O Mistério da Consciência: do corpo e das emoções do conhecimento de si. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

DAMÁSIO, A. R. O Erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 1996.

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho (I. Domingues, trad.). In: C. Dejours, E. Abdoucheli & C. Jayet (Orgs.) *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. (3ª ed.) (pp. 21-32). São Paulo: Atlas, 1994.



DIAMOND, Marian C. Enrichment response of the brain. **Encyclopedia of neuroscience**, v.31, 2001.

DIAS, Natália Martins; MENEZES, Amanda; SEABRA, Alessandra Gotuzo. Alterações das funções executivas em crianças e adolescentes. **Estudos interdisciplinares em Psicologia**, v. 1, n. 1, p. 80-95, 2010.

FAVA, G & SONINO, N. (2000). Psychosomatic medicine: emerging trends and perspectives. **Pubmed**, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10867586/>. Acessado em 17 de maio de 2020.

FLEITLICH-BILYK, Bacy et al. Saúde e transtornos mentais. **Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber**. Porto Alegre: Artmed, p. 25-36, 2014.

FÓZ, A, **Frustração**: Como treinar suas competências emocionais para enfrentar os desafios da vida pessoal e profissional São Paulo: Benvirá, p. 16, 2019.

FREUD, S. (1917[1916-17]). Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 16. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

GAILLARD R. et al. Converging intracranial markers of conscious access. *PLoS Biology*, v.7, 2009.

GAUY, Fabiana Vieira; DA ROCHA, Marina Monzani. Manifestação clínica, modelos de classificação e fatores de risco/proteção para psicopatologias na infância e adolescência. **Temas em Psicologia**, v. 22, n. 4, p. 783-793, 2014.

GROSS, C. G. *Brain, vision, memory: Tales in the history of neuroscience*. Cambridge, MA: Bradford Book, 1998.

HADLINGTON, Lee; SCASE, Mark O. End-user frustrations and failures in digital technology: exploring the role of Fear of Missing Out, Internet addiction and personality. **Heliyon**, v. 4, n. 11, p. e00872, 2018.

HANSON, R. & MENDIUS, R. (2012). **O Cérebro de Buda**. 1a Edição, São Paulo. Ed. Alaúde, 2012.

HEIDEGGER, Martin. *Sein und Zeit*. Tübingen: Max Niemeyer, 1960.
Jenkins, W. M. e Merzenich, M. M. Cortical representational plasticity: some implications for the bases of recovery from brain damage. Em N. von Steinbüchel; D. Y. von Cramon e E. Pöppel (Orgs.), *Neuropsychological rehabilitation* (pp. 20-35). Berlin: Springer, 1992.

HERCULANO-HOUZEL, S.(2005). O cérebro em transformação, São Paulo. Ed. Objetivo, 2005.

JAEN-VARAS, D., MARI, J., ASEVEDO, E., BORSCHMANN, R., DINIZ, E., ZIEBOLD, C., et al. The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective ecological study. *Braz J Psychiatry*. 2019. Disponível em. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0223>



JONES, SM, BOUFFARD, SM, WEISSBOURD, R. Phi Delta Kappan, Educators' social and emotional skills vital to learning. 2013.

JUVONEN, Jaana; GRAHAM, Sandra. Bullying in schools: The power of bullies and the plight of victims. **Annual review of psychology**, v. 65, p. 159-185, 2014.

KESSLER RC. The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders. Cambridge University Press, 2008.

KYRIACOU C. Teacher stress: directions for future research. Educational Review. v. 53, n. 1, pág. 27–35, 2001;

KOVÁCS, M. J. (Org.), **Morte e existência humana**: Caminhos de cuidados e possibilidade de intervenção. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 222 p.

KUTCHER, et al., Transtornos do humor – depressão e transtorno bipolar. **Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber**. Porto Alegre: Artmed, p.133-151. 2014.

KUTCHER, Stanley P.; WEI, Yifeng. **Mental health & high school curriculum guide: understanding mental health and mental illness**. Canadian Mental Health Association, 2015.

LIPP MN. Soluções criativas para o stress. Estresse, ansiedade e qualidade de vida em professores: efeitos do relaxamento progressivo. Campinas: Papirus, 2003. p. 109-127.

LOPES, C de O. A Consciência na Perspectiva de Antônio Damásio: Self e Subjetividade. Uberlândia, Minas Gerais: UFU, 02 de dezembro de 2019.

LOURENÇO, L. DE F. L.; DANCZUK, R.; PAINAZZER, D.; DE PAULA JR., N.; MAIA, A.; DOS SANTOS, E. (2012). História da Enfermagem. **ABEn Nacional**, 2012. Disponível em: <http://www.here.abennacional.org.br/here/vol3num1artigo2.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2020.

LUCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 399-407, abr. 2007.

MANGOLINI, Vitor Iglesias et al. Treatment of anxiety disorders in clinical practice: a critical overview of recent systematic evidence. **Clinics**, v. 74, 2019.

MARGIS, R; PICON, P; COSNER, AF; SILVEIRA, RO. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul v.25 supl.1 Porto Alegre abr.2003 <https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000400008>

MARQUES, AM, **Efeitos de um programa para o desenvolvimento de habilidades socioemocionais em professores**. EPE-UNIFESP, 2019.

MATSUKURA, Thelma Simões; FERNANDES, Amanda Dourado Souza Akahosi; CID, Maria Fernanda Barboza. Fatores de risco e proteção à saúde mental infantil: o contexto familiar. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 23, n. 2, p. 122-129, 2012.



MILATZ, Anne; LÜFTENEGGER, Marko; SCHOBER, Barbara. Teachers' relationship closeness with students as a resource for teacher wellbeing: A response surface analytical approach. **Frontiers in psychology**, v. 6, p. 1949, 2015.

MILLER-LEWIS, Lauren R. et al. Student-teacher relationship trajectories and mental health problems in young children. **BMC psychology**, v. 2, n. 1, p. 27, 2014.

MISCHEL, Walter; SHODA, Yuichi; RODRIGUEZ, Monica I. Delay of gratification in children. **Science**, v. 244, n. 4907, p. 933-938, 1989.

MOFFITT, Terrie E. et al. A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. **Proceedings of the national Academy of Sciences**, v. 108, n. 7, p. 2693-2698, 2011.

NOCK, Matthew K. et al. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. **Psychiatry research**, v. 144, n. 1, p. 65-72, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Sobre A Saúde No Mundo 2001 – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, p.3-4, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias. Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação. Brasília: Organização Mundial de Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio um recurso para conselheiros**. Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2006.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. Finland: slow and steady reform for consistently high results. In: Strong performers and successful reformers in education: lessons from PISA for the United States. OCDE, 2010.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. Aprendendo para o mundo de amanhã. Primeiros resultados do Pisa 2003. São Paulo: Moderna, 2005.

POLANCZYK, Guilherme V. et al. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 56, n. 3, p. 345-365, 2015.

RIBEIRO, Olívia et al. O retraimento social em adolescentes: um estudo descritivo do seu ajustamento sócio-emocional segundo a perspectiva dos professores. **Temas em psicologia**, v. 23, n. 2, p. 255-267, 2015.

RIGBY, Ken. Addressing bullying in schools: Theory and practice. 2017.

SADIR, M. A., BIGNOTTO, M. M., & Novaes Lipp, M. E. (2010). Stress e qualidade de vida: Influência de algumas variáveis pessoais. *Paidéia*, v. 20, n.45, pág 73–81, 2010.

SANTANA, Carmen Lúcia Albuquerque; ROSA, Anderson da Silva. Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social. **São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte**, 2016.



SILVA, Lucía. Suicídio entre crianças e adolescentes: um alerta para o cumprimento do imperativo global. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 32, n. 3, p. III-IVI, jun. 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000300001&lng=pt&nrm=iso

SHATKIN, J., Belfer, M. L. The global absence of child and adolescent mental health policy. *Child and Adolescent Mental Health*, v. 9, n. 3, p. 104-108, 2004.

SOUSA, JPM de et al. Transtornos de ansiedade (transtorno de ansiedade generalizada, ansiedade de separação e fobia social). **Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber**, Porto Alegre: Artmed, p. 101-118, 2014.

SOUSA, G. S., SANTOS, M. S. P., SILVA, A.T. P., PERRILLI, J. G. A., SOUGEY, E, B. Revisão de literatura sobre suicídio na infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 9, p. 3099-3110, set. 2017.

SKINNER, B. F. (1953). *Ciência e comportamento humano*. 10a Edição, São Paulo. Ed. Martins Fontes, 2000.

VEENSTRA, René et al. The role of teachers in bullying: The relation between antibullying attitudes, efficacy, and efforts to reduce bullying. **Journal of Educational Psychology**, v. 106, n. 4, p. 1135, 2014.

VIEIRA, Marlene A. et al. Saúde mental na escola. **Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber**. Porto Alegre: Artmed, p. 13-24, 2014.

YUR.R et al. The neural signature of Escalating Frustration in Humans. *Cortex* 54, p.165-78,2014

ZANELATO, L.S. & Calais, S.L.(2010). Manejo do estresse e outros fatores em diferentes populações adultas. In Valle, T.G.M. & Melchior, L.E. (Org.), *Saúde e Desenvolvimento Humano* (p.217-236). São Paulo: Editora UNESP

WHITE, Loyd; HAMMONDS, Frank; VALKYRIE, Karena T. Bullying: Bullies, victims, and witnesses. **Modern Psychological Studies**, v. 20, n. 1, p. 2, 2014.WHO, 2005; BMA, 2006

WHO. Mental health and psychosocial considerations during COVID-19 outbreak. March, 2020.

