

ANDERSON DA SILVA ROSA & ADRIANA FÓZ
Alcione Marques • Eduardo Lopes • Luiza Hiromi Tanaka



CONVERSANDO SOBRE SAÚDE MENTAL E EMOCIONAL NA ESCOLA



Fundación **MAPFRE**


SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO
| Secretaria de Educação


CONVIVA SP
Programa de Melhorias de
Comunidade e Proteção Escolar

UNIFESP

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SÃO PAULO

Apoio técnico: **neuroconecte**

***CONVERSANDO
SOBRE SAÚDE MENTAL
E EMOCIONAL
NA ESCOLA***

Anderson da Silva Rosa & Adriana Fóz
Alcione Marques • Eduardo Lopes • Luiza Hiromi Tanaka

CONVERSANDO SOBRE SAÚDE MENTAL E EMOCIONAL NA ESCOLA

Fundación **MAPFRE**


SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO
| Secretaria de Educação

 **CONVIVA SP**
Programa de Melhoria da
Convivência e Proteção Escolar

UNIFESP

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SÃO PAULO

Apoio técnico:  **neuroconecte**

Copyright © Anderson da Silva Rosa, Adriana Fóz, Alcione Marques, Eduardo Lopes e Luiza Hiromi Tanaka, 2021

Coordenação editorial: Débora Guterman

Edição de texto: Clarissa Oliveira

Preparação: Tulio Kawata e Sandra Kato

Revisão: Maurício Katayama

Capa, projeto gráfico e diagramação: Gustavo Abumrad

Ilustração: Elisa Carareto

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Conversando sobre saúde mental e emocional na escola / [livro eletrônico] Anderson da Silva Rosa...[et al]. -- São Paulo: [S.n.], 2021.

15,5Mb ; PDF

Outros autores: Adriana Fóz, Alcione Marques, Eduardo Lopes e Luiza Hiromi Tanaka

Bibliografia

ISBN 978-65-994963-2-5

1. Educação 2. Formação de professores 3. Desenvolvimento infantil/juvenil 4. Psicologia 5. Neurociência 6. Emoções 7. Transtornos I. Rosa, Anderson da

21-2216

CDD 370

Angélica Ilacqua CRB-8/7057

Índices para catálogo sistemático:

1. Educação

[2021]

Todos os direitos desta edição reservados à

Fundación MAPFRE

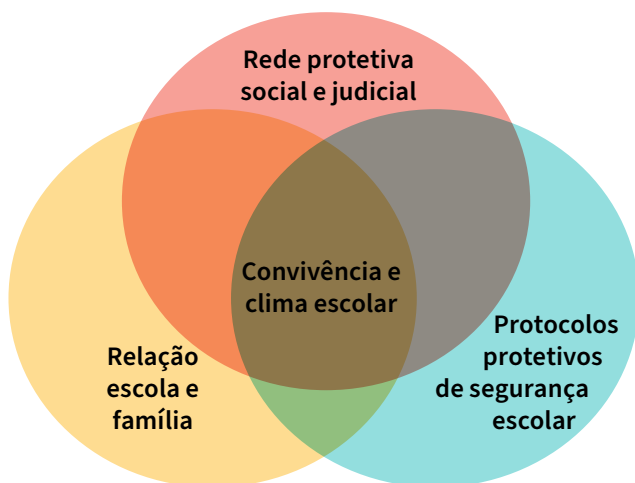
Paseo de Recoletos, 23

28004 Madrid

Conviva SP

O Programa de Melhoria da Convivência e Proteção Escolar (Conviva SP), instituído pela Secretaria da Educação do Estado de São Paulo em outubro de 2019, tem como proposta que toda escola seja um ambiente solidário, colaborativo e seguro.

A fim de garantir a melhoria da aprendizagem, é composto por projetos e ações articuladas entre Convivência e Colaboração; Articulação Pedagógica e Psicossocial; Proteção e Saúde e Segurança Escolar.



Apresenta como objetivos: estabelecer estratégias de apoio e acompanhamento aos professores e gestores; contribuir para um clima escolar positivo e para o aumento da permanência e do aproveitamento escolar; promover e articular a participação ativa da família na vida escolar dos estudantes; articular e fortalecer a rede de proteção social no entorno da comunidade escolar, com aproximação entre os serviços de assistência e saúde mental.

Tendo em vista as ações voltadas para o desenvolvimento das pessoas no âmbito profissional e pessoal, o Conviva SP, em parceria com a

Fundación MAPFRE, criou o programa Viver com Saúde, com a finalidade de promover a saúde mental e emocional de estudantes e servidores da maior rede de ensino do país.

Por meio dessa parceria, tem realizado uma série de formações sobre saúde mental, sempre com o intuito de construir um espaço acolhedor em cada escola, oferecendo apoio e suporte aos estudantes e educadores.

Equipe Conviva
SEDUC

Viver com saúde: Saúde emocional nas escolas

Considerada como prioridade pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde emocional é um tema cada vez mais essencial para o bem-estar de crianças e adolescentes. O distanciamento social e o contexto global em decorrência da pandemia do novo coronavírus contribuíram para agravar o estado mental de todos, especialmente dos mais jovens, aumentando casos de *bullying*, depressão e suicídio no ambiente escolar.

Atentos a essa situação, nós, da Fundación MAPFRE, sentimos que era preciso fazer algo a respeito. Por isso, em 2020, ampliamos o escopo do nosso programa Viver com Saúde, integrando um novo eixo de atuação: a saúde emocional.

Um dos diferenciais desse novo modelo é promover a reflexão entre profissionais de ensino, estudantes e familiares sobre a adoção de condutas saudáveis, além sensibilizar a comunidade escolar. Para isso, contamos com a capacitação de professores e a realização de oficinas lúdicas sobre hábitos saudáveis voltadas a estudantes dos ensinos fundamental e médio das redes de ensino público e privado.

Nessa nova abordagem, passamos a tratar pontos ligados à prevenção do estresse, convivência, aceitação e diversidade, com atividades destinadas a professores, alunos e integrantes das comunidades.

Essa iniciativa reforça nossa responsabilidade social e nossa contribuição para uma sociedade mais saudável, inclusive do ponto de vista emocional. E só foi possível viabilizá-la com a parceria da Unifesp, por meio da NeuroConecte, e do Programa Conviva, da Secretaria de Educação do Estado de São Paulo, referendada pelo Exmo. Sr. Governador João Doria, Exmo. Sr. Secretário de Educação, Rossieli Soares, e Exmo. Sr. Secretário-Executivo, Sr. Haroldo Corrêa Rocha.

No contexto atual, essa iniciativa ganha ainda mais relevância, contribuindo para que a escola seja um ambiente promotor de competências

socioemocionais essenciais para o bem-estar da comunidade escolar e das famílias.

Além de promover uma reflexão cada vez mais necessária sobre a questão da saúde emocional no dia a dia de crianças e adolescentes, nosso desafio é reverter esse cenário. Para isso, continuaremos disseminando informações e promovendo conceitos de saúde e qualidade de vida para todos os integrantes da sociedade.

Boa leitura!

Fernando Pérez-Serrabona
*CEO da MAPFRE Brasil e representante
da Fundación MAPFRE*

Sumário

Prefácio por Guilherme V. Polanczyk.....	13
Apresentação	15
Introdução	17
1. A mente e a saúde mental	19
1.1 Uma breve história da mente.....	20
1.2 Entendendo o que é saúde mental e o que é transtorno mental.....	28
1.3 Desenvolvimento infantojuvenil e transtornos mentais.....	35
2. Emoções e saúde mental	41
2.1 Qual a relação entre as emoções e a saúde mental?.....	42
2.2 Cuidando da saúde emocional e mental.....	46
2.3 Como o estresse, a ansiedade e a frustração afetam a saúde mental.....	51
2.4 Como o <i>bullying</i> e a violência afetam a saúde mental.....	63
3. A contribuição da escola para a saúde mental	69
3.1 A importância das relações no ambiente educacional.....	71
3.2 Combatendo o estigma e o preconceito.....	77
3.3 As relações entre questões de saúde mental e de aprendizagem.....	82
3.4 Os transtornos mentais mais comuns.....	91
3.5 Comportamentos autodestrutivos.....	112
3.6 Fatores de proteção e fatores de risco.....	127
3.7 Ações e encaminhamentos possíveis para a escola.....	129
3.8 As redes de saúde e de atenção psicossocial no Brasil.....	131

4. Saúde mental em tempos de pandemia	137
4.1 O que se sabe sobre os impactos da pandemia da Covid-19 até o momento	138
4.2 O distanciamento social para crianças e adolescentes	141
4.3 O impacto das novas tecnologias e das relações virtuais na saúde mental e na educação	143
4.4 Como fica a saúde mental dos educadores?	151
Considerações finais	157
Posfácio <i>por Celso Antunes</i>	159
Referências bibliográficas	161
Sobre os autores	183

Prefácio

Habilidades sociais e emocionais na infância e adolescência são fundamentais para um desenvolvimento saudável. Estudos mostram que maiores habilidades como autopercepção, motivação, autocontrole, resolução de problemas e capacidade de resiliência, entre outras, predizem melhor saúde mental e física, satisfação com a vida, escolaridade e colocação no mercado de trabalho. Por outro lado, estimamos que atualmente cerca de 15% das crianças e adolescentes em todo o mundo apresentam algum transtorno mental, como ansiedade, depressão ou transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Os transtornos mentais interferem de forma ampla no desenvolvimento, desde prejudicando a capacidade de aprender e de se relacionar até aumentando a chance de abuso de substâncias, acidentes e morte prematura.

O desafio para promover a saúde mental de crianças e adolescentes e prevenir transtornos mentais é enorme e envolve todos os setores da sociedade. Isso porque sabemos que fatores econômicos, sociais e culturais, como pobreza, discriminação, violência contra a criança e contra as mulheres, prejuízos educacionais, geram e perpetuam problemas emocionais, comportamentais e cognitivos, bem como transtornos mentais. Nesse contexto de promoção de saúde, a educação tem um papel fundamental, não só no sentido de proporcionar conhecimento, mas também de garantir um ambiente de aprendizado, segurança e investimento no desenvolvimento global das crianças e adolescentes. Os desdobramentos práticos desse papel são vários, desde a atuação direta através de currículos específicos para educação sobre saúde mental, promoção de habilidades socioemocionais, programas de prevenção, como ações *antibullying*, até apoio para crianças, adolescentes e suas famílias com problemas e articulação com profissionais de saúde para o encaminhamento daqueles com maiores dificuldades.

Assim, o livro *Conversando sobre saúde mental e emocional na escola*, que nasceu a partir de uma iniciativa de formação em saúde mental para profissionais da rede pública do estado de São Paulo, é uma importante contribuição para a atuação de educadores como agentes de promoção da saúde mental e

prevenção de transtornos mentais. O livro traz, em uma linguagem acessível e direta, conhecimentos teóricos importantes e suas implicações práticas, inclusive com orientações sobre como lidar em sala de aula com alunos com dificuldades específicas. Além de abordar conhecimentos já estabelecidos, discute fenômenos em desenvolvimento, como os desdobramentos da pandemia da Covid-19 sobre a saúde mental das crianças e adolescentes, bem como dos educadores, e também o impacto das novas tecnologias sobre a saúde e a educação.

Trabalhos como o deste livro permitem a aproximação de áreas do conhecimento e de atuação que por muitos momentos estiveram dissociadas, até mesmo em antagonismo, com diálogos truncados, sem a apreciação mútua do valor de cada área e da importância da sua articulação. Hoje, entendemos que não há mais tempo nem espaço para dissociações: precisamos conversar, precisamos combinar conhecimentos e esforços para construir uma sociedade que efetivamente cuide das crianças e dos adolescentes e promova o seu desenvolvimento saudável. Só assim poderemos efetivamente nos orgulhar da nação que constituímos.

Guilherme V. Polanczyk

Psiquiatra de crianças e adolescentes, livre-docente em Psiquiatria da Infância e Adolescência pela USP. Professor associado da Disciplina de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP.

Apresentação

Querida educadora, querido educador,

É com muita alegria que trazemos aqui o resultado de muitas de nossas reflexões e discussões sobre saúde mental na educação.

Este livro baseia-se no manual em formato digital criado em 2020 para a formação em saúde mental, que realizamos com 22 mil educadores da rede pública ligados à Secretaria de Educação do Estado de São Paulo por meio do Programa de Melhoria da Convivência e Proteção Escolar, o Conviva-SP, que teve o apoio inestimável da Fundación MAPFRE. Contou também com a colaboração preciosa de Eduardo Lopes e Luiza Hiromi Tanaka para sua elaboração.

Em um trabalho interdisciplinar, que envolveu profissionais das áreas da Saúde, Educação e Neurociência, 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 de saúde mental, indissociável do desenvolvimento humano e da vida saudável.

Esses conhecimentos foram reunidos 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 com a escola, fazendo dela um ambiente saudável, colaborativo e acolhedor.

Buscamos abordar três grandes temas de maneira mais ampla, organizados em três capítulos que, por sua vez, estão subdivididos em subtemas, muitas vezes baseados em questões e exemplos trazidos pelos próprios educadores: “A mente e a saúde mental” (Capítulo 1), “Emoções e saúde mental” (Capítulo 2) e “A contribuição da escola para a saúde mental” (Capítulo 3). Por fim, acrescentamos também um capítulo novo, voltado especificamente para os desafios trazidos pela pandemia da Covid-19: “Saúde mental em tempos de pandemia” (Capítulo 4).

Ao se tratar de saúde, entendemos ser necessário trazer orientações sobre 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 em um único livro; contudo, ele servirá certamente de base para sequências e ampliações futuras. Imprescindível enfatizar também que nosso objetivo é fazer do conhecimento um caminho facilitador do trabalho dos educadores, cujo papel social tem um valor inestimável. De modo algum está implícito neste trabalho a intenção de levar os educadores a atuarem no âmbito da atribuição dos profissionais da saúde, como realizar diagnósticos ou terapias. No entanto, consideramos que determinadas informações facilitam e ajudam no exercício da docência.

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 a todas as pessoas envolvidas no espaço e tempo das escolas e do mundo.

Segundo Paulo Freire, “educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas. Pessoas transformam o mundo”. E, em um mundo cada vez mais complexo, a aprendizagem precisa ser contínua, em prol das mudanças, da satisfação e do bem-estar da geração atual e das futuras. O conhecimento traz maior compreensão da realidade e liberdade para que as pessoas possam transformar o mundo.

Desejamos assim somar esforços para a promoção da saúde mental e emocional nas escolas.

Anderson Rosa, Adriana Fóz e Alcione Marques

Introdução

A proposta de realizar um trabalho formativo, ainda que introdutório, sobre aspectos da saúde mental na educação é extremamente importante e oportuna, não só pela relevância do tema para a escola como um todo, mas por nos encontrarmos em um momento histórico de distanciamento social, no qual as vulnerabilidades do ser humano vêm à baila, exigindo especial atenção para as emoções, os sentimentos, o estresse, entre outros fatores. A importância do tema também extrapola o período da pandemia de Covid-19, pois, se estudar saúde mental já era fundamental, agora ganhou maior relevância, dadas as reverberações imediatas e prolongadas dos efeitos do distanciamento social e da própria vida “mais digital”.

Na educação, enquanto professores, sabemos do esforço, das escolhas e do compromisso necessários para responder às suas complexas demandas. Mesmo sendo evidente a necessidade de tratar do assunto, a educação para a saúde mental ainda é incipiente, e até há pouco não se tinha a clareza científica da relação estreita entre educação e saúde. A Neurociência, inclusive, vem apresentando evidências sobre as relações entre cérebro, mente e emoções. Há países onde a qualidade de vida, a promoção da saúde e ações preventivas são priorizadas no ensino, com ganhos expressivos para os processos educacionais, assim como para a saúde e o bem-estar de toda a comunidade. O direito à educação e à saúde faz parte da Constituição brasileira, no entanto, temos muito a caminhar em prol da equidade e da qualidade em ambos.

O termo “educar” tem origem em dois verbos latinos: *educare* e *educere*. O primeiro significa orientar, nutrir; o segundo, tirar de dentro, fazer brotar do cerne. Dessa forma, podemos entender que o educador deve orientar para fazer brotar no educando o que ele tem de melhor dentro de si. Apesar de essa ideia ter sido esquecida ao longo dos tempos, fazemos alusão a ela porque 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 doença, mas com um processo de transformação. Educar a dor também pode ser educar

os sentimentos e os comportamentos humanos, aqueles processos transformadores, libertadores e saudáveis.

Ainda emprestando da sabedoria grega e seu sistema de educação conhecido como *paideia*, cujo objetivo era formar um homem completo, integral, cuidando de seus múltiplos aspectos, podemos entender a educação como um processo que pretende se ocupar de aspectos físicos, mentais, cognitivos, emocionais e sociais.

Todos os esforços voltados para uma educação de qualidade fazem mais sentido se houver a promoção da saúde integral e do bem-estar de cada indivíduo. Países como a Finlândia incrementaram suas políticas públicas com políticas sociais, nas quais 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 Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (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 no Japão, que busca altos níveis de desempenho escolar, mas registra recordes de suicídio entre estudantes, e na França, que apresenta mais de 50% dos alunos com sentimentos negativos. A despeito do histórico e das questões culturais de cada país, é sempre importante ter bons exemplos e aprender com experiências exitosas.

No Brasil, uma longa trajetória já foi percorrida, ampliou-se o acesso às escolas e houve significativa redução das taxas de analfabetismo. Mas ainda estamos aquém das metas do Plano Nacional de Educação, há importantes disparidades no acesso e qualidade da educação entre as regiões do país, entre brancos e pretos, ricos e pobres (Braga; Mazzeu, 2017).

O avanço da qualidade da educação no Brasil exige um esforço coletivo, inclusive intersetorial e interdisciplinar. O projeto de formação de educadores que originou este livro se situa entre as áreas da educação e da saúde, sem perder de vista outras questões sociais que influenciam ambas as áreas. Abordar a saúde mental e emocional nas escolas pode promover melhores condições de ensino-aprendizagem e qualidade de vida para educadores e estudantes. Conecta-se a perspectivas de uma educação mais integradora, inclusiva e pautada por valores éticos, morais e científicos.

1

***A mente e a
saúde mental***



Para que possamos discutir o que é saúde mental é importante definir o que chamamos de mente. Essa não é exatamente uma tarefa fácil, porque, apesar de ser um conceito que tendemos a compreender quase instintivamente, sua definição pode ser muito variada. Às vezes, até confusa.

Alguns de nós compreendemos 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. Este é um questionamento que o ser humano se fez durante uma boa parte de sua história.

Segue então um breve levantamento de como o termo surgiu e das transformações por que passou ao longo do tempo. Também abordamos como o conceito é compreendido atualmente nos campos da Neurociência, da Psicologia e da Psiquiatria, as principais áreas da ciência que estudam a mente e o psiquismo.

1.1 *Uma breve história da mente*

Grécia Antiga (séc. XI a.C.-séc. VII d.C.)

Denominava-se psique o centro das emoções, pensamentos, crenças e impulsos. Como a medicina e a fisiologia eram pouco desenvolvidas, o pensamento sobre as relações entre a mente e o corpo voltava-se mais ao aspecto filosófico. Com Hipócrates, pela primeira vez, há a associação do cérebro à mente e aos transtornos mentais.

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 (Castro; Landeira-Fernandez, 2011).

Idade Média (476-1453)

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 manifestações corpóreas do pecado – ou seja, de condutas contra os valores divinos – e a cura viria do arrependimento e da penitência (Lourenço et al., 2012).

Idade Moderna (1453-1789)

No Renascentismo, o homem voltou a ser o foco (antropocentrismo), abandonando dogmas religiosos. Com isso, o conhecimento passa a se desenvolver rapidamente por meio do método científico, obtendo resultados mais confiáveis e promovendo avanços significativos. Esse movimento levou ao Iluminismo, no início do século XVIII.

René Descartes, pensador influente desse período, manteve a divisão entre corpo e mente, embora considerasse 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 (Fava; Sonino, 2000). Fica claro que, até a Renascença, as tentativas de explicação da mente humana, de nossos pensamentos, impulsos e desejos, pautaram-se muito por noções religiosas, primeiramente com os gregos e, com a influência de 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, e de Descartes na Filosofia, trazendo a vida mental para o 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.

Ao final do Renascentismo, as transformações sociais fizeram a população rural no Ocidente migrar para as cidades, a fim de trabalhar em fábricas, deixando a vida no campo. Essa reorganização demográfica trouxe muitos conflitos sociais, dando origem a debates e ao 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

Mente, alma e colonialismo

Durante o período das grandes navegações – em que mente e alma eram sinônimos –, 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.

conhecimento: o estudo do comportamento e da mente com seus aspectos subjetivos relacionados, como os pensamentos, as emoções e os sentimentos.

Idade Contemporânea (a partir de 1789)

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 que se consolidavam naquele momento histórico. É nessa época 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 cul-

tura 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 elaborou 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 esse processo: o id (nossos impulsos), o ego (responsável pela mediação entre

O inconsciente revolucionário

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).

impulsos e 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 esses conteúdos inadequados, acessando-os apenas através de metáforas, expressões artísticas e atos falhos – deslizes e equívocos de linguagem, por exemplo. Segundo Freud, quando havia algum problema com esse 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).

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

A psicologia cognitivo-comportamental: a compreensão da mente a partir do comportamento

Em meados do século XX, o psicólogo B. F. Skinner (1904-1990) – provavelmente o nome mais conhecido de uma corrente de pensadores e pesquisadores comportamentalistas – lançou mão da metodologia de pesquisa utilizada nas chamadas ciências naturais, como a Física e a Química. Sua abordagem propôs, pela primeira vez, a observação e o registro rigoroso do comportamento tal qual ele se apresenta e dos mecanismos que o fazem mudar.

Partindo dessa abordagem, Skinner passou a conduzir experimentos com animais em laboratório, buscando constatar quais leis regem o comportamento ao colocá-los em caixas experimentais (a famosa “Caixa de Skinner”) e observar suas reações aos estímulos.

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

Skinner era um crítico do modelo mentalista da Psicologia; preferia não sugerir estruturas ou fenômenos que não testasse em laboratório. Considerava o pensamento, o sentimento e a linguagem iguais a qualquer outro comportamento, adquirido e mantido em função das consequências apresentadas na

vida do indivíduo. Segundo ele, o que os diferenciava de ações mecânicas, como andar, manusear objetos etc., era seu caráter encoberto, ou seja, não observável (Skinner, [1953] 2000).

Em 1957, Skinner escreve o livro *O comportamento verbal*, no qual apresenta sua teoria. 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, de estabelecer regras. Essa habilidade teria permitido ao ser humano o desenvolvimento da cultura. Não era preciso passar pelas experiências para aprender; podia-se 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, 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 pesquisados em conjunto com a Neurociência.

Outros modelos teóricos sobre desenvolvimento

Não podemos deixar de citar representantes dos estudos pioneiros da relação entre mente, cognição e ambiente, passando pelas teorias do desenvolvimento cognitivo e sociointeracionista. Desde 1882, ano da publicação do livro *The Mind of the Child* (A mente da criança), em que William Preyer já chamava a atenção para as particularidades da mente infantil, até a atualidade, são muitos os esforços para compreender a mente e suas várias interfaces.

No decorrer da história, foram sendo propostos alguns modelos teóricos sobre desenvolvimento, os quais enfatizaram alguns dos aspectos a seguir:

Teorias inatistas

Pautadas nas condições biológicas (maturação e fatores hereditários), as quais seriam determinantes para o desenvolvimento, em que o ambiente e a experiência teriam pouca ou nenhuma participação. Principal representante: Noam Chomsky (Chomsky, 2002).

Teorias ambientalistas ou comportamentalistas

Embasadas em experiências com animais e que valorizavam sobremaneira a ação do meio ambiente sobre o indivíduo, que é condicionado pelas experiências em seu contexto familiar, socioeconômico, cultural. Principais representantes: John B. Watson e Burrhus Frederic Skinner (Watson, 1930; Fontana; Cruz, 1997; Skinner, 1957).

Teorias interacionistas

São aquelas que consideram que a construção do conhecimento acontece a partir das interações do indivíduo com o meio e também por meio de suas ações sobre o mundo. Principais representantes: Lev Vigotski e Jean Piaget, sendo que o primeiro privilegia o ambiente e o segundo, a maturação biológica (Vigotski, 1987; Piaget, 1987).

Vigotski postulou que a aquisição do conhecimento se dava pela interação entre o sujeito e o meio, o que representou um avanço importante no entendimento da influência primordial do ambiente no desenvolvimento a partir de sua concepção denominada desenvolvimento real e proximal. Já Piaget, bastante conhecido pelos educadores, privilegiou os fatores individuais sobre os coletivos advindos do ambiente. Sua teoria estabeleceu quatro estágios do desenvolvimento do pensamento (estágio sensório-motor, pré-operatório, operatório e formal). Para Piaget, a aprendizagem estaria subordinada ao desenvolvimento, enquanto, para Vigotski, ambos os processos seriam interdependentes desde o nascimento. Outra diferença importante de abordagem entre eles é o fato de que, para Piaget, o pensamento tinha uma certa dominância sobre a linguagem, ao passo que Vigotski defendia que tanto a linguagem quanto o pensamento são interdependentes, tendo a linguagem uma função central para o desenvolvimento cognitivo (Alvares; Del Rio, 1996; Riviere, 1985; Vigotski, 1987).

Ao estudar o conhecimento, a Psicologia Cognitiva envolve, conseqüentemente, a investigação de tópicos relevantes à educação, tais como aprendizagem, percepção, pensamento, raciocínio, formação de conceitos, memória e inteligência. Dessa forma, muitas vezes, o exercício profissional do psicólogo cognitivo encontra-se em inter-relação com o campo de atuação de outros profissionais, como os da área educacional. Assim, o psicólogo cognitivo estuda não

só a forma como as informações externas são extraídas, mas, especialmente, como essas informações são conceptualizadas e organizadas internamente, para então serem utilizadas de maneira eficaz (Spinillo; Roazzi, 1989).

A Neurociência: o cérebro e a mente

Falar de mente sem falar do cérebro é quase como falar do ovo sem falar da galinha. 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 mais antigo registro escrito referente à palavra “cérebro” encontra-se em um papiro egípcio médico, datado de 1700 a.C., mas há indícios de que pode ser bem anterior. 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 propôs que o cérebro é o órgão da mente; por Hipócrates (460 a.C.-377 a.C.), médico grego e considerado o pai da Medicina, que concentrou esforços para compreender o funcionamento do organismo humano rejeitando explicações místicas e supersticiosas para explicar doenças; e por Descartes, que separou a mente do cérebro, até chegar a evidências científicas de como esse órgão é imperativo para a vida com consciência e aprendizado.

Já nos séculos XX e XXI, alguns dos representantes da Neurociência moderna, como a educadora norte-americana Marian Diamond e o neurologista português António Damásio, fazem descobertas incríveis, aprofundando e clareando o entendimento das estreitas relações entre cérebro, corpo, emoções e mente.



No século XX, a invenção de máquinas de exames de neuroimagem cada vez mais sofisticadas, como as de tomografia e ressonância cerebrais, permitiu o acesso ao funcionamento do cérebro de pessoas conscientes, colaborando para uma aproximação do que é a mente. Graças a essas inovações tecnológicas, a comunidade científica passou a dispor de dados de pesquisas confiáveis para compreender a interação entre cérebro e mente e hoje sabemos 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 processados no cérebro, através de uma rede complexa de conexões entre suas células, os neurônios. No ponto de contato entre essas células, ou sinapses, há substâncias químicas chamadas neurotransmissores, que regulam e estimulam essas conexões, formando uma cadeia de sinais. Em suma:

- 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 de suas partes 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 na comunicação entre as diferentes partes do cérebro (Kutcher; Wei, 2015).

Praticamente tudo que fazemos exige a ação conjunta de diversas áreas do cérebro. 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, um idioma ou a tocar um instrumento musical, essas 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 sobre 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 (o 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 seus pensamentos e sentimentos. Reconhecer a mente é o início de todo processo da saúde mental; trazer consciência aos fatos e vivências confere mais recursos de enfrentamento aos desafios da vida e do processo de busca e encontros com a felicidade e o bem-estar.

Dito isso, ainda não há um acordo sobre o que é a consciência; o constructo está em pleno foco de pesquisas e descobertas. Mas, segundo Sidarta Ribeiro, um dos mais destacados neurocientistas brasileiros da atualidade, 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 et al., 2009).

Antônio Damásio faz uso de alguns critérios para a explicação da consciência em seus diversos níveis, assim como o entendimento de *self* (sentimento de si), uma vez que *self* e mente são aspectos necessários para a existência da consciência. Segundo o pesquisador, é impossível existir um pensamento que venha 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 Entendendo o que é saúde mental e o que é transtorno mental

O que é saúde 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 e, desde a era medieval, como possessão por espíritos malévolos, carecendo de exorcização. Na época renascentista, e ainda hoje, “loucos” juntam-se a mendigos e prostitutas como pessoas que devem ser afastadas dos olhos da sociedade, e surgem, então, manicômios e instituições similares.



Há diferentes maneiras de definir saúde mental, uma vez que se trata de uma dimensão subjetiva. De modo geral, as definições associam a saúde mental à capacidade de 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 enfrentar circunstâncias crescentemente complexas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) 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, essa 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 reconhece 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.

Podemos dizer que não há um conjunto de regras único que delimite uma boa saúde mental e seja aplicável a todas as pessoas, a todas as culturas. Mas há alguns aspectos considerados fundamentais para que isso ocorra, como os apontados por Santana e Rosa (2016):

- Têm boa qualidade de vida cognitiva.
- Conseguem apreciar a vida.
- Estão bem consigo mesmas e com os outros.
- Reconhecem e enfrentam as exigências da vida.
- Sabem lidar com as emoções (agradáveis e desagradáveis).
- Reconhecem seus limites.
- Buscam ajuda quando necessário.

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

No entanto, é importante frisar que o processo entre saúde e doença tem um limiar tênue e nenhuma pessoa é 100% saudável ou 100% doente, sendo necessário reconhecer o impacto dos fatores psicossociais na produção da doença mental. Desse modo, há uma ampliação no entendimento sobre o conceito de saúde mental, indo além de conceitos biológicos e incluindo a interação entre componentes genéticos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais.

O que são transtornos mentais?

Uma vez que a saúde mental é indissociável da complexidade da nossa existência, sentimo-nos assustados e às vezes impotentes diante de transtornos mentais, sejam eles reais e diagnosticados, sejam atitudes e comportamentos que despertam dúvidas sobre a existência de um transtorno. Imaginamos que profissionais da saúde, em especial médicos e psicólogos, supostamente são capazes de produzir soluções rápidas, incluindo a medicalização (Vieira et al., 2014). Isso, além de não ser verdadeiro, pode trazer consequências indesejáveis e perigosas de patologizar processos naturais da nossa existência, como emoções desagradáveis, dificuldades de adaptação ou comportamentos que destoam de padrões preestabelecidos.

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

De modo geral, os transtornos mentais:

- 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).

Desmistificando os transtornos mentais

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

Por outro lado, transtornos mentais não são:

- Consequências do mau 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 determinado estilo de vida (Kutcher; Wei, 2015).

O papel dos profissionais de saúde

O profissional de saúde preparado para identificar, tratar e medicar a pessoa com transtorno mental é o psiquiatra. Outros profissionais de saúde também fazem parte dos cuidados, atenção e tratamento no caso de um problema ou transtorno mental. Entre eles, temos o assistente social, o psicólogo, o neuropsicólogo, o terapeuta ocupacional, o musicoterapeuta e o enfermeiro especializado.

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

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

Embora o transtorno mental envolva a perturbação em uma ou mais funções cerebrais, nem toda perturbação nessas funções significa a existência de um transtorno mental.

Então, é preciso entender que nem todo sintoma ou queixa psíquica se

traduz em um transtorno. 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 uma 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, a família e a comunidade.



No Capítulo 3 falaremos um pouco sobre os transtornos mais comuns que aparecem em crianças e adolescentes em idade escolar e como os educadores e as escolas podem lidar com os desafios que apresentam.

Novos entendimentos sobre saúde e transtorno mental

As pesquisas em saúde mental apresentaram uma mudança de enfoque recentemente. Tradicionalmente, elas focavam sobretudo os transtornos mentais, o que trouxe um maior conhecimento sobre estes e as possibilidades de tratamento. Nas últimas décadas, no entanto, a produção de conhecimento evoluiu rapidamente, influenciando, por um lado, a criação e revisão de diagnósticos e tratamento e, por outro, a identificação, sob esses novos critérios, de prevalências muito altas de transtornos mentais na população e o estímulo ao uso de medicamentos.

Hoje questiona-se certo exagero em patologizar algumas emoções e comportamentos dissonantes da cultura e costumes de determinada sociedade e contexto e abre-se espaço para os estudos e conhecimentos sobre como promover saúde e bem-estar.

Esse 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, começou-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, também era proposto 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. Mais do que a mudança na organização dos serviços de saúde, foi uma forma de tirar pessoas de porões dos grandes hospitais, dando fim à violência a que eram submetidas e trazendo-as para a comunidade.

Graças à Reforma Psiquiátrica, hoje podemos falar sobre as nossas emoções e transtornos mentais abertamente, ainda que lutemos contra inúmeros preconceitos.

1.3 *Desenvolvimento infantojuvenil e transtornos mentais*

Em 2005, a OMS definiu saúde mental na infância e na adolescência como a capacidade de se alcançar e manter um funcionamento psicossocial e um estado de bem-estar em níveis ótimos. Um estado que auxilie o jovem a perceber, compreender e interpretar o mundo que está à 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 o emocional, que são muito importantes quando falamos de crianças, adolescentes e suas demandas.

Desenvolvimento cognitivo e emocional de crianças e adolescentes

É necessário entender que 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 se adapta química, física e funcionalmente em relação ao ambiente, aos seus estímulos e circunstâncias (Jenkins; Merzenich, 1992). Isso quer dizer que as

circunstâncias, estímulos e experiências ao longo da vida efetivamente transformam o cérebro, sendo decisivas para o desenvolvimento – ou não – do tremendo potencial de cada um.

É importante sabermos que a grande capacidade do cérebro em aprender, se desenvolver e se recuperar insere possibilidades 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 o palco dos neurotransmissores e hormônios, que ajudam a promover transformações no corpo e na mente tanto das crianças quanto dos adolescentes.

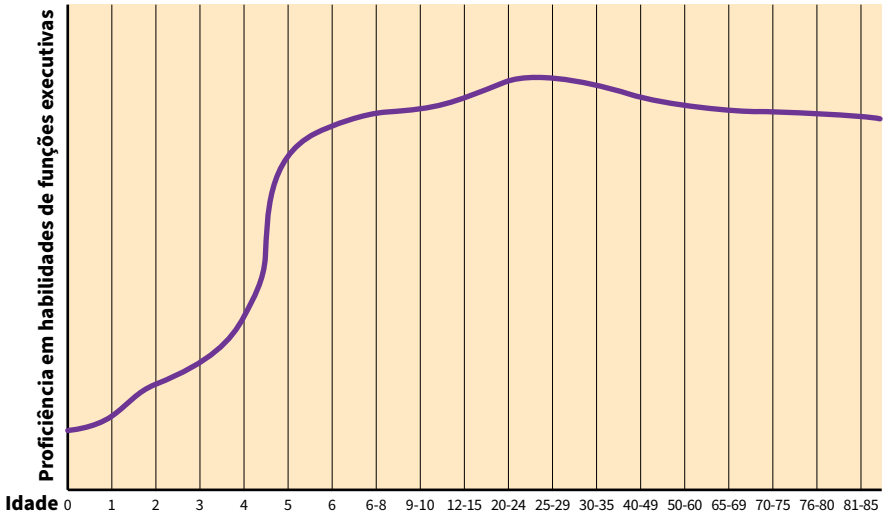
Na infância, é necessária especial atenção ao exercício do autocontrole dos impulsos. Muitos estudos apontam a necessidade do treino dessa habi-

Entendendo as funções executivas

As funções executivas são as habilidades cognitivas que nos permitem controlar e regular nossos pensamentos, nossas emoções e nossas ações. O dia a dia, as situações desafiadoras ou os conflitos da vida recrutam tais funções para que possamos nos autorregular, realizar tarefas, superar dificuldades. Dentre as funções executivas, o autocontrole, a memória de trabalho e a flexibilidade mental são habilidades de extrema importância e, portanto, devem ser treinadas para a aprendizagem ser mais efetiva.

lidade, não só para alcançar melhor desempenho escolar como também para minimizar problemas de saúde mental e alcançar outros aspectos de grande valia, como saúde e prosperidade (Moffit et al., 2011). A habilidade do autocontrole já está presente no cérebro infantil e nos comportamentos de crianças próximas aos 4, 5 anos de idade, e pesquisas evidenciam que aquelas que apresentam maior capacidade de controlar seus impulsos têm melhores desfechos no comportamento e aprendizado (Mischel; Shoda; Rodriguez, 1989). Ademais, as habilidades intituladas funções executivas, tais como atenção, memória operacional, flexibilidade e autocontrole, podem ser treinadas em prol da saúde integral do indivíduo.

Habilidades de funções executivas construídas ao longo da infância e da adolescência



Fonte: Disponível em: <<https://developingchild.harvard.edu/translation/resumo-funcao-executiva-habilidades-para-vida-e-aprendizagem/>>.

Ao lado das funções executivas estão as funções conativas. As funções conativas, que podemos traduzir por um estado de preparação para a execução, dizem respeito, de modo geral, à motivação, às emoções, ao temperamento e à personalidade do indivíduo (Reuchlin, 1990). Desse modo, os aspectos afetivo, cognitivo e executivo estão em constante interação (Yang; Faeth, 2010; Fonseca, 2014).

Na segunda infância, costuma-se atribuir uma imperativa mudança aos hormônios; na pré-adolescência são atribuídas mudanças tanto aos hormônios quanto aos neurotransmissores e, 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 cerebrais 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 lhe permita questionar, interagir e participar, pois essas ações colaboram no engajamento, na motivação e no

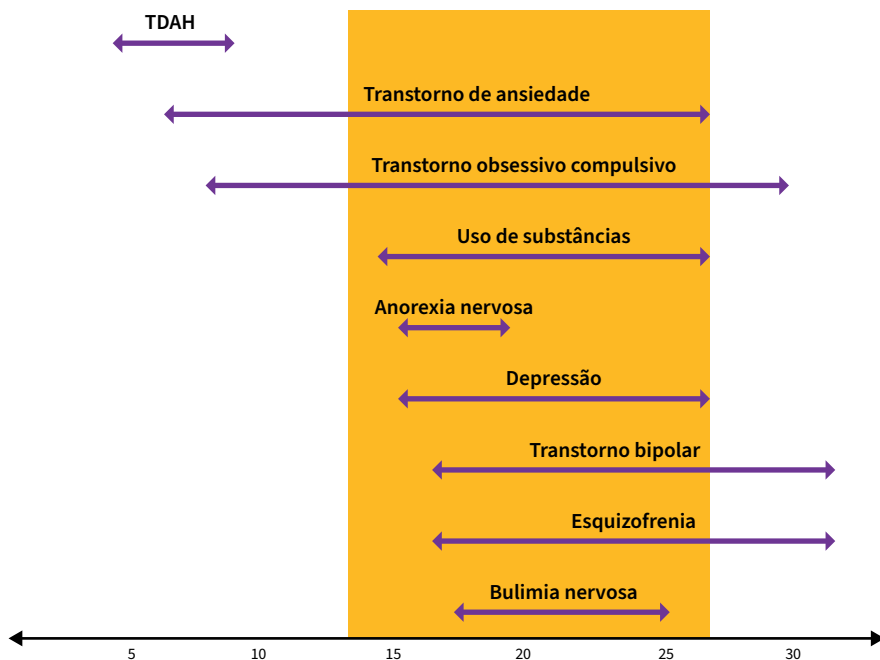
humor. É importante compreender que muitas reações do adolescente dizem respeito às transformações próprias de seu amadurecimento; por exemplo, tomar decisões mais baseadas nas emoções.

Vulnerabilidades para transtornos mentais

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

Idade de início dos transtornos mentais



Fonte: Kessler, *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*, 2008.

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 ações precoces. 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 uma convivência com a criança ou o jovem, na maioria das vezes, maior do que sua própria família – além de terem a possibilidade de compararem o aluno com outros da mesma faixa etária –, podem reconhecer elementos indicadores de possíveis dificuldades ou problemas que demandem encaminhamento para outras áreas.

2

Emoções e saúde mental



Certamente nós, educadores, 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.

No entanto, ainda falta informação, entre os profissionais da educação, sobre o quanto a dimensão emocional e afetiva impacta a saúde mental de estudantes e educadores e o quanto pode não só atrapalhar a aprendizagem quanto gerar grande sofrimento, contribuindo para o adoecimento, se não forem cuidadas no ambiente escolar e trabalhadas intencionalmente.

Vamos então entender melhor as diferentes formas como as emoções e os sentimentos interferem na aprendizagem e na saúde mental.

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 diante de 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 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.

Saúde emocional é o termo que damos à capacidade do indivíduo de lidar com o universo emocional de forma saudável. Implica 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 ela pode ser treinada e desenvolvida, promovendo maior saúde emocional, que, por sua vez, 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 relacionados às nossas emoções e às dos 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 diante de um contexto social mundial cada vez mais complexo e em frequente transformação.

Desenvolvendo competência emocional

Segundo a Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning (CASEL), uma organização não governamental norte-americana que desenvolve pesquisas e realiza trabalhos relacionados ao tema, a aprendizagem socioemocional envolve o processo pelo qual as pessoas adquirem e aplicam efetivamente o conhecimento, as atitudes e as habilidades para entender e gerenciar as emoções, estabelecer e atingir objetivos positivos, sentir e mostrar empatia pelos demais, estabelecer e manter relacionamentos positivos e tomar decisões responsáveis (Atwell; Bridgeland, 2019). O processo de aprendizagem socioemocional envolve, assim, a competência em cinco dimensões que se relacionam.

1 Autoconhecimento

Diz respeito ao reconhecimento das próprias emoções, valores, capacidades e limitações. Envolve habilidades como percepção e consciência de seus pontos fortes e de suas fragilidades.

2 Autogerenciamento

Está relacionado à capacidade de autogerenciar comportamentos e emoções a fim de se atingir uma meta. Orienta a motivação interna, a disciplina e a persistência perante desafios. São habilidades dessa 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 dos seus. Fazem parte desse aspecto a habilidade de apreciar a diversidade e de respeitar os demais.

4 Relacionamento interpessoal

Esta dimensão é 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 características desta dimensão.

5 Tomada de decisões responsável

Diz respeito a conseguir identificar problemas reais, 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 (Atwell; Bridgeland, 2019).

Todas essas dimensões associam-se à competência de lidar com as emoções e as relações sociais de modo mais favorável para si e para os demais, o que se relaciona diretamente com a saúde emocional.

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

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 através do exemplo dos adultos à sua volta.



Vale ressaltar que as competências socioemocionais estão incluídas na Base Nacional Comum Curricular (BNCC) brasileira como competências gerais que devem ser desenvolvidas ao longo da educação básica; logo, é importante que se busque incluí-las intencionalmente nas atividades em sala de aula.

A falta de saúde emocional pode contribuir e se associar ao processo de adoecimento mental. Nesse 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 *Cuidando da saúde emocional e mental*

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

É importante lembrar que a saúde emocional envolve lidar com – e cultivar – as emoções e sentimentos agradáveis, como alegria, divertimento, gratidão, compaixão, mas também com as desagradáveis, como tristeza, raiva, medo, solidão, inveja e culpa. Desse modo, é um equívoco imaginar que a saúde emocional envolve “não sentir” emoções desagradáveis ou “ruins”. Trata-se, na verdade, de aprender a lidar com todas as emoções e sentimentos que poderão surgir.

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 as emoções faz com que sejamos mais felizes e mais saudáveis emocional e mentalmente.

Autoconhecimento emocional

Um dos caminhos para sermos saudáveis é assumirmos um compromisso conosco, fomentando ações favoráveis à nossa saúde não só física, como emocional e mental. O autocuidado individual, de modo geral, envolve os cuidados que alguém presta a si próprio com o objetivo de obter e manter a saúde e de prevenir e lidar com doenças, com ou sem apoio profissional (OMS, 2009). O princípio fundamental do autocuidado é o indivíduo ser 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. Esse autoconhecimento relaciona-se com (Ekman, 2017):

- Perceber as próprias emoções, tornando-se consciente das sensações corporais e dos pensamentos que as acompanham.
- Ser capaz de identificá-las e nomeá-las, ou seja, poder entender que tipo de emoção e sentimento o está afetando em dado momento.
- Observar suas reações mais comuns às emoções e as consequências dessas reações em si e no ambiente, buscando ampliar seu repertório emocional, aprimorando diferentes maneiras de lidar com as emoções que sejam adequadas às diferentes circunstâncias.

É preciso observar e buscar ter maior consciência sobre as próprias emoções e sentimentos, percebendo e identificando o que você está sentindo e por quê, e analisar os impactos das ações e comportamentos gerados por essas emoções. É preciso



também avaliar as maneiras de lidar com o estresse, com os desafios e com as frustrações.

O autoconhecimento emocional ajuda o educador a identificar quais são seus pontos fortes nesse âmbito e aqueles 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. Além do mais, esse trabalho tem enormes impactos positivos em nossa qualidade de vida e felicidade.

Autocuidado: o compromisso com a nossa saúde e bem-estar

Cuidar da saúde mental é possível, muitas vezes, com ações simples, como mudança de hábitos e o desenvolvimento de algumas habilidades. Ações precoces nesse 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 terceira das dezessete metas globais da Organização das Nações Unidas (ONU) para o desenvolvimento dos países se refere explicitamente ao compromisso de universalizar a “saúde mental e bem-estar”, o que ficou ainda mais premente após a pandemia por Covid-19, que certamente marcará uma parte do século XXI.

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

Exemplos de ação promotora de saúde mental e emocional incluem o treinamento de habilidades socioemocionais e as técnicas de atenção plena, reconhecidos como maneiras eficazes de colaborar e promover a saúde mental. O treino para CSE (Competência Socioemocional) pode acontecer por toda a vida, assim como o treino para a atenção ou consciência plena, também conhecida como *Mindfulness*.

Pode ser iniciado na escola ou fazer parte de ações conectadas às famílias e à comunidade, tanto a partir de ações intencionais e sistemáticas como nas interações cotidianas, que servem como modelo para que crianças e adolescentes aprendam maneiras mais positivas para se relacionar, resolver problemas, se comunicar, lidar com divergências e conflitos, trabalhar em equipe, entre outros aspectos relacionados ao convívio com outras pessoas.

O autocuidado, no que se refere à saúde emocional e mental, envolve adquirir hábitos que contribuam para melhorar o estado emocional e para diminuir os níveis de estresse, afetando diretamente a saúde mental. Entre eles estão:

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. A atividade física também contribui enormemente para o desenvolvimento cognitivo, melhorando a atenção e a memória. É indicada por profissionais da saúde mental como estratégia terapêutica em casos de transtornos mentais e é essencial como ação preventiva e de proteção (Mammen; Faulkner, 2013). A boa notícia é que há uma infinidade de atividades que podem ser feitas, a depender do gosto e da possibilidade de cada um. Então, vamos nos mexer e estimular nossos alunos a se movimentarem!

Sono de qualidade

Muitos estudos indicam que a privação de sono tem se tornado uma epidemia em nossa sociedade (Luyster et al., 2012) e está associada ao aumento de vários problemas, entre eles as doenças cardiovasculares, a obesidade, os transtornos mentais, e do risco para acidentes diversos. Além disso, o sono tem um papel fundamental na consolidação da aprendizagem, na melhora do humor, na diminuição da irritabilidade, e auxilia na regulação endócrina, com reflexos positivos em vários aspectos da saúde. É um erro considerar que o sono é uma “perda de tempo” ou que podemos abrir mão de algumas das horas de sono necessárias, sem que isso tenha um impacto na nossa saúde física e mental. É muito importante que cuidemos seriamente do nosso sono e que sejamos capazes de educar os estudantes para a compreensão de sua importância no desenvolvimento, na aprendizagem e na saúde física e mental.

Alimentação saudável

A alimentação saudável, variada, com mais alimentos naturais e menos açúcar, frituras e alimentos processados/industrializados, é um dos fatores que interferem diretamente no bem-estar e na saúde emocional e mental. Há pesquisas que correlacionam a alimentação saudável com menores níveis de estresse e sintomas de depressão (El Ansari et al., 2014). Alimentos ricos em vitaminas e sais minerais contribuem para a produção de neurotransmissores para o bom funcionamento do cérebro e protegem a saúde 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. Em especial os



benefícios da prática do *Mindfulness* (traduzido como “atenção plena” ou “consciência plena”) para a saúde mental estão amplamente comprovados, com milhares de pesquisas publicadas (Zollars et al., 2019). Há aplicativos para celular gratuitos com práticas de meditação guiada que começam com poucos minutos, são de fácil acesso e têm se mostrado efetivos na melhora da saúde mental (Flett et al., 2019), podendo facilitar a incorporação da prática na rotina diária. Não existe “o jeito certo” de meditar; o importante é experimentar.

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

Estresse

A palavra “estresse” permeia nosso vocabulário há algum tempo. Adultos e até crianças a utilizam para dizer o quanto estão cansados e exaustos devido a algumas situações e tarefas. Mas é importante compreendermos o real significado do vocábulo e o que a ciência do corpo e da mente tem a dizer sobre ele.

O termo “estresse” 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, dessa forma, 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 este livro. Logo, existimos porque nossos ancestrais se estressavam, ou melhor, porque aconteciam reações fisiológicas ao sinal de um perigo, como o enfrentamento ou a fuga de uma fera, que resultavam na nossa sobrevivência. Essas reações fisiológicas, que envolvem circuitos neurais e físicos, são provocadas por estímulos que, por sua vez, ativam substâncias químicas, dentre as quais hormônios como o cortisol e a adrenalina.

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

O estresse, então, é um fenômeno natural, que pode ser mais bem compreendido para ser reconhecido e minimizado. Aprender a reconhecer uma emoção, comportamento ou sentimento que leva ao estresse é, portanto, bastante indicado. Sendo assim, é relevante entendermos como o cérebro e o corpo se coordenam para as respostas e diferenciarmos qual tipo de estresse predomina em nossas vidas ou a qual tipo a criança e adolescente estão expostos.

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 sofrer de cansaço, que, se persistente, pode afetar os sistemas imunológico, endócrino e nervoso. E, mais ainda, poderá afetar o comportamento, o aprendizado e até levar a um estado de exaustão, caso se mantenha no tempo e com intensidade. Recentemente temos o exemplo da experiência da pandemia por Covid-19, que impôs a muitos de nós circunstâncias que podem nos levar a maior cansaço, irritabilidade e aumento dos níveis de estresse.

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.

Os 3 níveis de estresse*



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 de seu aniversário, ou ainda quando está com muita fome em dado momento.



Estresse tolerável: é o estresse provocado 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 em material de The Alberta Family Wellness Initiative, s.d.

A plasticidade cerebral, sobre a qual já falamos, possibilita modificações, ajustes e reparos que dão suporte à aprendizagem. O cérebro é capaz de se alterar nos seus aspectos químicos, estruturais (conexões entre neurônios) e funcionais. Comportamentos mudam nosso cérebro e essas mudanças acontecem durante toda a vida, mais facilmente na adolescência e, mais ainda, na infância. Então, por um lado, o estresse nocivo atrapalha o desenvolvimento e aprendizado da criança e do adolescente; por outro, os desafios podem se converter em estímulos e motivação para se desenvolver habilidades e buscar a competência, criando novas conexões neurais, graças à neuroplasticidade.

O estresse do educador também conta nessa equação de promoção da aprendizagem do aluno. Fica fácil imaginar e evidenciar que, se o educador ficar 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). Mas 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.

O estresse tem sido estudado como fator que pode afetar significativamente a saúde ocupacional, trazendo conseqüências importantes para a qualidade de vida 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 ou fadiga e, para outros, como fonte de equilíbrio e prazer (Dejours, 1994).

Cabe destacar que o contexto e o ambiente influenciarão no nível de estresse dos educadores, incluindo-se aqui tanto o ambiente macrossocial quanto o ambiente específico de cada escola. Desse modo, as condições físicas e estruturais de trabalho, o suporte da gestão e do grupo e o apoio da comunidade são fatores que influenciarão no estresse do professor.

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

Cultivar competências emocionais como a resiliência, por exemplo, é salutar. Quem é mais resiliente a fatores estressantes adocece menos, inclusive mentalmente. Segundo pesquisadores, uma pessoa apresenta resiliência a estressores quando se depara com riscos ou dificuldades que podem desencadear respostas saudáveis de enfrentamento. Nesses casos, utilizando-se de recursos aprendidos e/ou disponíveis no ambiente como forma de superar os desafios, a pessoa resiliente diminui as conseqüências negativas de maneira a traduzi-las em bem-estar e aprendizagem (Zanelato; Calais, 2010).

Dito isso, é importante lembrarmos que cada indivíduo é único e vai reagir de maneira singular às situações. Mesmo irmãos gêmeos terão modos diversos de encarar um mesmo desafio, levando a níveis próprios de estresse. São vários os fatores que colaboram para a forma com que o indivíduo reagirá ao estresse,

entre eles, personalidade, temperamento, experiências, aprendizado e o contexto social em que se encontra.

A caracterização do fenômeno de estresse depende também da percepção do indivíduo em avaliar os eventos como estressores, assim como sua percepção dos recursos disponíveis – tanto individuais quanto aqueles que a pessoa percebe no entorno. Uma situação pode ser vista como um desafio por alguém que se vê com recursos suficientes para lidar com ela, assim como pode ser percebida como uma ameaça por alguém que considera não ter recurso algum para enfrentá-la.

Portanto, o processo cognitivo tem uma importância fundamental no que ocorre entre os estímulos potencialmente estressores e as respostas do indivíduo a eles, o que reforça o valor de desenvolver não só as habilidades emocionais como também aquelas relacionadas à solução de problemas. Do mesmo modo, é fundamental aprender e ensinar a buscar ajuda e recursos em seu grupo social. Faz parte do papel do educador pensar de que modo a escola pode fortalecer os fatores que aumentam nos estudantes a percepção do suporte que a instituição lhe oferece.

Ansiedade

Do latim *anxietas*, ansiedade é sinônimo de anseio, impaciência, aflição, receio, agonia, angústia e até medo em muitos dicionários. Vários são os termos usados para se referir à sensação de ansiedade. Atualmente, é um dos vocábulos mais usados para expressar sentimentos e comportamentos do ser humano. E não faltam razões para essa palavra estar tão presente nos dias de hoje, incluindo o fato de que os transtornos de ansiedade são, atualmente, a condição psiquiátrica mais frequente no mundo, com a América Latina e o Brasil apresentando taxas superiores à média mundial (Mangolini et al., 2019).

Mas – veja que interessante – o ser humano, ao longo de sua evolução como espécie, foi se adaptando fisiologicamente para enfrentar as situações vividas, que, por sua vez, geraram 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 um produto dessa evolução. Logo, experimentar a ansiedade é normal e desejável.

A ansiedade e, como veremos 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, por isso, entra na categoria de “estado”. O medo é uma emoção muito rápida, enquanto a ansiedade pode durar muito mais, e até nos levar ao sofrimento mental e a doenças ou patologias, como mencionado anteriormente. Vale ressaltar que temos emoções que não são inerentes a nossa vontade e que nosso esforço deve ser em prol da percepção, identificação e manejo delas.

A ansiedade deve ser compreendida como uma sensação de medo, ameaça, desconforto ou preocupação duradoura. O medo advém de uma ameaça clara e evidente, e a ansiedade, de uma expectativa – isto é, de pensamentos relacionados com o futuro (Margis et al., 2003).

Tanto o medo quanto a ansiedade envolvem reações e comportamentos ante uma ameaça, portanto perceber

sua ocorrência amplia nossa consciência e nossas estratégias para lidar com as sensações que nos atrapalham. É um mecanismo adaptativo que contribuiu para que nossos antepassados tivessem recursos mais eficientes para enfrentar 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 com os dos 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

Emoções primárias

Segundo o neurocientista

António Damásio, as emoções primárias são as primeiras reações neurofisiológicas, sendo compartilhadas por todos os humanos. As emoções primárias, tratadas pelos trabalhos de Darwin e de seus seguidores, são: alegria, tristeza, medo, raiva e repugnância (nojo).

No entanto, outro pesquisador, Paul Ekman, importante psicólogo, defende a existência de sete emoções, acrescentando a surpresa e o desprezo à lista.

transtornos terem a ansiedade como sintoma, ela acontece naturalmente no organismo. Mesmo assim, é importante e necessário perceber sua ocorrência, o 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 quando há uma reação exagerada ou desproporcional a um evento ou situação, atrapalhando o funcionamento integral do indivíduo.

Na modernidade, principalmente nos centros urbanos populosos, é mais difícil manter a ansiedade em níveis saudáveis. Por isso a importância de se perceber e refletir sobre as emoções e de se conscientizar sobre os fatos e atitudes, tornando-se capaz de tomar decisões que protejam a saúde mental e física (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 mantê-los em níveis saudáveis.

A ansiedade não tem idade. Desde cedo, as crianças começam a aprender como reagir a situações, e vão criando um repertório de experiências que se associam a um maior ou menor grau de ansiedade.

Como nós, adultos, as crianças e adolescentes também sentem ansiedade em vários momentos da vida, assim como 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 natural e normal, mas, quando ela compromete o funcionamento da criança em sua vida cotidiana, tanto na família quanto na escola, as reações naturais podem ganhar contornos exacerbados e se transformar num transtorno (Assis et al., 2007).

Claro que a forma como o jovem sente e percebe a ansiedade tem a ver com sua personalidade, seu temperamento e seus aprendizados a partir das experiências da vida. Cada indivíduo é único em sua manifestação, compreensão e características, e merece cuidado e atenção às suas necessidades em prol de seu desenvolvimento e saúde integral. O que nos cabe aqui é dizer o quanto uma educação que contemple alguns conhecimentos ligados à promoção da saúde da mente impacta positivamente na forma como a ansiedade se expressa na criança e no adolescente.

Frustração

Frustração é a sensação que experimentamos de modo rápido, quando perdemos o ônibus por uma questão de segundos, por exemplo, ou de forma mais “lenta”, quando avaliamos que não ajudamos o suficiente uma pessoa querida, que hoje é falecida, e, portanto, a decepção conosco pode ficar em nossa mente como um “fantasmilha”, tirando nossa energia. Quando não é passageira, a frustração pode nos impor uma sensação de menor valor próprio.

Sentir-se frustrado tem relação com nossas expectativas – especificamente, quando algo não transcorre como esperamos. Um exemplo disso é o que ocorre com alguém cujo pai desapareceu do convívio. Temos a crença de que pais amam e se importam com os filhos. Portanto, nossa expectativa é de que todos os pais se comportem de forma a refletir esse afeto e cuidado. Quando isso não acontece, pode gerar frustração, tristeza, raiva, indignação e uma sensação de pouca autovalia.

Esse estado 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 e, dependendo da intensidade da reação, gera uma série de processos neurofisiológicos. Ficar muito frustrado também leva a uma diminuição da capacidade para memorizar e ter atenção, assim como também acontece com a ansiedade. Outra semelhança entre os dois estados emocionais (ansiedade e frustração) é que, quando o nível de estresse é elevado, dependendo do tempo e intensidade, podem levar o organismo a muitos danos.

Ultimamente, questões relacionadas ao uso das tecnologias podem ser uma fonte de frustrações diversas. Desde as dificuldades de conexão à internet e outras falhas tecnológicas (Hadlington; Scase, 2018) até a demora em receber uma resposta no aplicativo de mensagens. O uso das mídias sociais tem trazido igualmente um contexto propício para a frustração: um estudo com adolescentes brasileiras associou o uso das mídias sociais com o aumento exponencial do nível de insatisfação com o próprio corpo (Lira et al., 2017). Sendo assim, o que nos frustra está muito relacionado às características do nosso tempo; porém nos frustrar parece ser um mecanismo neurobiológico

que acontece para nos “tirar da zona de conforto” ou, ainda, para nos impelir para uma mudança, uma nova ação. Por isso o desgaste, o desconforto gerado no processo da frustração.

A frustração depende dos aspectos neurobiológicos herdados, bem como do temperamento e até da personalidade do indivíduo. Pessoas com um temperamento mais colérico, por exemplo, podem ser mais suscetíveis a vivenciarem a frustração.

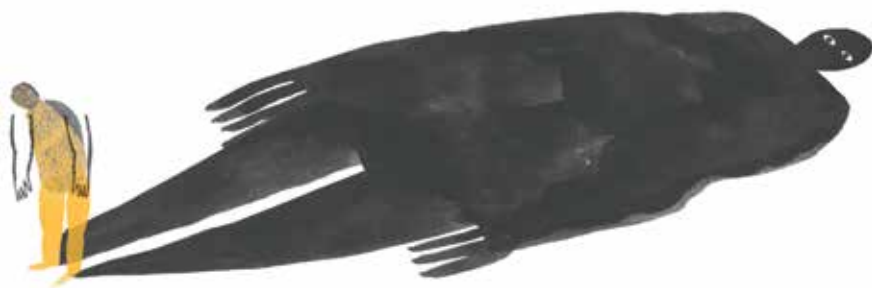
Muitos estudos têm apontado que treinar competências emocionais ou ainda as chamadas socioemocionais podem trazer mais conforto, mais recursos internos para lidar com as frustrações.

Será sempre muito importante reconhecer o que nos leva a sentir frustração e saber quais situações, desejos e expectativas são mais suscetíveis 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. Quanto maior é a expectativa, maior tende a ser a chance de se frustrar. Quem já não ouviu as expressões “quanto maior a escalada, maior o tombo” ou ainda “quem muito espera pouco alcança”?

Vale a pena ressaltar também que a frustração tem a ver com os circuitos neurais da raiva. Por isso, é importante buscar recursos de tolerância para que possamos lidar melhor com a raiva gerada, evitando tomar alguma decisão ou atitude que faça mal a nós mesmos e ao outro (Yur et al., 2014).

É possível ensinar uma criança a ser mais tolerante às inerentes frustrações da vida?

A frustração faz parte da vida; não temos tudo o que queremos porque dividimos o mundo com outros indivíduos. Por outro lado, receber um “não” diante de um desejo imediatista pode fortalecer e treinar a criatividade, a paciência e outras competências emocionais. É experimentando emoções e sentimentos que podemos aprender a lidar melhor com eles. Não podemos esquecer de pontos básicos que dizem respeito ao desenvolvimento e aprendizagem; isto é, que só levando tombos aprendemos a andar.



Nesse sentido, o educador serve como suporte para a criança e para o jovem, demonstrando confiança em suas capacidades e incentivando-os a tentar novamente, a perseverar, a fazer de outro jeito e até mesmo a aceitar as situações que não saíram como esperado e que não podem ser mudadas, pelo menos naquele momento. Os tempos atuais trazem novos desafios para a capacidade de lidar e tolerar as expectativas não alcançadas, principalmente porque a velocidade, a multiplicidade de mudanças e novas exigências podem deixar mais suscetíveis às frustrações as novas gerações, especialmente aquela batizada de geração digital, cujos desejos são ativados na velocidade de um clique.

A tolerância à frustração é uma das habilidades relacionadas à competência da resiliência emocional, ou seja, ser capaz de lidar com suas emoções com equilíbrio e controle, que, por sua vez, está associada às dez competências gerais da Base Nacional Comum Curricular (BNCC), que compõem os objetivos do ensino básico (IAS, 2020). Para treinar a tolerância, assim como a paciência, são necessários bons exemplos. A rotina, o afeto e as oportunidades de aprendizado são como o cimento e a 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 crianças e adolescentes a identificarem situações que podem gerar maior frustração e aprimorar estratégias para lidar com elas:

Sete passos para se prevenir contra a frustração

	EXEMPLO 1	EXEMPLO 2
1 Identificar uma situação com potencial frustrante.	“Quero fazer uma viagem com a turma da escola no final deste ano, será muito divertido para celebrar mais um ano juntos.”	“No próximo ano, quero trabalhar em uma escola mais próxima de casa e levar menos tempo no trajeto de ida e volta do trabalho.”
	Potencial frustrante: a viagem não acontecer.	Potencial frustrante: não conseguir a vaga na escola almejada.
2 Sentir e pensar; concentrar-se na situação e em todos os detalhes necessários para que o que você deseja ou necessita aconteça.	Pensar sobre quem poderá organizar a viagem, quais são a antecedência necessária e o tempo disponível, quais lugares seriam viáveis para esse número de pessoas, quais os custos etc.	Avaliar quais vagas estão disponíveis na escola, quais os requisitos exigidos, quais as ações necessárias para se candidatar a uma vaga, com qual antecedência é necessário iniciar o processo.
3 Refletir para ser assertivo quanto às ações necessárias para atingir seu objetivo.	Organizar a viagem com antecedência, formar uma comissão organizadora com outros alunos, conversar com a escola para que participe na escolha de uma agência de viagens, propor a comunicação com as famílias responsáveis.	Buscar formações complementares que facilitem a entrada na nova escola, procurar entre os docentes algum colega que possa dar informações adicionais sobre o processo seletivo.

	EXEMPLO 1	EXEMPLO 2
4 Criar e testar estratégias para passar pela situação com potencial frustrante, pensando em soluções e alternativas para possíveis obstáculos.	Quais as alternativas se não houver número suficiente de alunos, ou se a viagem for muito dispendiosa ou ainda se a maioria dos pais não autorizar.	O que fazer se não conhecer ninguém do corpo docente ou se não houver vaga disponível na escola em que deseja trabalhar.
5 Caso a situação envolva outra(s) pessoa(s), comunicar-se da melhor forma possível, deixando muito claro o que pensa ou espera e, ao mesmo tempo, buscando compreender o que o grupo sente, pensa e entende sobre o mesmo assunto.	Os outros alunos têm a mesma vontade? A escola conseguirá e terá interesse em participar da organização? As famílias entendem a viagem como algo positivo para seus filhos?	Além da minha conveniência de trabalhar em uma escola próxima de casa, o que tenho a oferecer para atender às necessidades e expectativas da escola? O que essa escola espera de um professor? Como posso criar oportunidades para entender melhor a escola e para me comunicar adequadamente?
6 Definir o caminho a seguir e planejar as ações.	Planejamento, ação e ajustes na rota em busca do objetivo.	Planejamento, ação e ajustes na rota em busca do objetivo.
7 Ter um plano B, caso a primeira escolha não chegue ao resultado esperado.	“Caso a viagem não seja possível, podemos organizar algum tipo de celebração significativa de final de ano com os colegas.”	“Se não for possível mudar para essa escola no próximo ano, posso tentar mudar no ano seguinte ou procurar uma escola que, mesmo não sendo tão próxima quanto a que eu queria, não seja tão distante quanto a atual.”

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.

Considerando os 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 as pessoas com as quais estamos nos 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 expectativas e ações.

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, levam a 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 Como o bullying e a violência afetam a saúde mental

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

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

No entanto, o conflito pode se manifestar de modo violento. Em razão de sua imaturidade, ou mesmo por conta dos exemplos que conhecem de outros espaços de convivência, crianças e adolescentes podem ter dificuldades para resolver suas divergências por meio de diálogo ou debates, exibindo comportamentos e atitudes agressivas.

Bullying

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 sem que tenha havido provocação ou agressão prévia da vítima (ou vítimas) e com a percepção de que a pessoa não consegue se defender. Na maioria dos casos, os professores não tomam conhecimento de que o *bullying* esteja acontecendo e a vítima não se sente capaz de relatar os episódios de violência aos pais (Albores-Gallo et al., 2011).

Essas ações podem envolver agressão física, verbal, zombarias – chamado *bullying* direto – ou exclusão e disseminação de boatos – *bullying* indireto. O *bullying* direto é mais comum entre as crianças mais jovens; conforme elas vão crescendo e adquirindo maior compreensão social, a tendência é aumentar o *bullying* indireto. Há também diferenças de gênero: meninas tendem mais ao *bullying* indireto que os meninos. O *bullying* acontece comumente no espaço escolar e entre estudantes do mesmo ano escolar, mas o fenômeno tem crescido no ciberespaço (*cyberbullying*), sobre o qual falamos mais a seguir.

O *bullying* é uma forma de violência considerado um problema universal de saúde pública (Craig et al., 2009). No entanto, nem toda violência é *bullying*. Agressões pontuais, conflitos entre alunos e professores ou com a gestão não constituem *bullying* e conhecer essas diferenças contribui para intervenções mais assertivas. 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, tendo sido este, nos últimos anos, o local de maior incidência.

Consequências 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.
- ▶ Diminuição da autoestima e piora do funcionamento social.
- ▶ Maior risco para transtornos mentais, como depressão e ansiedade.
- ▶ Risco aumentado para comportamentos autodestrutivos e suicídio (Albuquerque et al., 2013; Ford et al., 2017).

Crianças e adolescentes com maior risco de tornarem-se vítimas de bullying:

- ▶ Crianças ou jovens mais retraídos, que se mostram inseguros socialmente ou com baixa autoestima.
- ▶ Alunos que apresentam menos 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.

É importante frisar que todos os envolvidos – vítimas, agressores e testemunhas – têm o desempenho escolar afetado negativamente e apresentam maior risco de desenvolverem transtornos mentais. Embora a vítima do *bullying* enfrente grandes sofrimentos, o agressor e as testemunhas também precisam de atenção e cuidados, uma vez que apresentam maiores riscos para transtornos mentais (Midgett; Dumas, 2019).

Crianças e adolescentes envolvidos de alguma forma com o *bullying* têm maiores chances de abandonar a escola. Como é um problema que acontece entre os alunos, é comum que a escola (e mesmo a família) demore para identificá-lo. No entanto, é importante saber que pesquisas apontam que o *bullying*, sendo um fenômeno universal, possivelmente acontece em todas as escolas (Craig et al., 2009).

Todos os adultos da escola podem ficar atentos aos sinais que ajudarão a identificar essas situações de intimidação e intervir o mais prontamente possível. Quanto antes o *bullying* for identificado e as providências tomadas, menores são os efeitos danosos.

No Brasil, a Lei n. 13.185, de 6 de novembro de 2015, instituiu o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (*bullying*) com o objetivo de prevenir e combater a prática. Desse modo, é importante que a escola organize tanto ações universais de prevenção, como a conscientização sobre o *bullying* de todos os alunos, educadores e famílias, quanto ações específicas para os alunos diretamente envolvidos (Bradshaw, 2015) para minimizar seus efeitos negativos e o sofrimento de crianças e adolescentes.

Cyberbullying

Tem crescido nos últimos anos o *cyberbullying*, que ocorre pela internet, mais especificamente nas redes sociais virtuais. O mecanismo é o mesmo do *bullying* e é comum que a agressão ocorra das duas formas combinadas, face a face e nos meios digitais. Na adolescência, o *cyberbullying* tornou-se a principal forma de *bullying* e é mais comum entre as meninas.

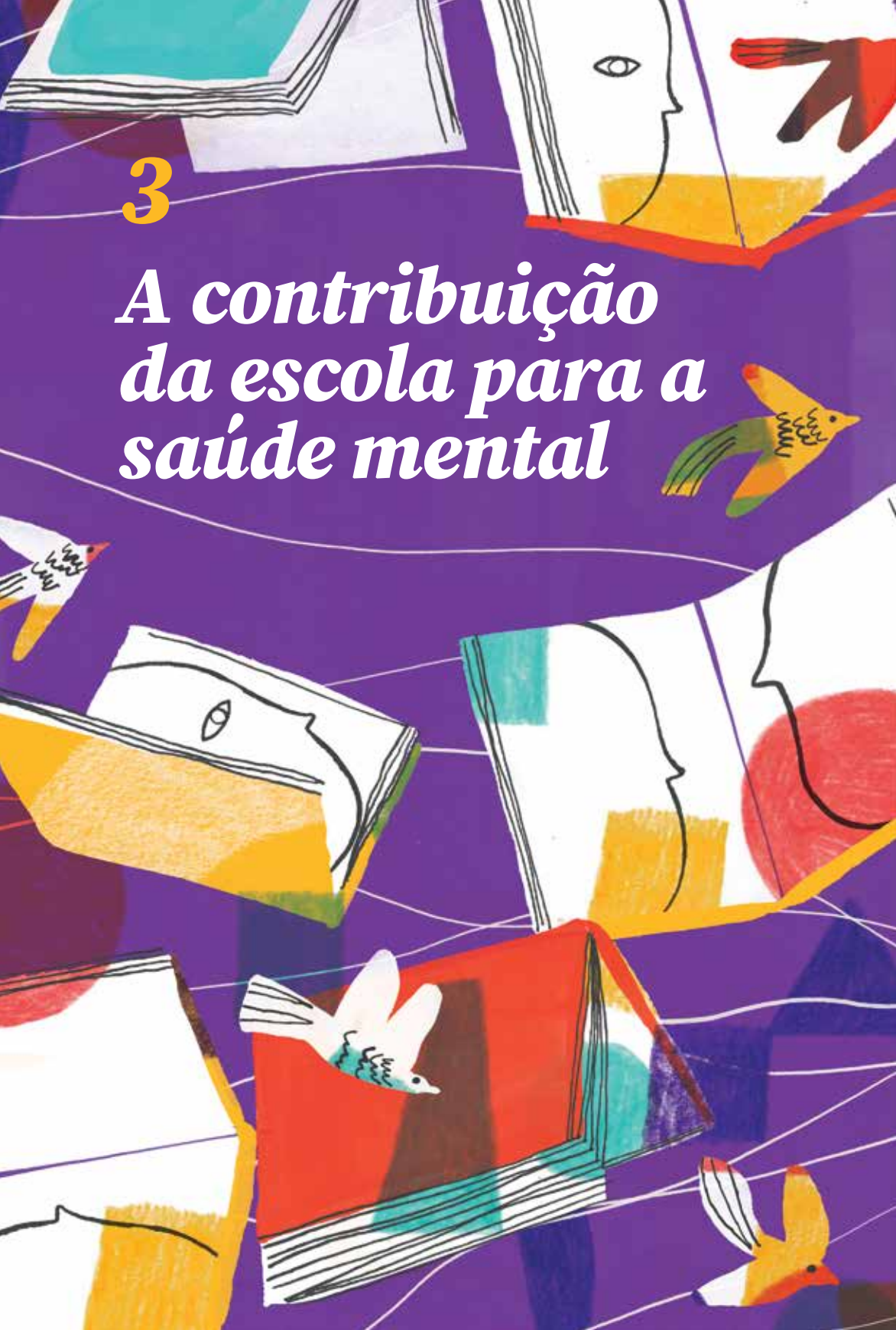
O *cyberbullying* pode ser ainda mais devastador que o *bullying* face a face, em razão da possibilidade de anonimato do perpetrador e pelas diversas possibilidades de alcançar a vítima (redes sociais, aplicativos de mensagens, uso de textos e vídeos etc.), o que aumenta a rapidez da disseminação das informações. Há também maior dificuldade dos pais e da escola de conseguir monitorar esses espaços. O *cyberbullying* está associado a um maior risco de suicídio (Kim et al., 2020).

Com a pandemia de Covid-19, o consequente afastamento da escola e o ensino acontecendo primordialmente pelos meios digitais ou híbrido, o potencial para o *cyberbullying* aumenta, pelo maior número de crianças e adolescentes usando a internet diariamente. Um estudo que acompanhou as mensagens pela rede Twitter nos Estados Unidos, entre janeiro e junho de 2020, mostrou um aumento expressivo do termo *cyberbullying* e outros termos associados à agressão pelos meios digitais nas mensagens da rede (Das et al., 2020). Outro estudo realizado na Índia a partir de dados obtidos em diferentes plataformas de jogos e mídias sociais também indicou um aumento do fenômeno (Jain et al., 2020). Embora os impactos ainda não sejam totalmente conhecidos, há indícios de que o contexto da pandemia pode ter aumentado as condições para o *cyberbullying*.

Desse modo, é fundamental que a escola considere ações de prevenção e apoio para minimizar o *cyberbullying* e suas consequências. A conexão que a escola proporciona e o senso de pertencimento funcionam como fatores protetores para os efeitos do *cyberbullying*, diminuindo seus impactos deletérios (Kim et al., 2020).

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. É também o espaço propício para a realização de intervenções com menos estigmas para alunos, familiares e comunidade.

Como já dissemos, os educadores, por estarem bem próximos dos alunos no dia a dia, podem ter uma atuação efetiva na promoção da saúde mental e prevenção de processos de adoecimento.

Mas é importante saber que entre a saúde e a doença mental existe um grande espectro. E, na escola, podemos, com informação e olhar cuidadoso, criterioso, alterar para o 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.

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, professores e gestores terão embasamento para fazer os encaminhamentos precoces e assertivos para a área da saúde, sendo mais capazes de reconhecerem sinais relevantes.

Chamamos a atenção para o fato de que, ao notar no estudante ações e comportamentos persistentes que podem ser um sinal ou indício de sofrimento psíquico ou transtorno mental, a escola não deve fazer hipóteses diagnósticas. Não só esta não é a atribuição do educador, como corre-se o risco de rotular e expor o aluno, o que, ao final, pode causar maior sofrimento e gerar resistência à busca de ajuda especializada.

Nessas situações, o melhor é que a escola:

- Procure saber com o próprio aluno, amigos ou com a família se há algum acontecimento que possa ser a causa do comportamento, mobilizando ações de acompanhamento e apoio.
- Busque relatar os fatos que estão sendo observados e descrever as alterações do comportamento notadas, recomendando, se for o caso, a busca de um profissional da área de saúde mental.

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.

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 contribui para que todos se engajem e assumam a responsabilidade por ações que colaborem para um ambiente saudável.

3.1 A importância das relações no ambiente educacional

A qualidade das relações que a criança estabelece na família e na escola impacta de modo significativo o seu desenvolvimento e, no futuro, a sua saúde e qualidade de vida. Depois da família, as relações no ambiente escolar são as que mais influenciam aspectos como saúde física, mental, abuso de drogas e envolvimento com comportamentos violentos e de risco. A escola pode, assim, se constituir como um enorme fator de proteção para a saúde mental, quando os vínculos são construídos positivamente.

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

Construindo um relacionamento positivo com os alunos

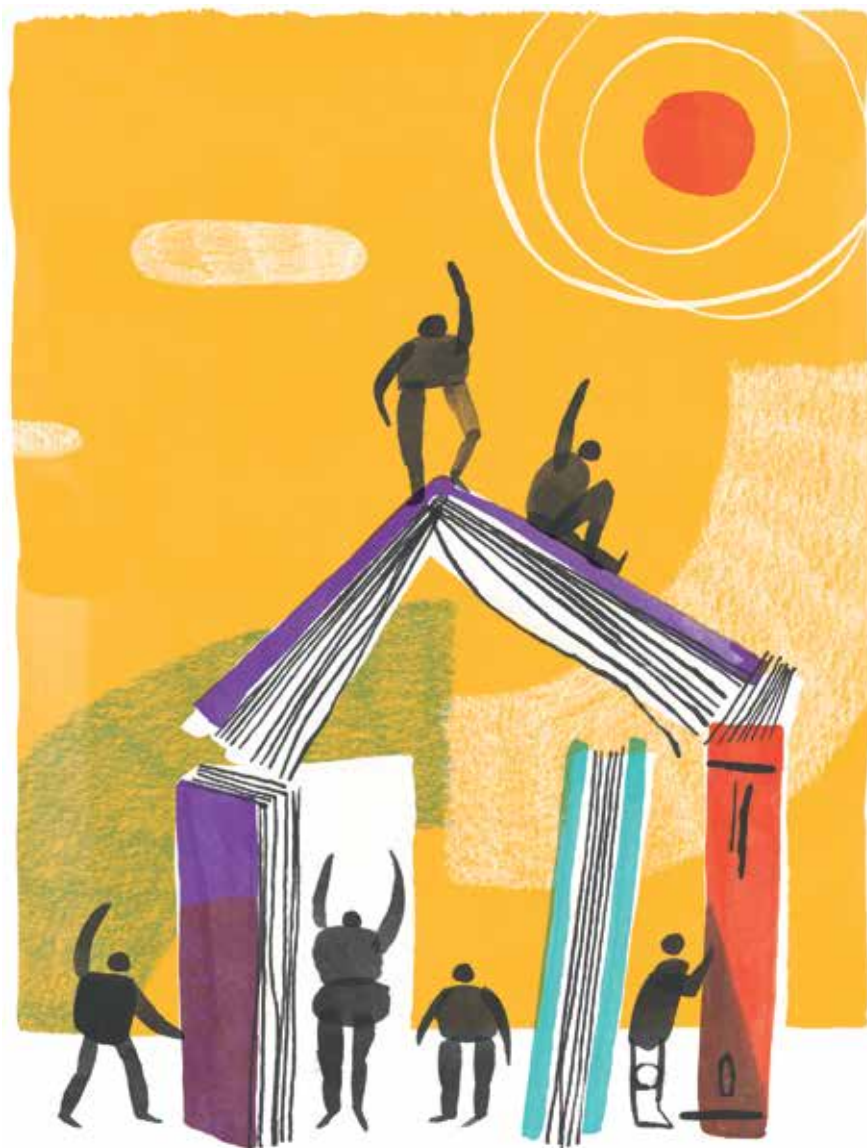
Conforme a criança vai crescendo e a educação formal vai ganhando importância, mais relevante se torna a qualidade do relacionamento que ela estabelece na escola com os educadores e colegas. Quando essas relações são apoiadoras, próximas e com conflitos bem conduzidos, elas se tornam uma base segura 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. Essas 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 relacionamentos seguintes, 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 quanto o próprio vínculo que a criança e o adolescente estabelecem com o aprender e com o que a escola representa enquanto instituição voltada à construção dos conhecimentos.

Todas as relações afetam o clima emocional e relacional da escola, que, quanto mais acolhedor, positivo, colaborativo, inclusivo e seguro, mais favorável será para a promoção da saúde mental. Considerar a diversidade de forma ampla, abrir espaços de diálogo e participação e ter ações assertivas diante das dificuldades de aprendizagem contribuem para fazer com que o aluno possa enxergar-se como pertencente à escola, fortalecendo seu vínculo com ela.



Momentos de transição são especialmente difíceis para os alunos, como a passagem da educação infantil para o ensino fundamental, depois para os anos finais do fundamental e, em seguida, para o ensino médio. Essas transições envolvem mudanças na rotina escolar, nas exigências acadêmicas e trazem

novas responsabilidades, além de, eventualmente, implicar mudanças de escola e de colegas com os quais se estava acostumado, o que pode gerar insegurança e sentimentos de angústia e ansiedade. Nesses períodos, é imprescindível que seja pensado de que modo professores e outros agentes podem dar suporte para que o aluno consiga se adaptar favoravelmente ao novo contexto e superar esses desafios.

A qualidade dos relacionamentos na escola, é bom que se diga, não afeta somente os alunos. Os educadores também são diretamente impactados por esse aspecto. Um estudo realizado com 83 professores de uma mesma escola acompanhou o nível de estresse deles ao longo de alguns meses. Verificou-se que, de modo geral, os professores que tinham relações mais afetivas e próximas com seus alunos apresentavam 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.

Regulando e expressando emoções na escola

A regulação emocional é uma habilidade que desenvolvemos e aprimoramos ao longo da vida para podermos manejar nossas emoções de modo que elas contribuam para lidarmos bem com as diversas situações da vida, nos auxiliem a atingir objetivos e favoreçam nossas relações. Parte da regulação emocional relaciona-se com o modo como expressamos o que sentimos.

Assim como em outros ambientes profissionais, podemos reconhecer que há uma expectativa de que, como educadores, expressemos nossas emoções de maneira adequada. Essa expectativa pode se traduzir em normas de conduta explícitas, ou seja, declaradas em documentos, como o Regimento Escolar, mas também em regras implícitas, que se relacionam com o que o grupo social espera do professor.

No ambiente escolar, essa expectativa também se dá relacionada ao fato de que lidamos, na maior parte do tempo, com crianças e adolescentes que estão ainda aprendendo a regular e expressar suas emoções. Assim, é esperado que nós nos comportemos de fato como os “adultos da relação”, sendo modelos

positivos de comportamento. E o modo como as emoções serão expressas influenciará o comportamento dos alunos. Nas interações com colegas, com os gestores escolares e com as famílias há também a expectativa de que nossa expressão emocional contribua para a comunicação e para a solução dos problemas, e não o contrário.

Esse fato pode fazer com que o educador faça um esforço considerável para expressar suas emoções de forma a atender o comportamento que se espera dele nas diferentes situações, o que envolve gerenciar seus sentimentos para que as expressões facial e corporal sejam adequadas (Yin et al., 2019). Dependendo do modo como o esforço é dirigido, ele pode gerar mais desgaste e aumentar o estresse ou, ao contrário, auxiliar no desenvolvimento emocional e fortalecer as relações.

Consideramos que há três formas de fazer essa relação entre o que sentimos e o que expressamos:

1 Atuação superficial

Diante de um evento que gera uma determinada emoção considerada pela pessoa inadequada ao contexto, esta modifica a expressão, fingindo sentir algo que na verdade não sente. Desse modo, suprime suas reais emoções ou as esconde para poder expressar outras que considera adequadas às circunstâncias. O termo técnico é dissonância emocional (Diefendorff et al., 2005).

Por exemplo, em uma situação em que um aluno nos confronta e sentimos raiva, fingimos que o comportamento nos divertiu e reagimos com um sorriso, por considerar que a expressão da raiva nesse momento não seria adequada.

Essa é uma forma de lidar com as emoções e sentimentos que muitos de nós aprendemos para responder às demandas sociais. No entanto, quando a estratégia principal para manejar emoções no ambiente de trabalho frequentemente passa a ser suprimir o que se sente e fingir sentir outra emoção, pode-se gerar uma série de consequências negativas, entre elas, aumento do estresse, exaustão emocional, piora do bem-estar e insatisfação com a atividade profissional. E pode, inclusive, comprometer as relações, uma vez que as interações não acontecem com base em sentimentos reais.

2 Atuação profunda

Essa estratégia envolve entrar em contato com suas emoções em certo momento e ter consciência do que realmente se está sentindo para então reavaliar a situação e modificar suas emoções para outras mais desejáveis. Assim, em vez de modificar a expressão emocional, como na atuação superficial, você modifica os sentimentos e emoções originais, buscando sentir outros, que considera mais adequados (Yin et al., 2013).

Podemos dar como exemplo quando perguntamos algo a um colega na escola e ele responde de maneira ríspida. Na hora, podemos nos sentir magoados, mas, ao reavaliar a situação, lembrando que ele está enfrentando um momento difícil em família, trocamos o sentimento de mágoa ou raiva por compaixão ou colocamos nossa atenção em outra coisa, tirando o foco da situação, o que, por sua vez, muda a carga emocional.

Essa estratégia é considerada mais favorável que a atuação superficial. A pessoa reconhece suas reais emoções e sentimentos, mas ainda depende esforço, empregando algumas técnicas cognitivas para transformá-los em outros para só então exprimi-los; ou seja, as emoções expressas não são aquelas que vêm naturalmente.

3 Atuação natural

É a expressão das emoções genuinamente sentidas. Então, o que é exteriorizado é de fato aquilo que se sente, sendo essa expressão, por sua vez, adequada ao contexto. Embora não exista um esforço intenso, como nas estratégias anteriores, a pessoa ainda assim necessita monitorar suas emoções para certificar-se de que o que sente e sua expressão estão em sintonia com o que se espera dela na situação.

Um bom exemplo pode ser uma situação em que o gestor escolar nos convoca para uma conversa sobre uma turma que não teve bom desempenho no mês anterior, chamando a atenção para os erros que cometemos. Podemos nos sentir injustiçados ou tristes e expressarmos esse sentimento genuíno, mostrando nosso descontentamento e dizendo o quanto nos sentimos tristes por não ver reconhecidos os bons desempenhos nos demais meses e com as outras turmas.

Essa estratégia de expressão emocional é considerada a mais favorável ao bem-estar, à satisfação com o trabalho docente e a que gera menor estresse. Por ser genuína, fortalece as relações de confiança.

O desenvolvimento das habilidades emocionais faz com que, gradativamente, também aperfeiçoemos a maneira como expressamos nossas emoções e sentimentos na escola. Podemos, assim, cada vez mais conseguir, sem grande esforço, expressar emoções que genuinamente sentimos de maneira compatível com as situações e com o ambiente escolar.

É importante que avaliemos como usualmente lidamos com nossas emoções no cotidiano profissional e que busquemos, continuamente, desenvolver nossas competências emocionais e sociais. Isso fará de nossas emoções aliadas no trabalho docente e fortalecerá nossos recursos em prol da boa saúde mental. Até recentemente, o assunto da saúde mental e emocional não fazia parte do universo da escola de modo tão explícito como agora. Pode até parecer que é mais uma tarefa, dentre tantas outras, que nós educadores devemos cumprir. Mas, na verdade, é um tema que não só promove a nossa vida profissional, mas também a nossa vida pessoal e familiar.

3.2 Combatendo o estigma e o preconceito

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 diante da reação de alguém que tenha nos parecido “fora do normal”, apresentasse um comportamento “inesperado”, “esquisito” ou “louco”.

A ideia que, ao longo do tempo, muitas sociedades tiveram sobre a loucura, com crenças que associam o transtorno mental à fraqueza, à falta de caráter ou mesmo a influências espirituais, fez com que os portadores de transtorno mental sofressem enormemente com o preconceito. Infelizmente, por falta de conhecimento, muitas dessas ideias ainda estão presentes na nossa sociedade.

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, tais como serem excluídos dos diversos grupos sociais, sentirem vergonha de sua condição e não buscar ajuda, o que muitas vezes agrava o transtorno e gera outros problemas.



Esse preconceito é traduzido pelo estigma que o portador do transtorno mental acaba muitas vezes carregando, e que traz consequências muito difíceis para o indivíduo. O preconceito pode ser compreendido como uma epidemia invisível em nossa sociedade, a qual urge ser combatida com o treino de competências emocionais, tais como empatia, compaixão e generosidade (Fóz, 2019).

O termo “estigma” é mais antigo do que podemos imaginar. Na Grécia Antiga era utilizado para se referir a sinais corporais que evidenciavam algo mau sobre o *status* moral daquele que apresentava tais características. Esses sinais avisavam que a pessoa “marcada” era um escravo, um criminoso ou até um traidor. Hoje o termo é utilizado de maneira semelhante ao sentido literal original, caracterizando o indivíduo que é considerado inabilitado para a aceitação social plena (Goffman, 1988).

O estigma é entendido atualmente como um conjunto de crenças e atitudes que leva as pessoas a rotular, rejeitar, ter medo, discriminar e desrespeitar indivíduos com transtorno mental, fazendo com que esses indivíduos 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 (por exemplo, hanseníase, AIDS e outras) e mesmo a questões sociais, como condição socioeconômica, raça, sexualidade ou gênero.

Não falar sobre a saúde mental na família, na escola e na comunidade acaba fazendo com que as pessoas que estejam em sofrimento psíquico padeçam ainda mais por pensarem que somente elas passam por esse problema, podendo levar à crença de que são fracas, que é algo vergonhoso ou ainda que algo está muito errado com elas.

A escola, como instituição social, amplia e intensifica a socialização dos indivíduos. Promove o contato com outras pessoas e com outros objetos de conhecimento, possibilitando experiências e diversas leituras do mundo para enriquecer a vida do ser humano (Aranha, 2004). Para tanto, é salutar reconhecer a diversidade e propiciar reconhecimento do sofrimento psíquico, evitando o estigma.

Algumas ações para diminuir o estigma sobre os transtornos mentais que podem (e devem) ser cultivadas no ambiente escolar:

- 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 força as pessoas a evitar o assunto. Felizmente, isso tem mudado nos últimos anos, havendo mais abertura para se falar sobre os transtornos mentais e mais informações disponíveis, apesar de ainda haver carência de políticas públicas e ações da sociedade para minimizar o sofrimento, as dificuldades e as vulnerabilidades daqueles que são vítimas do preconceito.

Valorizando as diferenças

O que é preconceito, senão algo que vem “antes” do conceito, ou que está “fora” do conceito? O preconceito reflete, na maioria das vezes, falta de informação e de conhecimento, levando a pessoa a enxergar o outro como intrinsecamente diferente dela própria.

Nesse sentido, a educação tem um papel essencial na valorização das diferenças e na reflexão e reconhecimento do quanto somos parecidos com aqueles que julgamos “estranhos” ou “diferentes” de nós. Por outro lado, saber que existem diferenças que precisam de tratamento, de cuidados médicos ou de outra natureza não pode diminuir o indivíduo.

É preciso ampliar o conhecimento que leva a ações de acolhimento e diminuição do preconceito e do estigma, e uma das maneiras de refletir e repensar os estigmas e o preconceito é através de atividades lúdicas. Para isso, sugerimos uma atividade que busca evidenciar aos alunos como nossas semelhanças são muito maiores do que nossas diferenças.

Sugestões de atividades



Junte um grupo de estudantes e peça a eles que levantem a mão ou se agrupem sempre que responderem “sim” à pergunta. Ao final, proponha uma conversa com o grupo sobre os diversos aspectos que nos identificam com os demais e aquilo que nos torna singulares.

Exemplos de perguntas:

- ▶ Quem gosta de doce?
- ▶ Quem está calçando tênis?
- ▶ Quem usa óculos?
- ▶ Quem tem irmãos?
- ▶ Quem já roeu as unhas?
- ▶ Quem gosta de séries?
- ▶ Quem está usando algum acessório?
- ▶ Quem tem tatuagem?
- ▶ Quem gosta dos avós?
- ▶ Quem já teve dificuldade com um irmão?



Há datas instituídas, mundial ou nacionalmente, para chamar a atenção sobre temas relacionados não só com a saúde mental, como também com a saúde integral e com a diversidade humana quanto ao seu funcionamento cognitivo.

Essas datas podem servir como disparadores de atividades diversas com os alunos, com o intuito de aumentar a visibilidade dos temas e a divulgação de conhecimento de qualidade, em prol da diminuição do preconceito:

- ▶ **21 de março** Dia Internacional da Síndrome de Down
- ▶ **2 de abril** Dia Mundial da Conscientização do Autismo
- ▶ **6 de abril** Dia Nacional de Mobilização pela Promoção da Saúde e Qualidade de Vida
- ▶ **7 de abril** Dia Mundial da Saúde
- ▶ **13 de julho** Dia do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade no Brasil
- ▶ **5 de agosto** Dia Nacional da Saúde
- ▶ **10 de setembro** Dia Nacional de Prevenção do Suicídio
- ▶ **15 de setembro** Dia Nacional de Prevenção e Combate à Depressão
- ▶ **21 de setembro** Dia Nacional da Luta das Pessoas com Deficiência (física, mental, intelectual ou sensorial)
- ▶ **10 de outubro** Dia Mundial da Saúde Mental
- ▶ **16 de novembro** Dia Nacional de Atenção à Dislexia

3.3 As relações entre questões de saúde mental e de aprendizagem

Quando se trata das questões da mente e, mais especificamente, daquilo que parece “não funcionar bem”, pode haver muita confusão sobre o que acontece de fato com a cognição, de que modo a aprendizagem será afetada e, principalmente, como as ações educativas devem ser direcionadas.

Há ainda bastante controvérsia nas definições dos que são denominados, de forma ampla, como problemas de aprendizagem. A confusão aumenta quando se incluem os transtornos mentais, os transtornos de aprendizagem, os transtornos do desenvolvimento e a deficiência intelectual, uma vez que esses quadros podem ter, em alguma medida, relação com o processo de aprender.

Dificuldade ou distúrbio? Problema ou transtorno? Não é fácil fazer essa distinção e não temos a pretensão de definir amplamente esses conceitos, que são bastante complexos. Mas queremos explicitar que há diferenças importantes nos termos, que implicam o entendimento das respectivas definições, que aqui serão tratadas, porém não esgotadas.

É necessário demarcar algumas diferenças para que não se incorra no erro de colocar tudo “em um balaio só”. A partir do momento que tratamos essas questões como similares, há um grande risco de haver equívocos nas estratégias pedagógicas e em outras intervenções, com reflexos negativos na aprendizagem que podem comprometer a vida de crianças, adolescentes e jovens.

Aprendizagem e desenvolvimento

É importante que tenhamos em mente o que se entende por desenvolvimento normal. Ao falarmos sobre infância e adolescência, esses cuidados devem ser ainda maiores, pois, nos indivíduos cujos organismos estão em processo de maturação e desenvolvimento, podem ocorrer discrepâncias tênues que fazem parte do esperado e do natural. As questões relativas ao processo de aprendizagem são bastante imbricadas com o desenvolvimento da mente em um “cérebro-corpo-emoções-comportamento” em plena transformação. Além

disso, é fundamental lembrarmos da dimensão sociocultural como decisiva no modo como a aprendizagem se dará, sendo um elemento que também precisa ser considerado quando há alguma disfuncionalidade.

Desde quando somos um embrião, há vários fatores em jogo – hereditários, biogenéticos e ambientais (incluindo todos os complexos aspectos sociais, culturais e afetivos) –, que constituem estímulos e influências no desenvolvimento, em maior ou menor medida. A direção desses processos leva às imensas diferenciações dos aspectos físico, cognitivo, psicológico e social.

Como educadores, temos familiaridade com teóricos, como Jean Piaget, que trouxeram a perspectiva da influência da maturação nos processos de aprendizagem. Segundo Piaget, a criança passa por estágios de desenvolvimento do pensamento e o conhecimento é constituído na interação do sujeito com o meio externo (objetos, situações e pessoas). Na sua teoria, a funcionalidade do pensamento é intrínseca ao processo de desenvolvimento ao longo do tempo, e o desenvolvimento cognitivo acontece em estágios: sensório motor (0 a 2 anos), pré-operatório (2 a 7 anos), operatório (7 a 12 anos) e operatório formal (12 anos em diante) (Piaget; Inhelder, 2003).

Já para Vigotski (Vigotski, 2009), o desenvolvimento e a aprendizagem são diferentes, porém articulados entre si, numa relação dialética (Vigotski et al., 2017; Vigotski, 2009). A preocupação de Vigotski, ao realizar suas investigações sobre as diferentes abordagens que tratam da relação entre aprendizagem e desenvolvimento, era compreender o nível de desenvolvimento intelectual da criança. Para isso, o autor elaborou dois conceitos: nível de desenvolvimento real ou atual e zona de desenvolvimento proximal ou imediato. O primeiro constitui-se nos conhecimentos que a criança já possui, o que ela consegue realizar sozinha. O segundo são os conhecimentos dos quais a criança terá capacidade de se apropriar por meio das mediações culturais adequadas.

A ciência tem dados robustos sobre o desenvolvimento e a maturação do cérebro infantil, que são influenciados por vários aspectos, tais como saúde familiar, escolaridade dos pais, estrutura básica de moradia, acesso à educação e equipamentos culturais, entre outros. Depende, sobretudo, de fatores como nutrição adequada desde antes do nascimento, o tipo de exposição a toxinas e infecções, e o tipo de experiência relacional (afeto e cuidado emocional) que estabeleceu com outros indivíduos.

Outro aspecto bastante imperativo quando falamos de promoção e prevenção em saúde mental e de aprendizagem é o estresse, em destaque o estresse tóxico, sobre o qual falamos no Capítulo 2. Esse tipo de estresse é o resultado de fortes respostas frequentes e/ou prolongadas à adversidade, que podem danificar a arquitetura do cérebro e aumentar a probabilidade de problemas de saúde mental. Por causa de seus efeitos duradouros no desenvolvimento do cérebro e outros sistemas, “o estresse tóxico pode prejudicar a prontidão escolar, o desempenho acadêmico e físico, e a saúde mental em crianças e, mais tarde, durante a idade adulta” (em tradução livre, Center on the Developing Child, 2015). A relação entre o estresse e os problemas de saúde mental e de aprendizado pode ser bastante esclarecedora.

Estudos apontam que o estresse intenso e prolongado causa danos a células de determinadas partes do cérebro, mudando a sua arquitetura. Uma das conclusões a que chegou o Centro do Desenvolvimento Infantil da Universidade de Harvard foi que o estresse tóxico diminui o número de conexões dos neurônios, ou seja, das células nervosas em áreas associadas à memória, à autorregulação e ao planejamento, e que estão envolvidas diretamente com a aprendizagem (Center on the Developing Child, 2007).

Saúde mental na primeira infância

Os primeiros anos de vida de uma criança são muito importantes para a saúde mental e seu desenvolvimento posterior. O cérebro se transforma, começando antes do nascimento e continuando de modo intenso na primeira infância. Embora o cérebro continue a se desenvolver e mudar até a idade adulta, os primeiros oito anos são a base de toda a autorregulação e aprendizado futuro, de sua saúde mental, saúde cognitiva, saúde física e prosperidade na vida (Moffitt et al., 2011).

Não estamos falando aqui, de modo algum, de um determinismo: o aprendizado sempre poderá acontecer, em maior ou menor grau, e o ser humano sempre conta com recursos para mudar seu destino. No entanto, como educadores, precisamos compreender o enorme impacto das ações educacionais e da escola no desenvolvimento saudável para que possamos envidar nossos maiores esforços em sala de aula.

O cérebro é um órgão altamente inter-relacionado; suas múltiplas funções operam de uma forma ricamente coordenada. Portanto, não é possível separar aspectos emocionais de cognitivos, visto que andam de mãos dadas.

O bem-estar emocional e a competência social fornecem uma base sólida para as habilidades cognitivas emergentes e, juntos, constituem a base do desenvolvimento humano. Desse modo, fortalecer esses fatores na escola será um diferencial significativo na construção dessa base.

O próprio processo de aprendizagem tem um papel na saúde mental. Menos anos de estudo e menor engajamento escolar são fatores de risco para a saúde mental. Esses indivíduos têm mais probabilidade de viver na pobreza, de ter poucos amigos e de ter problemas de saúde e outros de longo prazo – fatores que estão associados à manifestação de transtornos mentais. Esse fato torna relevante a questão de alunos que, pelos mais diversos motivos, têm um processo de aprendizagem escolar que eles próprios e a comunidade consideram insatisfatório.

Os frequentes obstáculos que crianças e adolescentes enfrentam em relação à aprendizagem, as percepções negativas e as poucas recompensas ao longo de seu processo de educação escolar comprometem diversos aspectos relacionados à construção de sua identidade social, da autoimagem e a outras questões emocionais que podem fragilizar a saúde emocional e mental.

O que são, afinal, “dificuldades de aprendizagem”?

Apesar de muito utilizado, o termo “dificuldades de aprendizagem” é bastante inespecífico, usado para situações muito diversas e que podem estar relacionadas com causas variadas. De maneira geral, refere-se a uma gama ampla de situações em que, de maneira geral, a aprendizagem ficou abaixo do esperado.

Para nós, o termo pode embutir dois problemas:

1. Não busca entender o processo e suas causas, focando no resultado.
2. Coloca o foco apenas no aluno; ou seja, considera-se que a dificuldade é do sujeito, o que pode levar os educadores a deixar de observar outras instâncias que podem estar envolvidas no fenômeno.

Ressaltamos outro aspecto que torna o termo “dificuldade de aprendizagem” inadequado: aprender sempre implica um certo grau de dificuldade. Perante um novo conhecimento há estranhamento, incerteza, inabilidade e, finalmente, o esforço, em alguma medida, para conseguir aprender. Por esse prisma, todos nós enfrentamos dificuldades de aprendizagem em muitos momentos da vida.

Essa é uma discussão ampla, em que não nos aprofundaremos. No entanto, procuraremos demarcar algumas diferenças essenciais para auxiliar os educadores a ter uma visão mais clara, favorecendo uma atitude investigativa quando há a percepção de que um estudante está aprendendo de maneira insatisfatória. O objetivo é que se possa compreender melhor as causas desse fenômeno e, sobretudo, que se possa refletir sobre novas ações que promovam a melhor aprendizagem desse aluno.

Outra questão é o encaminhamento para profissionais de outras áreas, que pode ser necessário ou não. Há algumas situações que demandarão intervenção e trabalho em parceria com profissionais diversos, como psicopedagogos, fonoaudiólogos, psiquiatras, psicólogos, entre outros. Mas, em todos os casos, a escola precisa avaliar quais são as mudanças nas práticas pedagógicas e outras ações de apoio capazes de promover a melhor aprendizagem.

Nossa proposta é tratar como deficiências na aprendizagem (ou déficits na aprendizagem) um processo de aprendizado cujo desenvolvimento é considerado aquém do potencial do sujeito ou abaixo do que seria necessário e esperado em um determinado momento e contexto, relacionado a *quaisquer causas*. Assim, as deficiências na aprendizagem poderão estar relacionadas a situações muito distintas, as quais buscaremos delinear e diferenciar a seguir.

Problemas de aprendizagem

Trata-se de um bloqueio temporário ou desvio no processo e para o qual podem-se buscar soluções para uma melhor aprendizagem. Problemas dessa natureza podem ser considerados parte do processo da aprendizagem. Eles acontecem sempre na inter-relação do indivíduo com diversos fatores, que podem incluir:

- Inadequação das práticas pedagógicas às características do sujeito (metodologia, formas de avaliação, entre outras).

- Problemas emocionais ou psicológicos que o estudante esteja enfrentando dentro ou fora da escola (perdas, luto, mudanças importantes na vida familiar, entrada em uma nova escola, transição de etapas escolares, problemas relacionais na escola etc.).
- Questões orgânicas circunstanciais (deficiência de nutrientes, fome, privação de sono, disfunções hormonais, infecções, problemas de visão ou audição etc.).
- Questões ambientais diversas (dificuldade de acesso ao espaço escolar ou a materiais e equipamentos necessários, pouca valorização da educação pela família ou comunidade, gravidez precoce, necessidade de conciliar estudo e trabalho, entre outros).

Na maioria das vezes, os problemas de aprendizagem podem ser superados com boas intervenções escolares. Nos casos em que houve grande deficiência na aprendizagem, pode ser necessária a indicação e parceria com outros profissionais, destacando-se aqui o psicopedagogo. Quando questões psicológicas ou emocionais persistem, bloqueando a aprendizagem, recomenda-se o encaminhamento a um atendimento psicológico; já as de natureza orgânica podem exigir que se oriente para a busca de um médico.

Transtornos do neurodesenvolvimento

Nesse caso, estamos falando de um grupo de condições muito heterogêneas caracterizadas pelo atraso ou disfunção na aquisição de habilidades relacionadas com os desenvolvimentos cognitivo, motor, da linguagem e social (Jeste, 2015).

As causas são várias, envolvendo fatores biológicos e ambientais (Cioni et al., 2016). Abrangem condições que têm início no período de desenvolvimento, manifestando-se normalmente antes do ingresso na escola. Podem afetar o desenvolvimento da aprendizagem e do comportamento, com impactos de curta ou longa duração nos aspectos pessoais, sociais, acadêmicos e/ou profissionais (Do Nascimento Barros et al., 2016; Folha; De Carvalho, 2017).

Os transtornos do neurodesenvolvimento foram categorizados pelo Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2014) e abrangem, entre outros:

- Transtornos Específicos de Aprendizagem (TEAp).
- Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH).
- Atraso do Desenvolvimento Global e Deficiência Intelectual (DI).
- Transtornos do Espectro Autista (TEA) (Jeste, 2015).

Um aspecto relevante é a prevalência – ou seja, o quanto os transtornos do neurodesenvolvimento incidem na população –, já que há grandes diferenças entre eles nesse aspecto. Enquanto os estudos apontam para a prevalência mundial de menos de 1% dos Transtornos do Espectro Autista, a prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é bem maior, ficando em torno dos 5%. No caso dos Transtornos Específicos da Aprendizagem, que incluem a Dislexia e a Discalculia, a prevalência fica entre 3% e 9%. Já o Atraso do Desenvolvimento Global e Deficiência Intelectual tem prevalência entre 2% e 3% (Jeste, 2015; Moll et al., 2014). Esse panorama é importante para que haja um entendimento claro de que, embora esses transtornos tenham ganhado maior visibilidade, acometem na verdade a minoria das crianças.

Cabe destacar que, embora agrupados sob essa denominação, os transtornos do neurodesenvolvimento são bastante diferentes entre si em sua etiologia, manifestações, impactos e tratamentos. Para alguns, pode ser indicado tratamento medicamentoso, para outros, não. Os profissionais que podem estar associados às terapêuticas também são bastante diferentes (Thapar et al., 2017). Outro ponto fundamental é atentar para as singularidades de cada sujeito: embora duas crianças possam ter o mesmo diagnóstico, seus universos de particularidades precisam ser observados e considerados no processo educativo.

Outra dúvida comum é: o que difere um transtorno do neurodesenvolvimento de um transtorno mental? Um dos pontos principais é que o transtorno do neurodesenvolvimento normalmente se manifesta na primeira infância, enquanto o transtorno mental costuma se manifestar posteriormente, na

adolescência, juventude ou mesmo na idade adulta. Estudos evidenciam que os transtornos do neurodesenvolvimento são mais comuns em indivíduos do sexo masculino, o que não acontece nos transtornos mentais (Thapar et al., 2017).

O curso do transtorno do neurodesenvolvimento também é mais estável, com características que podem perdurar ou declinar ao longo da vida, em vez de um padrão intermitente e recorrente, mais comum aos transtornos mentais. Frequentemente, os transtornos do neurodesenvolvimento demandam, além dos profissionais da saúde mental, a inclusão de profissionais de outras áreas, como fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais ou psicopedagogos.

Síndromes genéticas

Envolvem quadros raros decorrentes de anomalias cromossômicas que podem causar diversas alterações físicas e cognitivas.

A mais comum é a Síndrome de Down, ou trissomia do cromossomo 21, causada a partir de divisões celulares atípicas na embriogênese que levam a modificações físicas, atraso do desenvolvimento motor, da linguagem e da fala, vulnerabilidades na saúde e deficiência intelectual, que pode ser leve ou moderada. A prevalência na população é muito baixa, em torno 0,1%, ou seja, 1 a cada 800-1.000 nascimentos (Bull, 2020).

Há singularidades que precisam ser observadas e consideradas, pois cada sujeito apresentará características bastante próprias em relação à aprendizagem.

Pode acontecer a sobreposição de quadros, ou seja, um indivíduo com síndrome genética ter também um transtorno do desenvolvimento ou mesmo ter mais de um transtorno do neurodesenvolvimento. Pode igualmente se manifestar, em algum momento da vida, um transtorno mental. Transtornos Específicos de Aprendizagem, por exemplo, são frequentemente associados a problemas psicológicos: pesquisas sugerem que 30% dessas crianças apresentam também problemas de ordem emocional e comportamental (McGee et al., 1986).

Esse tema é relevante para educadores, uma vez que o processo educacional é crucial para minimizar os impactos negativos dos transtornos do neurodesenvolvimento e das síndromes genéticas na vida dessas crianças e jovens, o que leva a melhores prognósticos para a vida adulta.

Além da necessária inclusão e de uma condução adequada da aprendizagem, os aspectos relacionais e emocionais precisam ser cuidados pela escola para que o preconceito, a exclusão e o *bullying* não se configurem em problemas adicionais para essas crianças.

Não é incomum que a trajetória escolar dessas crianças e adolescentes seja marcada por grande sofrimento, o que compromete o vínculo com o espaço escolar, com a aprendizagem e com a construção da autoestima e sentimento de autoconfiança.

Fazemos aqui uma provocação: uma criança com um transtorno do neurodesenvolvimento ou uma síndrome genética que afeta processos cognitivos tem, necessariamente, um problema de aprendizagem?

Compreendemos que não. Embora suas características de aprendizado possam ser distintas quando comparadas às da maioria das crianças de sua idade, o problema de aprendizagem é um bloqueio no processo que impede que alguém possa aprender dentro de suas potencialidades, mas esse problema pode ser superado. No entanto, questões de aprendizagem podem surgir em decorrência de outros fatores, como os elencados na parte em que tratamos do tema, e precisarão ser abordados para que a criança siga com seu processo, dentro de suas capacidades.

Esses estudantes certamente têm características próprias de aprendizagem, que exigirão dos educadores intervenções também apropriadas para que possam aprender, e da escola como um todo para sua integração e desenvolvimento em todas as dimensões.

É fundamental destacarmos que transtornos mentais, transtornos de aprendizagem ou síndromes genéticas não são impeditivos para que uma criança ou um adolescente aprenda. Embora haja características esperadas nas diversas fases etárias, é necessário considerar que cada sujeito tem um percurso peculiar de aprendizagem. Além disso, crianças e adolescentes estão em franca transformação, com enormes possibilidades de aprimorar suas capacidades.

3.4 *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 esses problemas, são mundialmente escassas as políticas voltadas para a saúde mental de crianças (OMS, 2005). No Brasil, ainda há muito a ser feito em diversos níveis para se alcançar a saúde mental nessa fase da vida, por isso a importância de se divulgar materiais de qualidade comprometidos com a saúde mental dessas faixas etárias.

A seguir, ilustraremos alguns dos transtornos mentais (neuropsiquiátricos) mais prevalentes na população escolar (infantojuvenil), 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.

Transtornos de ansiedade

Como já vimos, é normal se sentir ansioso em algumas situações, como uma entrevista de emprego, uma avaliação escolar etc. Nesses casos, e de maneira geral, vivencia-se um estado de ansiedade de baixa intensidade e por um período limitado de tempo, o que não configura um quadro clínico de ansiedade.

Já 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 na vida pessoal do indivíduo, afetando o desempenho no trabalho, o aprendizado e/ou desempenho acadêmico e os relacionamentos. Trata-se de uma ansiedade que, ao invés de ajudar, 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 nessa população (Polanczyk et al., 2015).

Dados da OMS apontam o Brasil como país “campeão” em ansiedade. Nesse sentido, precisamos agir para reverter esse preocupante indicador epidemiológico, começando pelas crianças e adolescentes e investindo no autocuidado e em fatores de proteção.

É importante 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 pela falta, pela inadequação em determinada situação ou pelo silêncio, sejam vistos com maior cuidado e encaminhados dentro da escola. Esta, por sua vez, deverá dar seguimento ou não a encaminhamentos externos para a área da saúde para o melhor acompanhamento do estudante.

Sabemos que muitos sintomas dos distúrbios de ansiedade se 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. Dessa forma, contribuiremos para a prevenção da saúde mental e, mais ainda, para a promoção da saúde mental, que se relaciona diretamente com a capacidade para o aprendizado.

Vamos lembrar aqui que ansiedade é natural e desejável no ser humano, porém a diferença do normal para o patológico pode ser sutil e confundir os leigos – isto é, os profissionais que não são da área da saúde. Logo, observar,

comparar com outros da mesma faixa etária, trocar informações com colegas profissionais pode ser um dos caminhos para reconhecer se o comportamento do aluno demanda cuidados de saúde.

Quais são os sinais dos transtornos de ansiedade?

Há vários tipos de transtornos de ansiedade, que diferem pelos objetos ou situações que os induzem, mas todos 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 afeta o dia a dia.
- Pensamentos negativos.
- Sintomas físicos como palpitação, formigamento e respiração acelerada (Sousa et al., 2014).

Como é o tratamento dos transtornos de ansiedade?

Em geral, o tratamento inclui tipos específicos de psicoterapia que ajudam as pessoas a entender seus pensamentos, emoções e comportamentos. Assim, elas desenvolvem novas maneiras de entender o que sentem e conseguem lidar com esses estados de ansiedade de 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.

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.

Sugestões para lidar com alunos mais ansiosos

“Os professores de uma turma vinham falando sobre um aluno que costumava passar mal nos dias de apresentação de trabalho em público. Ele se queixava de dor de barriga, pedia para ir ao banheiro muitas

vezes e, em alguns casos, foi necessário ligar para a família buscá-lo, em razão do mal-estar físico. Junto com os professores, decidimos que faríamos uma conversa privada com ele antes de propor trabalhos que tivessem de ser apresentados para toda a classe. Passamos a perguntar se ele queria apresentar, de que forma e em que momento. Um dos professores propôs que ele se 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, entendemos que seria importante conversar com a família para que buscasse um apoio psicológico, já que esses eventos geravam grande sofrimento para esse 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, e outro com proporções maiores, podendo bloquear a realização de uma atividade, como uma avaliação ou uma apresentação.

A ansiedade se relaciona a perigos potenciais, ao medo de que algo ruim aconteça. Caracteriza-se por uma sensação desagradável de tensão e apreensão, fazendo-nos antecipar um perigo ou risco futuro, que pode ou não acontecer.

Desse modo, dentro da normalidade, podemos sofrer por antecipação quando queremos fazer um trabalho bem-feito, quando temos uma apresentação, quando estamos esperando por um filho etc. Mas, quando a ansiedade vem sem causa aparente ou numa intensidade exagerada, torna-se prejudicial. Os sintomas são desagradáveis, a capacidade intelectual é atingida, diminui-se a capacidade de pensar com clareza, de julgar apropriadamente, de aprender com eficiência ou de recordar coisas com precisão. Quando compromete de maneira importante o cotidiano e a funcionalidade da criança ou do adolescente, recomenda-se indicar que se busque um profissional especializado.

*Algumas estratégias para a ansiedade:**

- 1. Ajude o estudante a entender do que tem receio**, auxiliando-o a tomar consciência de quais acontecimentos teme que aconteçam no futuro e por quê. Verbalizar os temores pode ajudar a enfraquecê-los, trazendo uma dimensão mais realista das situações e dos riscos percebidos.
- 2. Leve o aluno a identificar problemas reais**, diferenciando-os de projeções ou situações imaginadas. Muitas vezes, a ansiedade é reforçada por se colocar muito foco em situações hipotéticas que podem nunca acontecer.
- 3. Proponha o treino da capacidade de solução de problemas**, pensando em alternativas e suas consequências, buscando aquela que pareça mais favorável. Estimule o aluno a começar a planejar a execução da alternativa escolhida.
- 4. Ajude o aluno a reconhecer o que depende de si e o que depende de outros** para que ele comece a entender que há situações em que temos mais controle e outras em que temos pouco ou nenhum controle. Essa reflexão ajudará o estudante a ampliar sua compreensão da realidade, assim como a aprender a mobilizar seus esforços para atuar nas situações em que tem maior poder de modificar, assim como a fortalecer as habilidades para lidar com a frustração diante daquelas que poderão transcorrer de maneira diferente do esperado.

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno comportamental com prevalência média mundial de 3,4% em crianças e adolescentes (Polanczyk et al., 2015), ocorrendo mais em meninos. Está associado

* As estratégias apresentadas ao longo deste capítulo são apenas algumas sugestões para orientar o educador, mas a pertinência e a relevância delas devem ser avaliadas caso a caso, levando em consideração a situação, a gravidade e a faixa etária.

a desatenção, impulsividade e hiperatividade incompatíveis com a idade e que comprometem a funcionalidade da criança ou do adolescente.

Embora geralmente o TDAH seja diagnosticado em crianças em fase escolar, 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.

Quais são os sinais de TDAH?

O sinal de alerta deve acender quando uma criança ou adolescente apresentar alguns dos sintomas listados a seguir em frequência e intensidade consideradas acima do “normal” em mais de um contexto, 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” (esse sintoma pode não ocorrer ou diminuir a partir da fase final da adolescência).
- Impulsividade ou incapacidade de controlar o comportamento. Ser impulsivo, ou seja, não parar para pensar antes de agir.
- Apresentar rendimento escolar aquém do esperado para sua idade e nível escolar.

Uma vez que se identifiquem esses sinais, é necessária a avaliação clínica por um médico, que usará critérios específicos para chegar ao diagnóstico. Ou seja, não há exames específicos destinados a identificar o TDAH; o diagnóstico é feito a partir da observação e do histórico de comportamento da criança (Estanislau; Bressan, 2014).

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 disso, é importante haver claras evidências de que tal prejuízo seja significativo no funcionamento social e/ou acadêmico.

Como é o tratamento do TDAH?

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

Sugestões para lidar com alunos mais desatentos

“Tive, este ano, um aluno com 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 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.)

Vale lembrar que as crianças vão gradualmente desenvolvendo sua capacidade de atenção. Mas, quando se percebe um estudante com muita dificuldade de sustentar a atenção durante a aula – seja um aluno com diagnóstico de TDAH ou não –, é importante que o professor possa lançar mão de algumas estratégias que diminuam as distrações e o ajude a realizar as atividades propostas.

É importante que o professor compreenda que os comportamentos desatentos ou hiperativos não são voluntários nem intencionais. Isso o ajudará a não tomar o comportamento como uma vontade deliberada do aluno de “causar”, de desrespeitá-lo ou mesmo como uma agressão pessoal. Assim será mais fácil não se deixar levar pela irritação ou pela raiva, podendo ter ações mais assertivas.

Cabe ressaltar que alunos com dificuldades de atenção frequentemente têm 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 suas capacidades nem confiar nelas e a desistir diante de dificuldades. Assim, muitas vezes, o problema de aprendizagem desses alunos tem menos relação com processos cognitivos específicos e mais com experiências difíceis e frustrantes na escola.

Algumas estratégias para a desatenção:

- 1. 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.
- 2. Retome, com maior frequência, os objetivos da tarefa,** porque o aluno pode apresentar dificuldade para compreender várias instruções ao mesmo tempo e se organizar.
- 3. Se possível, proponha que o aluno se sente mais próximo ao professor** ou em algum lugar onde tenha menos distrações.
- 4. Inclua atividades que permitam trocas entre pares ou em grupo,** fazendo com que se movimentem e 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 esses alunos.
- 5. Reconheça seus avanços,** mesmo que pequenos, e seu esforço de maneira verdadeira e, quando possível, em público. Isso fortalecerá seu sentimento de autoeficácia, o ajudará a identificar seus pontos fortes e fará com que se sinta valorizado perante o grupo.
- 6. Aponte as dificuldades do aluno de forma específica.** Evite frases como “você nunca presta atenção”, “você sempre se atrapalha” ou outros comentários generalizantes e com juízo de valor. Ajude-o a encontrar o caminho para superá-las.

Sugestões para lidar com alunos mais impulsivos

“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 esse aluno: nos cinco primeiros minutos de sua aula, enquanto o professor fazia chamada, esse 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’. Esse 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 na qual os alunos discutiam em grupos, elaboravam perguntas e faziam debates. Resolvi adotar a estratégia e melhorou muito, inclusive minha relação com esse aluno.” (Adaptado do relato real de um professor.)

A impulsividade é uma característica natural presente na criança em função de alguns processos mentais que ainda estão se desenvolvendo. Essa impulsividade normalmente diminui com o passar da idade. Mas, em alguns casos, isso não acontece; ao contrário, se apresenta sensivelmente maior que o esperado para a idade, havendo dificuldade para agir e interagir dentro de um dado contexto, em que 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 em vez 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 todos os alunos, não apenas os mais impulsivos:

Algumas estratégias para a impulsividade:

- 1. Promova em aula o desenvolvimento do hábito de falar e de escutar os demais.** O exercício da escuta aprimora a capacidade de esperar o momento certo de falar.
- 2. Com as crianças menores, proponha que elas lembrem aos colegas o que precisa ser feito,** seja falar, sair do lugar ou esperar o momento certo para fazer alguma atividade. Para as crianças até os seis anos, é mais fácil regular o comportamento do outro do que o próprio e esse exercício ajuda a internalizar a autorregulação.
- 3. Converse com os alunos e ajude-os a verbalizar o que precisam fazer para realizar e concluir uma atividade.** Mostrar a necessidade de direcionar a atenção e o foco para realizar uma tarefa ajuda os alunos a desenvolver a metacognição. Assim, eles terão maior consciência de como suas habilidades cognitivas funcionam e de como podem ser direcionadas voluntariamente.
- 4. Ajude os alunos a perceber e a identificar os estados emocionais** que os deixam menos ou mais impulsivos. Por exemplo, proponha que cada aluno crie um quadro pessoal com um “termômetro emocional”, onde ele possa marcar como está seu estado de ânimo para ampliar seu autoconhecimento emocional, aumentando seus recursos de autorregulação.
- 5. Coloque crianças menos impulsivas com crianças mais impulsivas** para realizar trabalhos em conjunto; uma pode servir de referência e de oportunidade de regulação para a outra.
- 6. 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.
- 7. Crie um espaço de comunicação sem expor o aluno mais impulsivo;** estabeleça um código com ele que lhe sirva para refletir sobre como está se comportando e reconheça com ele a dificuldade de administrar a impulsividade.

- 8. Dê orientações quanto ao uso de ferramentas de planejamento, organização e administração do tempo** para a realização de tarefas e pesquisas.
- 9. Permita um grau de liberdade e autonomia**, deixando o aluno escolher por onde começar uma dada tarefa, por exemplo.
- 10. Desenvolva tarefas em grupos, fazendo a rotação dos alunos pelos grupos.** A interação com diferentes colegas auxilia a regulação da impulsividade.
- 11. Proponha aos alunos uma caixa para depositar de maneira anônima suas aflições e angústias.** Sugira que anotem “público”, para as anotações em primeira pessoa (sem identificar o aluno) que poderão ser lidas aleatoriamente pelos colegas, os quais dirão como solucionariam aquele problema se fosse consigo. Nas anotações com a palavra “privada”, apenas o professor tomará conhecimento e poderá propor uma conversa com o aluno ou dar outro encaminhamento.

Depressão

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

São critérios diagnósticos para episódio depressivo:

- 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 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 (Baptista, 2018).

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

Casos de depressão na população em geral são comuns, pois é um transtorno que pode ocorrer com qualquer pessoa, em qualquer momento da vida. No entanto, a depressão é menos prevalente em crianças (1% a 2%) e, na adolescência, o índice de prevalência aumenta para 4% a 8%, sendo duas vezes mais comum em meninas (Kutcher; Wei, 2015).

Estudos mais recentes apontam para uma prevalência de 2,6% de crianças e adolescentes que apresentam transtorno depressivo (Polanczyk et al., 2015). A depressão pode acarretar outra grave ocorrência: o suicídio, o qual vem aumentando nos últimos anos. O suicídio é a segunda principal causa de morte entre jovens brasileiros de 15 a 24 anos de idade, segundo levantamento da Secretaria de Gestão de Trabalho e de Educação na Saúde do Ministério da Saúde, em 2020.

Vale a pena ressaltar que, apesar de jovens receberem o mesmo diagnóstico, os tratamentos e cuidados devem ser singulares.

Quais são os sinais da depressão?

A criança e o adolescente com depressão podem apresentar alguns comportamentos que precisam ser observados caso se tornem persistentes. Entre eles estão:

- 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 à 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.
- Ideias de suicídio.
- Pensamentos de morte, de tragédias.
- Dificuldades de raciocínio, memória ou concentração (Kutcher; Wei, 2015; Sommerhalder; Stela, 2001).

É importante observar que, frequentemente, crianças apresentam sinais não verbais, como postura e expressões faciais. Outro sinal que elas podem apresentar é o medo de ficar longe da mãe ou da figura paterna. Os sinais não necessariamente indicam o transtorno;



o diagnóstico e tratamento devem ser realizados por profissionais da saúde, como psicólogos e psiquiatras, e, dependendo da singularidade do caso, outros profissionais colaboram para o processo do tratamento.

Como é o tratamento da depressão?

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 mais adequado aos sintomas e às circunstâncias daquela pessoa, que pode ser associado ou não a outras condutas.

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

Sugestões para lidar com alunos com depressão

“Neste ano aprendi com um aluno de 15 anos que sintomas depressivos não são apenas aqueles que demonstram apatia, cansaço e tristeza extrema. Quando o aluno está agitado, irritado e tenso também pode ser indicativo de depressão. Eu ficava incomodado com ele, pela sua irritação constante, achava que não gostava de estudar, que estava me provocando. No entanto, ao observá-lo em outros ambientes na escola e junto aos colegas, percebi que não era uma implicância, mas que ele estava em sofrimento e não conseguindo se expressar de outra forma. Levando minhas observações para a coordenação, que, por sua vez, as levou para a mãe, pudemos compreender que ele estava vivendo grandes dificuldades em sua casa, com a separação dos pais e com o conhecimento de um novo irmão, fruto da relação do pai com outra mulher. Ele se exigia muito, entendendo que, com a saída do pai de sua casa, deveria ser ‘o responsável’. A mãe não estava conseguindo ‘enxergá-lo’ e tê-la ouvido e sugerido procurar ajuda foi muito importante. Ele foi encaminhado ao psiquiatra da infância e adolescência, o qual propôs um tratamento, que foi eficaz. Como professor, foi um aprendizado: importante

lembrar que depressão é ‘doença do cérebro’ e não é porque não vemos uma ferida que a dor e um distúrbio não existem.” (Adaptado do relato real de um professor.)

Importante lembrar que tristeza é diferente de depressão; já que a primeira é uma emoção saudável e necessária, conforme mencionado anteriormente. A depressão é uma doença, que pode, inclusive, vir acompanhada de outras comorbidades, ou seja, pode ocorrer junto a outras doenças ou afecções. É mais comum o diagnóstico de depressão em adolescentes do que em crianças e, apesar dos números e porcentagens serem necessários, saber que apenas um criança sofre com esse quadro já deveria ser suficiente para que encontremos tratamento, cuidados e acolhimento eficientes e humanizados. Depressão não é uma escolha, mas se informar e conhecer, é. Não existe saúde sem saúde mental, ao mesmo tempo que não existe qualidade de vida sem educação para a saúde emocional e mental. Na escola, e nas situações de ensino-aprendizagem, temos a oportunidade de conhecer melhor os alunos e assim adotar algumas estratégias.

Prevenir sempre foi melhor que remediar, e promover a saúde emocional e mental é também cuidar de todos. A prevenção da depressão na infância e adolescência também passa por promovermos a qualidade dos ambientes e atividades educacionais.

Algumas estratégias para trabalhar com alunos que apresentam sintomas ou diagnóstico de depressão:

- 1. Incentive o aluno a falar sobre seus sentimentos** com amigos de sua confiança ou com um professor próximo.
- 2. Procure disponibilizar recursos expressivos**, tal como material para desenhar, folhas ou caderno para escrever, argila para modelar, teatro para representar, *spray* para grafitar, poemas para recriar e outras técnicas, sempre com cuidado e afeto, oferecendo segurança e liberdade de expressão. Programe atividades usando criatividade, evitando o tédio e o pensamento em situações e fatos negativos.

3. **Valorize atitudes que respeitem rotinas:** os horários de sono, de despertar, de alimentação, das tarefas e do lazer. Rotina saudável é promotora da saúde integral.
4. **Proporcione atividades relacionadas à natureza,** como caminhar em um parque, plantar uma árvore, andar descalço na grama, tomar sol, cozinhar alimentos frescos ou pensar em receitas para realizar algo que saboreie etc.
5. **Promova e incentive atividades físicas,** tal como esportes e danças, sempre procurando ajustar a intensidade e modalidade à possibilidade do momento da criança ou do jovem. Muitas vezes, a falta de energia dificulta a realização de algumas atividades e é importante incentivar e também assegurar que, caso não seja possível, a situação é passageira e, assim como subir uma escada, é preciso subir um degrau por vez.
6. **Oriente a diminuição do uso de telas e celulares,** assim como do tempo que se passa *on-line*, principalmente antes de dormir.
7. **Estimule o contato com pessoas “reais”,** ou seja, receber um abraço, jogar jogos de tabuleiro, de cartas para recreação e diversão, no recreio na escola ou em casa.
8. **Propicie rodas de conversa,** em que a fala é optativa e os colegas estejam em sintonia, cultivando a empatia.
9. **Cuide para que não se sintam só** ou fiquem só durante as atividades. E, se possível, consulte-o para saber como se sente mais confortável no momento. Nesse sentido, pode ser interessante que um colega de sua escolha possa se oferecer para ajudar nas tarefas e compromissos escolares.
10. **Traga situações mais concretas,** com regras mais claras, e tenha paciência para dar explicações, pois, muitas vezes, a depressão leva a dispersão e dificuldade em reter as informações.

Outros comportamentos que podem ou não estar associados a transtornos mentais

Como a escola é essencialmente um espaço coletivo, muitas estratégias poderão auxiliar todos os alunos a desenvolverem competências emocionais e relacionais, e não somente os que apresentam determinada dificuldade ou tenham um transtorno mental.

A seguir, seguem alguns comportamentos que podem se manifestar na escola e que podem (ou não) estar relacionados a transtornos mentais. As estratégias apresentadas são apenas sugestões. Não é possível nem é nosso objetivo dar receitas prontas, já que cada aluno terá suas particularidades.

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 de lado e deixei que ela falasse, gritasse, xingasse... Quando ficou mais tranquila, falei com ela calmamente, perguntando por que 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 dessa 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.

A escola precisa considerar que a agressividade irá se manifestar entre os alunos ou mesmo entre eles e os educadores, mas tem de ter procedimentos muito claros e de conhecimento de todos. Famílias, alunos, professores e demais colaboradores da escola têm de conhecer as regras e as sanções correspondentes.

Os adultos na escola também precisam refletir sobre o modo como lidam com os conflitos com seus pares, gestores e alunos, lembrando que são exemplos para os mais jovens, modelando seu comportamento. Esse tema tem de ser tratado nas equipes de maneira aberta e com clareza, o que ajuda a alinhar condutas e posturas e contribui para que o clima relacional da escola seja mais previsível, saudável e verdadeiramente educativo.

É comum que a criança ou o adolescente que sofre um transtorno mental apresente comportamento agressivo em razão de dificuldade de relacionamento, de comunicação ou de aprendizagem, o que gera enorme frustração, ou mesmo como um reflexo de experiências escolares negativas, como exclusão ou violência.

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

- 1. Dirigida:** a pessoa resolve enfrentando, falando, cortando as arestas com quem, de alguma maneira, causou frustração ou a tirou do prumo.
- 2. Deslocada:** quando a pessoa, por algum motivo, não consegue ou não pode enfrentar a origem causadora e 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 de estabelecer um acordo para sanar diferenças entre as partes.

É importante que a escola, em primeiro lugar, identifique se há, nela própria, ações que estejam potencializando a resposta agressiva do aluno, como *bullying* ou outras formas de violência, e intervenha 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 frustração, raiva e medo, para que ele possa nomear a emoção desagradável e perceber o efeito que ela tem em si, assim como as consequências de seus atos para os demais.

Sugestões para o manejo da agressividade:

- 1. Faça do Regimento Escolar um instrumento para a convivência no espaço escolar.** A escola é um espaço onde convivem pessoas diferentes, com diferentes histórias de vida e costumes. O Regimento Escolar não deve ser apenas um documento *pro forma*, que muitas vezes é desconhecido dos alunos, das famílias e mesmo 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 e os princípios da instituição.
- 2. Trabalhe em sala de aula as dificuldades que os alunos enfrentam,** levando-os a perceber quais demandam uma ação do próprio estudante e em quais a solução não depende dele. Auxilie o aluno a buscar alternativas para atuar sobre aquilo em que ele tem domínio e, em relação ao que não tem controle, a desenvolver a capacidade de reavaliar, enxergar outros aspectos ou mesmo aceitar a situação.
- 3. Auxilie a criança ou o adolescente a perceber e identificar a emoção que gerou o comportamento agressivo.** Uma das formas é propor que o aluno fale sobre ela ou a expresse 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 e reconheçam e expressem seus sentimentos e desejos, para então buscar novas soluções. Por isso, conflitos são quase sempre oportunidades, e não somente problemas. Os espaços formais de resolução de conflito, como assembleias, rodas de conversa e círculos restaurativos, são muito eficazes para construir relações respeitadas e cooperativas de resolução de conflitos.

- 4. Sugira ao aluno que manifestou o comportamento agressivo que escreva num papel as razões do conflito**, descrevendo o que ocorreu, o que pensou, como se sentiu e, finalmente, o que desejaria dizer ao outro. No dia seguinte, proponha que ele 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 ele 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, a tarefa será ler o primeiro e o último bilhete e compará-los. Esse exercício fará o aluno 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.
- 5. Atividades físicas são uma alternativa para auxiliar a descarga de energia.** Além de o exercício produzir os hormônios do relaxamento e prazer, aumenta o bem-estar, melhora o humor e diminui os níveis de estresse.

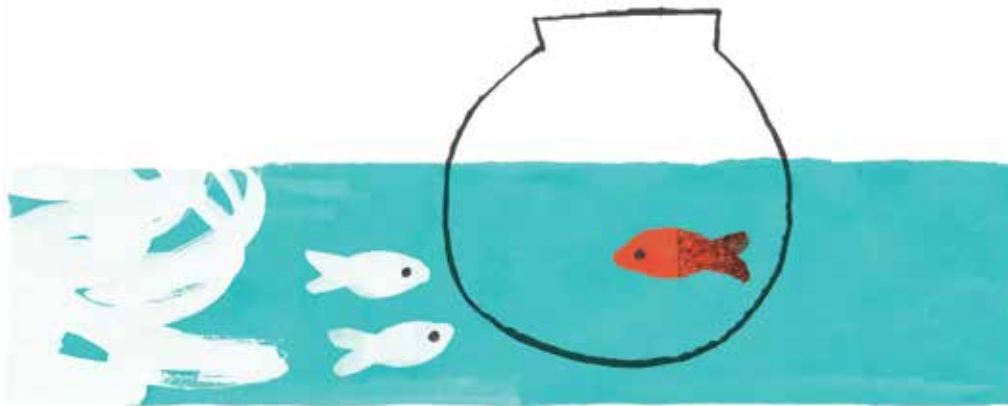
Retraimento, isolamento

“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’ dessa aluna nova. Funcionou tão bem que resolvemos ampliar a ação para todas as salas que tinham alunos novos. Fizemos uma espécie de ‘minicurso’ com orientações básicas para esses 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 de gozação dos colegas. Esses alunos se sentiram prestigiados e alguns foram tão eficientes em apoiar os novos alunos que assumiram essa responsabilidade com outras turmas, além da sua.”
(Adaptado do relato real de um orientador educacional.)

A timidez é uma característica de personalidade que por si só não representa um problema, embora socialmente haja a tendência de se valorizar os mais expansivos. Mas, às vezes, podem-se perceber crianças mais tímidas e retraídas socialmente, com maior dificuldade em iniciar o contato com outras crianças; elas tendem a levar mais tempo para começar uma conversa e a falar menos. Mesmo quando interagem, algumas crianças são percebidas como menos competentes socialmente e como tendo menos sucesso na concretização dos seus objetivos sociais (Crozier; Perkins, 2002; Coplan; Rubin, 2010).

O que se deve avaliar é se esse comportamento gera sofrimento e se traduz em prejuízo à interação saudável, 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 a elaboração da perda de um bichinho de estimação, com um sinal preocupante, que possa indicar um transtorno mental.



Sugestões para o trabalho com alunos retraídos:

- 1. Faça 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.
- 2. Procure perceber as situações que para o aluno são mais desconfortáveis e não o exponha.** Chamar para ler em voz alta, dar uma explicação para o grupo ou fazer uma apresentação pode ser assustador para algumas crianças e é importante propor que ela o faça no começo somente para o professor ou para um grupo menor de colegas.
- 3. Crie situações de colaboração e participação de tarefas coletivas** em que os alunos atuem em conjunto e o estudante mais tímido não se sinta em evidência.
- 4. Identifique áreas de interesse e de competência da criança ou do adolescente** e encontre meios para que possa usufruir delas em atividades acadêmicas ou lúdicas, o que aumentará sua autoconfiança.

É importante lembrar que a introversão é 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, observadores, de poucos amigos e não costumam falar de si. Embora possam se atrapalhar em alguns casos, podem se desenvolver de modo saudável.

3.5 Comportamentos autodestrutivos

Comportamentos autodestrutivos são atitudes prejudiciais ou potencialmente prejudiciais para a saúde, integridade física ou mesmo a vida de uma pessoa. Pode variar de exposições a situações de risco até a automutilação e o suicídio. São situações complexas e multifatoriais, mas que infelizmente estão presentes

entre crianças e, principalmente, adolescentes nas escolas, de modo que é preciso estarmos informados para reconhecê-las e saber como abordá-las.

Automutilação

A automutilação é um fenômeno complexo, ainda com variação quanto à nomenclatura, conceito, prevalência, origem e determinantes. Pode ser classificado de maneira ampla, incluindo as lesões decorrentes de tentativa de suicídio ou, de maneira mais restrita, quando diz respeito a lesões como cortes, queimaduras e arranhões, mas na ausência da intenção de morte (Hawton et al., 2012; Nock et al., 2006).

Neste livro optamos pelo termo automutilação por ser uma nomenclatura mais encontrada em estudos brasileiros. Outros termos utilizados são lesão autoprovocada, autolesão, autoagressão, autoincisão ou *cutting*.

A automutilação é caracterizada por qualquer ação com o intuito de 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 frustração, desvalorização, raiva (às 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.

A automutilação não deve ser entendida conceitualmente como tentativa de suicídio. No entanto, é preciso monitorar estudantes que tenham cometido tal prática, visto que se inserem no grupo de risco para suicídio (Bježančević et al., 2019; Nock et al., 2006). Para termos uma ideia da associação entre automutilação e tentativa de suicídio, um estudo com adolescentes que praticavam a automutilação identificou que a maioria (61%) não apresentava intenção suicida (Fonseca et al., 2018).

Sabe-se que questões emocionais, sociais e do contexto de vida podem levar a comportamentos prejudiciais à saúde como a automutilação, principalmente entre adolescentes. Apesar de poder ocorrer em diferentes faixas etárias, nota-se uma maior prevalência com início entre os 13 e 14 anos, podendo perdurar por dez anos ou mais (Moraes et al., 2020; Silva; Botti, 2017). Sabe-se também que as práticas de automutilação ocorrem com mais frequência em meninas adolescentes (Silva; Aguiar, 2020).

A automutilação, em si, não representa um transtorno mental, mas sempre está associada ao sofrimento psíquico. Além disso, é um comportamento que tem aumentado entre os jovens e preocupado escolas e educadores.

Muitos estudos buscam identificar as razões que levam alguém a se automutilar. Em suma, a automutilação está associada à tentativa de modular sentimentos e emoções desagradáveis e intensas, pouca habilidade em lidar com desafios da vida, dificuldade de comunicação, inclusive para procurar ajuda profissional ou de pessoas conhecidas (Fortes; Macedo, 2017; Lenkiewicz et al., 2017; Lopes; Teixeira, 2019; Costa et al., 2021).

São fatores de risco para automutilação as dificuldades no convívio familiar, a ausência de suporte da família, rejeição materna, ter sido vítima de violência, abuso sexual, sintomas depressivos e depressão (Moraes et al., 2020; Wolff et al., 2014; Mesquita et al., 2011). Estudos em adolescentes com condutas de autolesão manifestadas em ambiente escolar constataram que todos os participantes apresentaram sinais de ansiedade (Tardivo et al., 2019), assim como dificuldade de expressar emoções verbalmente (Thomassin et al., 2017). Uma pesquisa com 93 adolescentes do sexo feminino, de 12 a 18 anos de idade, indicou que o abuso sexual na infância aumenta o risco de automutilação em três vezes (Lev-Wiesel; Zohar, 2014).

A prática de automutilação em adolescentes também está relacionada ao conhecimento e contato com outros adolescentes que se automutilam. Esse convívio pode ser no ambiente escolar ou nas redes sociais virtuais, como Instagram, Facebook, WhatsApp, e livros e séries de ampla divulgação com conteúdo voltado para essa faixa etária (Moraes et al., 2020). Sabe-se que a divulgação de práticas de automutilação, por meio de fotos e postagens em redes sociais, são incentivos para a repetição do comportamento. Adolescentes se identificam com a situação e acreditam que a automutilação pode ser um mecanismo para aliviar sentimentos e emoções desagradáveis (Silva; Botti, 2018). Tal fato sinaliza a importância de estarmos atentos aos colegas de um estudante que se feriu.

O *bullying*, tema que também abordamos, é outro fator de risco para automutilação e está associado aos sentimentos de tristeza, menos valia, revolta

e raiva decorrentes das ofensas e humilhações sofridas. Ocorre sobretudo no ambiente escolar impulsionado pela convivência que adolescentes mantêm nas redes sociais (Karanikola et al., 2018; Almeida et al., 2018). O adolescente sob forte tensão e com a sensação de abandono, rejeição, medo e raiva encontra na automutilação um mecanismo mal adaptado de enfrentamento (Claes et al., 2015; Baiden et al., 2017).

Segundo Alberti (2009), adolescentes utilizam-se de mutilações para expressar aquilo que não pode ser dito através de palavras, sendo uma forma de denúncia do próprio sofrimento. O corpo, nessa perspectiva, funciona como meio de comunicar aquilo que os sufoca e gera angústia. Quando o uso da palavra é insuficiente para expressar aquilo que angustia, o adolescente transfere para o corpo, inclusive numa tentativa de percebê-lo como sendo seu.

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 ser acompanhada ou seguida por sentimento 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, as lesões são provocadas em partes do corpo que possam ficar escondidas, cobertas pelas roupas. 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 é apenas uma forma de chamar a atenção só contribuem para que o aluno não receba a ajuda necessária, o que pode aumentar seu sofrimento e agravar a situação. Sendo assim, uma escuta ativa qualificada e eventual encaminhamento são importantes para impedir a evolução para situações mais graves.

Quais são os sinais de automutilação?

Observe comportamentos e uso de roupas ou adereços destoantes entre os estudantes. Em dia quente, o uso de agasalhos, blusas de mangas longas ou outras peças que escondam partes específicas do corpo pode ser um sinal. O mesmo vale para a prática de atividade física sem trajes adequados como

shorts e camisetas, ou ainda o estudante que evita participar de tais atividades repetidamente.

A presença de cicatrizes ou marcas recentes e que aparecem com frequência também são sinais. Como já sabemos, a automutilação ocorre na vigência de sentimentos e emoções desagradáveis que causam sofrimento. Dessa maneira, devemos estar atentos a 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.

O que fazer?

A prática da automutilação pode gerar consequências graves para os estudantes e para a escola de maneira mais ampla, dado o risco alto de interferir no processo de aprendizagem, na socialização e na modificação do clima escolar. Instituições que abrem espaços de escuta e de diálogo para o tema conseguem interferir positivamente para a manutenção das condições de aprendizagem, além de promover saúde (Lopes; Teixeira, 2019).

Como a automutilação pode estar associada a transtornos mentais, recomenda-se o encaminhamento para um profissional de saúde mental que poderá fazer o devido diagnóstico e recomendar as melhores estratégias de cuidado.

É possível cuidar da saúde mental com ações simples, através do desenvolvimento de habilidades e mudança de determinados hábitos. Nesse sentido, ações precoces 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.

Acolher um adolescente que tenha praticado a automutilação envolve perceber que naquele momento ele não está sendo capaz de fazer outro movimento para lidar com as suas angústias. Deve-se considerar o seu sofrimento e, em paralelo ao acompanhamento de um profissional da saúde, construir as adaptações necessárias para seu processo formativo. Lembre-se de que nesse momento ele pode não se adequar às estratégias adotadas para a turma e que pode lhe fazer bem transitar por outros espaços da escola para além da sala de aula. É importante que as estratégias sejam construídas com o estudante e que ele se sinta protagonista das ações necessárias para lidar com a situação.

“Percebi uma grande mudança em uma aluna nos dois últimos meses. Parecia desligada na aula, triste, sua dedicação e desempenho escolar caíram muito. Passei a observá-la 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 eu 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 agredindo, com ações de automutilação, é fundamental que não o recrimine nem o exponha. Também não ajudará manifestar sentimentos de indignação, raiva, negação ou banalização do problema. Seguem algumas orientações básicas:

Sugestões para o manejo em caso de suspeita de automutilação:

- 1. Acolha, ouça e respeite o estudante.** Ele precisa de compreensão, suporte e que suas angústias, normalmente as motivadoras da ação de autoagressão, sejam ouvidas – de maneira privada, em um clima de acolhimento e respeito.
- 2. Comunique a situação à direção** para os encaminhamentos referentes à família e aos profissionais de saúde mental. Será necessário conversar com o aluno sobre a necessidade de ajuda psicológica, propondo que sua família seja comunicada.
- 3. Trabalhe com os alunos diferentes formas de lidar com emoções desagradáveis** advindas de frustrações e conflitos, ajudando-os a ter mais recursos para manejá-las. É muito importante que isso seja abordado na escola, de modo geral, e não apenas nos momentos de crise.

Suicídio

O suicídio configura-se como uma prática antiga relacionada à saúde mental e emocional dos indivíduos e à forma como são afetados pelas sociedades e coletividades nas quais vivem. Historicamente, sua relevância social pode ser identificada desde a Grécia Antiga. Em tempos modernos, ao menos desde o século XVIII, tem sido tratado como um fenômeno social complexo, segundo diferentes perspectivas históricas, sociológicas, econômicas e filosóficas (Ribeiro; Moreira, 2018).

No século XIX, o sociólogo Émile Durkheim dedicou-se a estudar o suicídio com rigor metodológico. Partiu do pressuposto de que um dos atos mais radicalmente individuais do ser humano pode ser analisado enquanto um fenômeno social, conectado às tendências históricas e outros fatores do meio social onde se vive (Durkheim, 2011).

Segundo a OMS, ocorrem cerca de 800 mil mortes por suicídio no mundo a cada ano, o que representa uma morte a cada 40 segundos. Entre os jovens (15 a 29 anos), é a segunda causa de morte globalmente (WHO, 2014). Quando se comparam os dados de suicídios brasileiros com os de outros países, percebe-se que o Brasil não está entre as maiores taxas. A mortalidade por suicídio se concentra sobretudo entre os mais idosos, mas chama atenção o crescimento entre as faixas etárias mais jovens.

As taxas de suicídio são baixas antes dos 15 anos de idade, porém a prevalência aumenta na adolescência. No mundo, a possibilidade de adolescentes do sexo masculino entre 15 e 19 anos cometerem suicídio quando comparados às meninas da mesma faixa etária é de duas a seis vezes maior (Hawton et al., 2012). Apesar disso, não se deve considerar o suicídio menos importante entre as adolescentes, pois representa a principal causa de morte entre meninas de 15 a 19 anos e a terceira em meninos na mesma faixa etária (Patton et al., 2009). Vale lembrar que os meninos jovens são as grandes vítimas de homicídio e de mortes decorrentes de acidentes de trânsito no Brasil.

Em 2019, a OMS divulgou os dados de suicídio relacionados ao ano de 2016, que revelam uma taxa mundial de 10,5 para cada 100 mil pessoas. Analisando diferentes regiões do mundo há grande variação: Oriente Médio (4,3), África (12,0),

as Américas (9,6), Europa (12,9) e o Sudeste da Ásia (13,4). A taxa brasileira de 6,1 suicídios por 100 mil habitantes situa-se bem abaixo da média global, inclusive para a região das Américas onde o país se situa (WHO, 2019).

Segundo Cicogna et al. (2019), de 2000 a 2015, no Brasil ocorreram 11.947 mortes por lesões autoprovocadas intencionalmente em indivíduos de 10 a 19 anos. Isso representa 8,25% do total de óbitos por suicídio em todas as faixas etárias no período. A maior parte (85,32%) dos suicídios na faixa etária estudada aconteceu em adolescentes de 15 a 19 anos, que compreende grande parte dos estudantes do ensino médio. O principal método de suicídio utilizado nessa faixa etária em ambos os sexos foi o enforcamento, responsável por 58,95% das mortes. O segundo método mais frequente foi o disparo de arma de fogo, correspondendo a 9,75% das mortes. Em seguida, a autointoxicação por pesticidas, com 7,99%.

O aumento das taxas de suicídio é uma realidade em vários países do mundo, incluindo o Brasil.

Um 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).



No ano 2000, o coeficiente de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente na faixa etária de 10 a 19 anos em ambos os sexos no Brasil foi de 1,71 óbito a cada 100 mil habitantes. Em 2015, o coeficiente foi de 2,51. Esses resultados representam crescimento de 47% na mortalidade por suicídio em adolescentes no Brasil no período. Entre os meninos, o coeficiente de mortalidade por suicídio foi de 2,12 em 2000 e de 3,42 em 2015, o que representou um aumento de 61,15%. Analisando os dados por região do país, observa-se maior incremento nas taxas no Norte e Nordeste brasileiro (Cicogna et al., 2019).

Esses dados devem ser analisados com parcimônia, visto que alguns fatores podem comprometer os registros oficiais de suicídio, tais como questões religiosas, estigma social, sofrimento da família que busca proteger informações, questões legais relacionadas a seguros de vida e indenizações, dentre outras razões que não elucidam corretamente as causas de morte nos atestados de óbito.

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 a subjetividade e o sofrimento envolvido.

A exacerbação do individualismo e da competitividade, a meritocracia, a violência urbana, o cenário político e econômico do país e a má utilização da tecnologia e redes sociais são alguns dos elementos que influenciam direta ou indiretamente a saúde mental e podem contribuir para aumentar as taxas de suicídio.

Para ajudar no entendimento dessa situação extrema, vale a pena conhecer ou revisar alguns conceitos e terminologias:

- **Suicídio:** 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:** quando existe uma intenção 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:** a preparação com objetivo de cometer o suicídio, isto é, a escolha do dia, local, horário, método etc. Quanto mais definidas estiverem essas questões, maior o risco de concretização. Nesse processo, pode haver fatores que desencadeiam as tentativas antes do planejado.
- **Ideação suicida:** 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 à concretização do suicídio.
- **Impulso suicida:** um momento imprevisível de fragilidade e intenso desejo de morrer que pode incorrer ou não na tentativa de suicídio.

O comportamento suicida tende a estar, na maioria das vezes, associado à 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 a uma determinada situação ou tipo de apoio. Pode haver a motivação de abalar ou trazer sofrimento a outras pessoas, normalmente pessoas conhecidas, 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, representam 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 mais nova 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).

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).

Segundo uma revisão da literatura científica sobre suicídio na infância (Sousa et al., 2017):

- São fatores predisponentes para o suicídio na infância: problemas escolares (dentre os quais se destacam o *bullying* e o rendimento acadêmico ruim), histórico de violência física e sexual e conflitos familiares.
- Metade das crianças apresentaram algum tipo de transtorno mental, especificamente Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), transtorno de personalidade antissocial e depressão.
- Apesar da imaturidade cognitiva, as crianças têm capacidade e compreensão do ato suicida.
- As crianças dão menos pistas verbais do seu desejo de morrer e são mais impulsivas na tentativa de suicídio.
- 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.
- As crianças que morreram por suicídio não possuíam estratégias de enfrentamento de situações de estresse.

Com quais pessoas e situações devo me preocupar?

Histórico de transtorno mental

Estudos indicam que, em 90% 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 (Brådvik, 2018).

Situação emocional e sofrimento

Pessoas passando por circunstâncias como traumas decorrentes de violências, abandono, perda de pessoas com vínculos afetivos fortes, frustrações constantes, baixa autoestima etc.

Histórico familiar de suicídio

A probabilidade de cometer suicídio é 2,5 vezes maior entre pessoas com histórico na família (Qin et al., 2002). Sendo assim, jovens com esse histórico familiar necessitam acompanhamento periódico.

Histórico de tentativa anterior

A tentativa de suicídio aumenta o risco de novas tentativas. Quanto maior o número de tentativas, maior 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 e defasagem escolar.

Populações discriminadas

O racismo, a LGBTfobia, a discriminação por origem, situação social, condição de deficiência etc. 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.

Sinais que podem ser indicativos de uma tentativa de suicídio

- ▶ Verbalizar vontade de morrer ou planos para tal.
- ▶ Alteração do sono (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.

Os sinais mencionados no infográfico são bastante genéricos e podem acontecer – com exceção da verbalização da vontade de morrer – em situações que não impliquem, necessariamente, ideação ou comportamento suicida.

Escolas e educadores devem estar atentos a problemas de saúde mental, mudanças de comportamento, relações de assédio, *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 há uma tentativa de suicídio?

Não existe uma única abordagem para um caso de tentativa de suicídio. Pode ser que após a primeira tentativa a pessoa se assuste e não volte a tentar, mas pode ser que se sinta frustrada e tente de forma mais contundente. É importante saber que, se a pessoa não quiser ajuda, será mais difícil lidar com a situação. Devemos considerar a dinâmica dessas relações de ajuda/cuidado e não desistir de encontrar os melhores caminhos. A escola e o vínculo com os educadores podem desempenhar um papel importante.

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

Há situações em que a pessoa conta a um amigo a intenção de se matar e pede que não conte a mais ninguém, gerando sofrimento em seu interlocutor. Há também o mito de que quem conta ou posta sua intenção nas redes sociais não chega a executar. Isso não é verdade; devemos, sim, considerar a possibilidade de que a pessoa siga em frente com o plano. É importante que não sejam feitos julgamentos prévios ou desafios, uma vez que é preciso reconhecer que a pessoa teve a ideia e a atitude. E não esqueça que, quanto mais tentativas, maior o risco.

No entanto, cabe lembrar que, muitas vezes, quem está com ideação suicida sente vergonha ou tem medo de envergonhar, por isso não compartilha sua

situação nem busca ajuda. 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 vão exigir que a rede de saúde, assistência social e conselho tutelar atuem em parceria. A escola e os profissionais da educação podem auxiliar nesse processo ou mediar a relação familiar. Para isso, é preciso ter canais institucionais permanentes de acolhimento às questões estudantis e suas famílias, além de ter uma comunidade informada e empática para ajudar com questões de sofrimento.

As melhores formas 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, os amigos e a escola podem desempenhar um papel fundamental através de trocas afetivas positivas.

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, de lazer e recreação, e projetos que deem motivação.

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 a vontade da pessoa em sofrimento. Cabe lembrar que, normalmente, ela busca ajuda com quem se sente confortável, em quem confia e que, de alguma maneira, mostrou predisposição para ouvir e acolher, ainda que não tenha conhecimentos técnicos da área da saúde. No entanto, saber onde procurar atendimento na rede local de assistência à saúde será fundamental.

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 esses casos. Em geral, as tentativas ou a ideação suicida envolvem necessidade de acompanhamento por esses serviços.

Como lidar com o impacto emocional do suicídio ou de uma tentativa de suicídio na comunidade escolar?

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. O receio de dizer coisas que possam piorar a situação, a crença na própria incapacidade de lidar com temas de saúde mental e o temor de ser responsabilizado por algo que parece fugir do 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 estudantes, 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 ou nos serviços de saúde. Se o objetivo é a criação de vínculo e a escuta é empática (isto é, se coloca 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. Em muitos atendimentos profissionais tentam-se 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 na avaliação e no aconselhamento em torno das diferenças culturais e do respeito à diversidade de vivências das pessoas.

Nos casos em que estudantes tentam ou chegam de fato a cometer 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 podem encontrar bons caminhos sobre como conduzir as ações de acolhimento.

Esse conjunto de ações que devemos tomar após uma tentativa ou um suicídio é chamado de posvenção. Profissionais, estudantes, familiares e toda a comunidade de uma escola terão que lidar com a situação e vivenciar o luto. Esses momentos são carregados de sentimentos, emoções e sofrimento. Convém criar uma rede solidária e afetiva de apoio, bem como identificar as pessoas em maior sofrimento e em processo de adoecimento para que possam ser acompanhadas por profissionais da rede de saúde.

3.6 Fatores de proteção e fatores de risco

Com o aumento da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes nas últimas duas décadas, passaram-se igualmente a estudar os fatores que podem influenciar sua ocorrência (Gauy; Da Rocha, 2014); ou seja, quais características, experiências ou eventos podem contribuir para aumentar a chance do surgimento de um transtorno mental, ou, em contrapartida, 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 aumenta as chances de ocorrer consequências adversas para o desenvolvimento ou funcionamento psicológico/social.

Alguns desses 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 – chamados de microssociais – e outros, ainda, têm relação com condições estruturais e socioculturais mais amplas.

É relevante apontar que os fatores podem ser mais ou menos influenciados ou alterados. 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 identificar e interferir em fatores de risco e de proteção associados à própria escola como instituição, com enorme impacto na vida de crianças e adolescentes.

Fatores de risco e de proteção relacionados ao 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:

- ▶ Engajamento escolar e mais anos de estudo.
- ▶ Sentimento de pertencimento e apoio.
- ▶ Reconhecimento e valorização do esforço.
- ▶ Interações sociais positivas.
- ▶ Estímulo a bons hábitos.
- ▶ Percepção de segurança e proteção.
- ▶ Acesso a práticas esportivas (Mammen; Faulkner, 2013).

É importante dizer que, por si só, nem os fatores de risco nem os de proteção são determinantes para um certo desfecho. Eles interagem de múltiplas formas entre si, inclusive com o perfil individual da criança ou adolescente. 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.

3.7 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. É também um lugar privilegiado de ações para a promoção da saúde mental, identificação e prevenção de transtornos mentais.

Como abordamos ao longo do livro, a dimensão emocional tem destaque nesse contexto, precisando ser considerada e cuidada no ambiente escolar, uma vez que tanto ter bons recursos para lidar com as emoções contribui para a saúde mental quanto as dificuldades nesse âmbito aumentam os riscos de transtornos mentais.

Apesar de a grande maioria dos alunos não vir a apresentar transtornos mentais – vale lembrar que a prevalência mundial entre crianças e adolescentes está em torno de 13% (Polanczyk, 2015) –, muitos poderão estar em sofrimento mental ou emocional, necessitando de suporte da escola e de eventuais encaminhamentos.

Para os casos de alunos com diagnóstico estabelecido (laudo), recomenda-se o uso de algumas estratégias, que podem ser comuns para todos os estudantes e específicas para cada caso, já que vários transtornos mentais poderão trazer prejuízos 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 de outras turmas, com os professores e demais profissionais. Esse acompanhamento se dá direta ou indiretamente ao longo da semana, do mês, do semestre, do ano e ano após ano. É importante que o educador esteja atento ao comportamento do estudante, principalmente no que pode interferir na aprendizagem ou na dinâmica da sala de aula. Um educador atento pode, inclusive, identificar algum comportamento que não foi percebido por outra pessoa em ambiente diferente do da escola.

A criança ou o adolescente com transtorno mental, quando recebe 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 presença de transtornos mentais pode gerar alguns comportamentos na sala de aula que exigirão do professor habilidades no manejo. A rotina escolar é fundamental e contribui enormemente para que a criança desenvolva conhecimentos e habilidades que reforçam recursos essenciais para sua saúde mental.

Por meio do desenvolvimento das competências socioemocionais, podemos ampliar o repertório para trabalharmos as habilidades comportamentais diante de situações que despertam emoções agradáveis ou desagradáveis. Sabe-se hoje que a busca pela felicidade e bem-estar está relacionada à forma como conseguimos lidar com as nossas emoções, assim como com as emoções das pessoas com quem nos relacionamos. Essas competências podem ser aprimoradas ao longo da vida e, nas crianças, é necessário que se entendam e respeitem as etapas do seu processo de neurodesenvolvimento e contexto social.

As relações familiares também compõem uma dimensão importante da nossa existência e estão diretamente relacionadas à qualidade da saúde mental. A saúde mental pode ser alcançada por meio de relações intrafamiliares saudáveis, construídas com interações socioafetivas de qualidade, viabilizando bem-estar físico, biopsicossocial, emocional e espiritual (Macêdo; Monteiro, 2006).

Por fim, não se pode falar em aprendizagem e competências socioemocionais como instâncias distintas. As capacidades e os interesses de aprendizagem dos estudantes, suas condutas sociais e reações emocionais, os modos de se vincularem com pessoas e tarefas são indissociáveis e, conseqüentemente, envolvem questões de saúde mental (Estanislau; Bressan, 2014).

Habilidades como empatia, cooperação, responsabilidade, persistência, resiliência, confiança, autoestima, entre outras, proporcionam não apenas um melhor desempenho cognitivo de crianças e adolescentes, como também bons resultados nas esferas do bem-estar individual e coletivo, além de propiciar estratégias positivas para se lidar com conflitos, frustrações, ansiedade e outras emoções que afetam diretamente a saúde mental.

É necessário entender que o desenvolvimento amplo de crianças e adolescentes inclui as competências afetivas e comportamentais. Não por acaso, as novas diretrizes da Base Nacional Comum Curricular (BNCC) do Brasil traz em suas dez competências gerais o desenvolvimento das competências socioemocionais, pois entende-se que se trata de assunto que vai além do cognitivo, perpassa o social e é um dos fatores de proteção à saúde mental e, portanto, a necessidade de se desenvolver isso na escola (Brasil, 2017).

3.8 As redes de saúde e de atenção psicossocial no Brasil

Como vimos ao longo do livro, vários fatores interferem na saúde mental de crianças e adolescentes, frequentemente tornando-os mais vulneráveis e repercutindo em várias dimensões da vida, inclusive na educação e no processo de aprendizagem. Entre esses fatores, destacam-se aspectos individuais como sexo, identidade de gênero, idade e características psicológicas como autoestima, autoconfiança e determinação. Aspectos familiares – como histórico de problemas de saúde mental, problemas relacionados ao uso de drogas, violências, perdas por morte, separação ou ausência dos pais etc. – também têm um papel central, bem como aspectos socioeconômicos e culturais como pobreza, violência no contexto social, racismo, LGBTfobia, *bullying*, falta de apoio/suporte social (Feijó; Oliveira, 2001; Avanci et al., 2007; Assis et al., 2006; Kestilä et al, 2006; Vitolo et al., 2005). O grande desafio é entender como esses fatores articulam-se entre si e afetam o comportamento e a saúde das crianças e adolescentes.

Há políticas de saúde mental na maioria dos países, mas estão mais focadas nos problemas da população adulta. Na população de crianças e adolescentes, os tipos de transtorno, principais fatores de risco e de proteção, estratégias de intervenção e organização do sistema de serviços têm especificidades que não podem ser contempladas pela simples extensão das estratégias de cuidado da população adulta à população infantil e juvenil (Patel, 2007).

Qualquer que seja a proposta de promoção da saúde mental para crianças e adolescentes, a escola é um local estratégico. Na escola é possível, por

exemplo, realizar ações intencionais e sistemáticas para o desenvolvimento de habilidades socioemocionais e promover estratégias saudáveis de se relacionar, resolver problemas, comunicar-se de maneira efetiva, lidar com divergências e conflitos e trabalhar em equipe. A escola é um espaço desafiador por natureza, que permite a interação e a participação de crianças e adolescentes. Além disso, é um ambiente propício e privilegiado para identificar vulnerabilidades ou sofrimento, tendo em vista o tempo que os jovens passam na escola e a experiência dos educadores com centenas de outras crianças e adolescentes.

Pensar na saúde emocional e mental de maneira ampla nos ajuda entender que ações isoladas da área da saúde ou da educação serão insuficientes para lidar com questões tão complexas e que possuem raízes sociais profundas. A escola e os educadores têm potencial de realizar muitas ações e de serem promotores de saúde, mas terão sua capacidade de atuação multiplicada se fizerem parte de uma rede intersetorial.

Por isso, é importante que os gestores e profissionais da educação entendam como está estruturada a rede de saúde no Brasil e busquem fazer as parcerias locais necessárias.

O Sistema Único de Saúde

Saúde, para além de um conceito complexo, é um direito social previsto na Constituição do Brasil, assim como 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 ou carteira de trabalho assinada. O restante da população, que era majoritário, ficava desassistido, com acesso apenas às Santas Casas de Misericórdia ou outras iniciativas filantrópicas. A atenção primária à saúde era praticamente inexistente e a atenção às pessoas com transtornos mentais era sinônimo de internação em grandes “hospitais-colônia” psiquiátricos especializados.

O SUS tem como princípios:

- **Universalidade:** todas as pessoas têm direito a acessar as ações e os serviços de saúde, de forma igualitária e sem preconceitos.
- **Equidade:** 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 (Brasil, 1990a, 1990b).

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 responsável por alguns serviços específicos.

Cerca de 75% da população é integralmente dependente do SUS, enquanto 25% possuem seguros e planos de saúde suplementar individuais ou coletivos (Mendes, 2012), mas esses percentuais mudam a partir de dados econômicos e de desemprego. O empobrecimento da população a partir das crises econômicas recentes e o aumento do desemprego dos últimos anos, somado ao agravamento da situação pela pandemia da Covid-19, faz com que mais pessoas fiquem integralmente dependentes do SUS para os cuidados em saúde.

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), que 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 (Brasil, 2014).

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 de 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

A Política de Saúde Mental brasileira preconiza que as ações de cuidado sejam implementadas por meio da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Como eixo desse 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 a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes por meio de atendimento clínico e reinserção social.

A proposta desses centros é que, com acesso aos direitos de todo cidadão – trabalho, lazer e fortalecimento dos laços familiares e comunitários –, a pessoa com transtorno mental ocupe 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 conta com uma equipe de no mínimo 9 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, este funciona durante 24 horas, 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 construir parcerias para o acompanhamento de crianças e adolescentes que precisem de apoio especializado.
- **Caps AD:** serviço voltado para o atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Funciona com uma equipe mínima de 13 profissionais (Brasil, 2011).

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

Com a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), pretende-se mostrar 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 um dos objetivos específicos da Raps (Brasil, 2011).

A integração da saúde mental na atenção primária é uma das dez ações recomendadas para organização de serviços relacionados a esse campo de atuação pela OMS (2001, 2005). É a principal garantia de acesso da população às boas práticas em saúde mental. A atenção primária é o nível de serviço prioritário para o cuidado com a saúde mental, principalmente em territórios com poucos recursos econômicos ou com escassez de especialistas, como é o caso de várias regiões no Brasil.

Os Caps infantojuvenis são os serviços de saúde especializados no atendimento de crianças e adolescentes com intenso sofrimento psíquico ou transtornos mentais (Brasil, 2015). Esses serviços especializados buscam trabalhar a autonomia, os limites e as potencialidades das pessoas atendidas. Visam à promoção de atividades no âmbito coletivo e individual, inserindo a família no cuidado, e baseiam-se no princípio da intersetorialidade (Quintanilha et al., 2017). Dessa maneira, a escola pode e deve ser coparticipante do processo de cuidado.

É fundamental que cada escola conheça a rede de saúde/psicossocial de sua região. Muitas vezes, as famílias não buscam esses serviços por não conhecê-los, privando-se de serviços essenciais, e a escola precisa contribuir nessa orientação e divulgação.

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

4

*Saúde mental
em tempos de
pandemia*



A relação entre saúde mental e educação tem sido objeto de preocupação e estudo ao longo dos últimos anos e desafia educadores e profissionais da saúde. Crianças e adolescentes com transtornos mentais podem ter baixo rendimento acadêmico, dificuldades no relacionamento interpessoal na escola e desinteresse pelos estudos; podem transgredir ou ter dificuldades em seguir as regras escolares e, conseqüentemente, estão mais sujeitos à evasão. Felizmente, transtornos mentais acometem uma pequena parcela dos estudantes. O mesmo não pode ser dito sobre as dificuldades em lidar com as emoções, fenômeno corriqueiro e frequente no dia a dia escolar. Ambas as situações desafiam educadores a criarem estratégias de aprendizagem que não agravem o sofrimento de crianças e adolescentes, além de tornar as escolas ambientes promotores de saúde.

A partir de 2020, a pandemia causada pelo novo coronavírus (Sars-Cov2) passou a ser mais um desafio para educadores, inclusive no que tange à saúde mental de crianças e jovens. O novo coronavírus provoca a doença Covid-19, que, em suas manifestações mais graves, caracteriza-se por síndrome respiratória aguda grave e outras repercussões inflamatórias no organismo. (Raony et al., 2020; WHO, 2020). A doença, que teve início em dezembro de 2019, se espalhou rapidamente por todos os continentes, contaminou milhões de pessoas e, ainda em 2021, vem causando milhares de mortes todos os dias. A doença e as medidas de distanciamento social necessárias para controlá-la alteraram a dinâmica das nossas vidas, provocando grande impacto na mobilidade, na economia e agravando as desigualdades sociais, sobretudo em países como o Brasil.

4.1 O que se sabe sobre os impactos da pandemia da Covid-19 até o momento

As conseqüências da pandemia para o processo de aprendizagem, socialização e saúde mental de crianças e adolescentes ainda não são totalmente conhecidas, mas podemos nos basear em conhecimentos prévios sobre a relação da educação e saúde mental e os resultados de estudos recentes relacionados à pandemia.

Vários fatores podem estar envolvidos na associação entre Covid-19 e saúde mental. A situação atual tem afetado não apenas as condições financeiras da população, mas também a saúde mental e o equilíbrio emocional de adultos, crianças e jovens, aumentando a ansiedade, a insegurança, a tristeza e outros sentimentos devido à alteração de rotinas vivenciadas e às tentativas, às vezes oscilantes, de adaptação à situação, além das incertezas sobre a duração e o curso da pandemia.

Dessa maneira, espera-se que haja um aumento na prevalência de algumas emoções desagradáveis e transtornos mentais. Os estudos sobre a Covid-19 ainda estão em andamento e não são conclusivos sobre o tema, mas veremos adiante o que se sabe sobre as consequências de outras síndromes respiratórias na saúde mental. A pandemia nos deixa em estado de alerta, preocupados, confusos, estressados e com uma sensação de impotência. Estima-se que entre um terço e metade de uma população exposta a uma epidemia pode vir a sofrer algum agravo 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 à magnitude da epidemia e ao grau de vulnerabilidade em que a pessoa se encontra no momento (Brasil, 2020).

Os estudos que já foram realizados sobre o atual momento ou mesmo com outras epidemias de doenças respiratórias apontam que é alta a prevalência de sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), ansiedade e depressão em pacientes infectados com Covid-19 (Bo et al., 2020; Lee et al., 2007; Wu; Chan; Ma, 2005). Um estudo encontrou prevalência de 96,2% de sintomas de TEPT em 714 pacientes com Covid-19 durante a fase aguda da doença (Bo et al., 2020). Outro estudo relatou prevalência de 34,72% e 28,47% de sintomas de ansiedade e depressão, respectivamente, em 144 pacientes com Covid-19 (Kong et al., 2020). Tomados em conjunto, esses dados indicam que a atual pandemia pode produzir sérios impactos negativos na saúde mental, tanto no curto quanto no longo prazo.

Estudos de longo prazo realizados com pacientes infectados com outros tipos de síndromes respiratórias agudas apontam a ocorrência de memória prejudicada, distúrbios do sono, níveis elevados de estresse, depressão, ansiedade e sintomas de estresse pós-traumático, mesmo meses ou anos após a doença

(Lee et al., 2007; Wu; Chan; Ma, 2005; Hong et al., 2009; Lam et al., 2009; Mak et al., 2009; Moldofsky; Patcai, 2011). Suspeita-se que o mesmo possa acontecer com as pessoas acometidas por Covid-19, possivelmente de maneira ainda mais intensa, considerando a duração e as consequências sociais decorrentes dessa pandemia.

Crianças e adolescentes sem comorbidades não fazem parte do grupo de risco do novo coronavírus, mas estão sujeitas a complicações pela doença e até à morte. As descrições de casos mostram um perfil de pacientes geralmente com comorbidades preexistentes, apresentando doença leve, poucos relatos de hospitalizações, complicações e raríssimos casos com desfechos fatais. Ainda assim, o Brasil tem acumulado o maior número proporcional de mortes nessa faixa etária, provavelmente pela escassez de políticas nacionais de combate à Covid-19 (Silva et al., 2020; SBP, 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, com o uso de novas tecnologias e formas de interação; há também uma nova (des)organização do tempo, com a sobreposição de atividades domésticas, familiares e de trabalho. Atividades corriqueiras, como ir ao mercado, se transformaram em um momento de risco que desperta preocupação e exige cuidados. Além dessas mudanças, muitas famílias estão lidando com o adoecimento e a morte de pessoas próximas. E tudo isso está acontecendo sem que possamos estar perto das pessoas que amamos, sem atividades tradicionais de lazer, sem previsão de término e sem que saibamos como será a vida depois da pandemia. Certamente nossas emoções e saúde mental não passarão ilesas a todas essas experiências.

Muitas pessoas podem se sentir desamparadas, irritadas, angustiadas, tristes e entediadas. 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).

Os transtornos mentais imediatos mais frequentes são os episódios depressivos e as reações de estresse agudo de tipo transitório. O risco de surgimento desses 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).

4.2 O distanciamento social para crianças e adolescentes

Como vimos, a principal consequência da pandemia de Covid-19 para crianças e adolescentes não está especificamente no risco de contrair a doença. No entanto, quando se trata das medidas de distanciamento social – das novas rotinas sem escolas ou creches e sem contato presencial com colegas –, perceberemos uma dificuldade de as crianças entenderem esse novo contexto e, ainda que entendam, é inevitável o sofrimento emocional.

Temos o desafio de permitir que as crianças tenham acesso a informações confiáveis relacionadas à pandemia e suas consequências, apropriadas para sua faixa etária, mas sem sobrecarregá-las. É importante filtrar e limitar a avalanche de notícias que estão acessíveis nas mídias digitais e telejornais. Ao mesmo tempo, elas precisam incorporar novos hábitos sociais e de higiene relacionados à prevenção da doença.

Além das mudanças na rotina, as crianças podem viver situações em que haja adoecimento ou mortes na família ou na rede de pessoas próximas. Desse modo, é esperado que crianças e adolescentes também tenham reações de medo de adoecer, de morrer e de perder pessoas. Podem ainda apresentar crises de angústia, irritabilidade, tristeza, alterações de apetite e sono.

O distanciamento está prejudicando etapas de desenvolvimento de crianças e adolescentes em todo o mundo, sobretudo pela falta de interação através do convívio escolar. As consequências serão proporcionais à duração desse



afastamento, bem como a capacidade do entorno da criança em promover oportunidades de aprendizado e socialização, ainda que, em momentos de pandemia, muitas vezes virtuais.

A situação da pandemia aprofundou as desigualdades educacionais no país, com uma grande parcela de crianças, adolescentes e jovens sem acesso ao ensino a distância por não possuírem recursos tecnológicos ou mesmo espaço adequado para o estudo, o que acrescenta um elemento estressor ao contexto, com consequências sociais que ainda não podem ser avaliadas.

A família desempenha um papel fundamental para minimizar as consequências para a saúde mental decorrentes deste momento. Contudo, há famílias que estão enfrentando inúmeros desafios para garantir a subsistência e lidar com adoecimentos e perdas; consequentemente, não conseguem despende a atenção necessária para apoiar as crianças e adolescentes.

Há ainda outras questões sérias, como o aumento do consumo de álcool, aumento da violência intrafamiliar, que pode ser psicológica, física e/ou sexual, e até mesmo falta de cuidado (privação ou abandono). Mulheres e crianças estão mais suscetíveis a esse tipo de violência e podem ter dificuldade em pedir ajuda e acionar redes de proteção.

4.3 *O impacto das novas tecnologias e das relações virtuais na saúde mental e na educação*

Há uma estreita relação entre a qualidade da nossa saúde mental e emocional e a qualidade das relações sociais que desenvolvemos em diferentes lugares e grupos por onde circulamos (família nuclear e estendida, trabalho, atividades recreativas e de lazer, religião etc.).

O acelerado progresso tecnológico dos últimos anos revolucionou a comunicação entre as pessoas, o acesso às informações, a forma como consumimos, trabalhamos, aprendemos e nos relacionamos. Assim como a tecnologia nos conectou, ela criou uma certa dependência daquilo que acontece no espaço virtual, o que nem sempre tem consequências positivas. Multiplicaram-se as razões para sentirmos medo, ansiedade, raiva, frustração, além de outras consequências indesejadas, como o *cyberbullying*. E, se essas emoções e situações não forem manejadas de maneira adequada, podem predispor a processos de adoecimento em saúde mental.

As possibilidades cotidianas das tecnologias digitais são bem exploradas e aceitas por um número cada vez maior de pessoas. Derrubam-se barreiras tradicionais entre lugar e espaço; produção e consumo; atos isolados e simultâneos; tempo síncrono e assíncrono; indivíduos e instituições. Tais mudanças são usualmente avaliadas em termos positivos; as pessoas enxergam as tecnologias digitais como capazes de superar obstáculos, possibilitar novas formas de participação e engajamento no mundo e, fundamentalmente, desafiar noções de autoridade, autenticidade e *expertise* (Ferreira, 2017).

As mudanças foram rápidas e profundas. O Google tornou-se o mecanismo de busca mais popular do planeta. Surgiram e consolidaram-se blogs, portais de notícias e redes sociais, como Orkut, Facebook, YouTube, Twitter, Google+ e, mais recentemente, Instagram, TikTok, entre outros, passando a conectar milhões de usuários. Se na primeira geração da internet a comunicação era unidirecional e o internauta ocupava a posição passiva de receptor das mensagens, na segunda, com a Web 2.0, o cenário mudou totalmente; modos de interação até então impossíveis passaram a ser viáveis e as pessoas passaram a participar ativamente de

Tecnologia: nociva ou saudável?

É comum que se associe o uso exagerado das tecnologias digitais com efeitos negativos. No entanto, a maioria das pessoas as usa de modo saudável e positivo. Uma avaliação cuidadosa precisa responder às questões:

- **Quem a utiliza?** O uso por uma criança de 3 anos e por um adolescente de 12 anos terá certamente efeitos diferentes.
- **Por quanto tempo?** Alguém que usa diariamente por dez horas terá efeitos diferentes de quem faz esse uso intenso eventualmente.
- **Quando usa?** É necessário avaliar se o uso está tomando o lugar de outras atividades essenciais, como a prática esportiva, por exemplo.
- **Como a utiliza?** Usar para conversar, estudar, pesquisar é diferente de usar para agredir alguém ou para comparar-se com outros o tempo todo.

fóruns de discussão, comunidades virtuais, blogs etc. A mídia e as organizações não são mais detentoras absolutas do poder e muitas vezes começam a ser ouvidas; a informação passou a ser plural e multilateral. Os públicos passam a ser mais exigentes, conscientes de seus direitos (Michel et al., 2013).

Tem-se discutido em que medida as tecnologias digitais impactam a saúde mental, principalmente porque houve nos últimos anos um aumento da incidência de transtornos mentais entre adolescentes, o que levantou a hipótese de que estaria associado ao uso de tecnologias digitais, com destaque para as redes sociais e os videogames.

No entanto, nenhuma pesquisa, até o momento, estabeleceu de maneira conclusiva uma relação de causa e efeito entre esses dois fenômenos; e esse aumento pode ter, entre outras causas, a maior aceitação da sociedade e a visibilidade da questão dos transtornos mentais.

A educação também foi impactada com as novas possibilidades tecnológicas. Não é o objetivo deste livro aprofundar a discussão sobre educação a distância, mas temos que saber diferenciar a educação a distância, enquanto área de conhecimento

e prática que vem se desenvolvendo ao longo dos últimos anos, das medidas emergenciais que foram adotadas na educação em decorrência do distanciamento social para controlar a pandemia por Covid-19.

Ensino a distância para crianças e adolescentes

O conceito de educação a distância está relacionado à utilização de algum recurso tecnológico e didático para mediar a comunicação entre educadores e alunos, em espaço e tempos distintos. Rompe paradigmas educacionais tradicionais na medida em que torna possível, através das tecnologias de informação e comunicação (TICs), estabelecer a relação de ensino e aprendizagem (Silva; Figueiredo, 2012).

A discussão na área da educação sobre o impacto das tecnologias de comunicação é intensa e paradoxal. O ensino a distância tem ocupado grande espaço nos processos de formação corporativa e no ensino superior de graduação e pós-graduação, com bons exemplos a serem seguidos e tantos outros equívocos que precisam ser evitados. No entanto, quando se fala da educação de crianças e adolescentes, encontramos mais limites ao uso da tecnologia, sendo que a vivência presencial é parte do processo de desenvolvimento educacional.

Jean Piaget afirmava que o afeto e as relações sociais são fundamentais para o pleno desenvolvimento da aprendizagem. Da mesma maneira, para Vigotski, somos seres sociais, cuja inteligência se constitui a partir das experiências que vivemos e pelo tipo de aprendizagem a que somos submetidos. Ambos os autores convergem na importância em combinar estímulos cognitivos e psicológicos na aprendizagem (Viotto et al., 2009).

No ensino presencial, no decorrer da rotina escolar, o educador tem oportunidade de “sentir” a turma, diagnosticar problemas e dificuldades e, por isso, pode constantemente alterar a sua didática e metodologia. No EAD é imprescindível a criação de métodos e ferramentas com esses propósitos. Isso faz parte, inclusive, do método de avaliação e acompanhamento formativo dos alunos. Estes necessitam de apoio pedagógico, suporte tecnológico e orientação. Desse modo, os discentes da EAD se sentirão acolhidos e compreenderão que fazem



parte de um grupo, da sua comunidade virtual de aprendizagem (Silva; Figueiredo, 2012).

No ensino a distância, o professor não pode contar com os mesmos recursos para sentir a turma ou perceber as reações de cada aluno. Os novos meios de comunicação alteram nossas experiências sensoriais. Nosso campo de visão já não se restringe aos limites espaciais e temporais dos acontecimentos, ao mesmo tempo que está sujeito aos ângulos das câmeras, filtros tecnológicos e da própria visão de quem captura as imagens, processos de edição, interesses e intencionalidades das mais diversas por parte de quem produz ou compartilha algo.

Associa-se ao campo de visão a palavra escrita ou falada; temos, pois, a comunicação audiovisual ou textual-visual. Ver nunca é “visão pura”; abarca um conjunto mais amplo de premissas e arcabouços culturais que dão forma à maneira pela qual as imagens são vistas e compreendidas (Oliveira Junior, 2020; Thompson, 2011).

Não se trata de defender ou atacar o uso das TICs na educação. Estamos na era digital e a informática faz parte do contexto escolar e das nossas vidas. O avanço e a incorporação de tecnologias digitais são inevitáveis e podem ser benéficos em muitos aspectos.

Em termos de políticas públicas, várias iniciativas de inserção das TICs no cotidiano escolar foram realizadas pelo Ministério da Educação (MEC) a partir da década de 1980. Porém, ao analisar as iniciativas públicas no setor, é notável as muitas idas e vindas, avanços e retrocessos marcados por portarias, decretos, programas, conselhos e orçamentos criados, cancelados e, alguns casos, reestruturados e criados novamente (Silva, 2011).

Infelizmente, a falta de seriedade e políticas públicas nessa área – sobretudo na regulamentação do ensino público – tende à normatização de questões de

opressão, desigualdade e injustiça. Há pouco – se é que há algum – reconhecimento de diferenças de classe, raça, gênero, deficiência ou outra atribuição social nessa área (Ferreira, 2017). Nesse sentido, não podemos nos omitir da discussão e da construção de alternativas para a tendência de marginalizar, ignorar ou negar as desigualdades complexas e agravadas da era digital.

Tal situação ficou evidente com a dificuldade de escolas públicas por todo o país de superarem os desafios do distanciamento social, necessário para o controle da pandemia por Covid-19, e das desigualdades sociais de estudantes.

Comportamento de crianças e adolescentes no mundo real e virtual

As reflexões sobre o impacto das tecnologias digitais precisam incluir as crianças e adolescentes para compreender como eles próprios percebem e veem seu uso. Além disso, quando se fala da relação com a saúde emocional e mental, escolas e educadores precisam considerar:

- ▶ Crianças e adolescentes com comportamento de risco na internet normalmente apresentam vulnerabilidades na vida “desconectada” ou não virtual.
- ▶ Aqueles com questões prévias de saúde mental são mais propensos a buscarem conteúdos negativos *on-line*. Desse modo, é necessário estabelecer a correlação entre a vida nas redes e a vida fora delas.
- ▶ Aqueles que, em algum momento, sofreram algum tipo de vitimização estão mais sujeitos a serem vítimas de *cyberbullying*.
- ▶ Crianças com maior suporte social e melhor relacionamento com colegas e professores tendem a se comunicar mais pelas mídias sociais, tendo maior coesão social tanto no mundo “virtual” quanto no “real”.
- ▶ A qualidade e o tipo da atividade nas redes são mais importantes que o tempo em frente às telas. Mais tempo com atividades que envolvem interação/troca/colaboração tendem a ser mais positivas que aquelas que levam a maior comparação com outros (Odgers; Jensen, 2020).

Em contrapartida, escolas privadas bem estruturadas rapidamente buscaram adequações tecnológicas para manutenção do ensino, além de lidarem com uma desigualdade social menos limitante entre os estudantes.

Ambientes virtuais de aprendizagem têm sido desenvolvidos e melhorados ao longo dos últimos anos. Na busca para atingir os objetivos educacionais, é necessário que os usuários tenham boas experiências de uso. Percebam que a tentativa de migrar atividades que aconteciam presencialmente para plataformas como o Google Meet ou Zoom em nada se assemelha aos percursos formativos e tecnologias pensadas especificamente para o ensino remoto. Em pouco tempo, muitos dos educadores viram-se desafiados ao uso dessas ferramentas. Foi rápido perceber as dificuldades de se ensinar sem a devida apropriação dos meios, sem o natural retorno que recebemos dos estudantes em salas de aulas, sem o convívio presencial com colegas de trabalho e com a sobreposição entre trabalho e rotinas domésticas. Da mesma maneira, a situação é desafiadora para estudantes.

Como educadores e gestores, também percebemos que as tecnologias nem sempre nos permitem trabalhar mais eficientemente. Estamos descobrindo consequências inesperadas, como um aumento do número de horas trabalhadas, cansaço excessivo pelas horas acumuladas na frente das telas, dificuldade de separar as rotinas domésticas do trabalho e cuidado com filhos.

As relações no “mundo líquido”

O filósofo Zygmunt Bauman foi perspicaz ao descrever as relações virtuais como um processo de fragilização dos vínculos. Antes das interações virtuais, o autor destacava por metáforas as relações orgânicas para desenvolver seu raciocínio: o conflito era cara a cara, o combate corpo a corpo; a justiça era olho por olho, dente por dente; a discussão encarniçada, a solidariedade ombro a ombro, a comunidade face a face, a amizade de braço dado e a mudança passo a passo (Bauman, 1999, pp. 22-3).

Com o avanço da tecnologia, o cenário mudou enormemente. Hoje podemos estar fisicamente afastados dos conflitos, solidariedades, combates, debates e da administração das coisas. A construção da moralidade implica a proximidade da relação com o outro, e as trocas simbólicas realizadas virtualmente

acarretam consequências. Ao aumentar a distância, a responsabilidade pelo outro vai se consumindo e as dimensões morais do objeto se borram até que chegam ao ponto de fuga em que desaparecem de vista. Em outras palavras, quanto mais distante estiver o outro, maior a dificuldade de estabelecer um vínculo, chegando até a situação em que as possibilidades de trocas se tornam praticamente impossíveis (Silva; Carvalho, 2014).

Bauman (2009, 2011) cunhou o conceito de mundo líquido moderno, que, dentre outras coisas, se caracteriza pela dualidade *on-line/off-line*. Na mesma velocidade com que podemos entrar e transitar nas redes virtuais, podemos sair, implicando também se desconectar das relações que estavam criadas nesse espaço. São relações equipadas com a tecla “delete” que muitas vezes substitui a necessidade de estabelecer diálogo, produzir consensos, aprender a respeitar as pluralidades de ideias e visões de mundo. Evitando as contradições, também perdemos a oportunidade de nos rever e melhorar.

A amizade também sofreu impacto das relações que ocorrem virtualmente. Observa-se que uma série de termos foram transferidos para o mundo *on-line*, como “contatos”, “encontros”, “reuniões”, “comunicação”, “comunidade”, “cafés” etc. Todos ganharam a marca da instantaneidade e a possibilidade de serem apagados, reescritos e refeitos. A liquidez da amizade marcada pelos frágeis vínculos forma a base que configurará também as relações fora do mundo virtual (Silva; Carvalho, 2014). A característica principal desse tipo de vínculo “não é tanto estar em contato, mas ter a certeza permanente de que podemos entrar em contato depressa sempre que necessário ou sempre que se deseje” (Bauman, 2011, p. 144).

Ao longo deste livro temos destacado a importância de relações sociais de qualidade como fator de proteção para a saúde emocional e mental, assim como para o cuidado de pessoas em sofrimento e/ou adoecidas. Já estávamos sofrendo consequências do empobrecimento das relações em razão das dinâmicas dos espaços urbanos, da exacerbação do individualismo e do consumismo, características das nossas sociedades atuais. E, a partir das necessidades de distanciamento social, o cenário pode ter, para muitos, intensificado o isolamento.

É importante inserirmos nas discussões de trabalho e na sala de aula, com estudantes, o tipo de uso que consideramos adequado do mundo virtual. Não se trata de ser contrário ao avanço tecnológico, mas de evitar as consequências negativas.

Algumas sugestões para o uso saudável da tecnologia:

- 1. Periodicamente reveja o uso das ferramentas.** Trata-se de um ambiente em rápida transformação e precisamos ser dinâmicos para abandonar tudo que for indesejado e incorporar boas inovações.
- 2. Defina os limites entre trabalho e vida pessoal,** pois, muitas vezes, usamos as mesmas ferramentas. Para a maioria, o mesmo WhatsApp concentra as relações de amizades, familiares e de trabalho. Estar *on-line* não significa ser obrigado a responder as demandas de trabalho 24 horas por dia.
- 3. Mesmo no ensino presencial, precisamos discutir o uso das tecnologias.** Elas podem ser aliadas em vez de simplesmente disputarmos com elas a atenção que os estudantes dispendem nos celulares ou equipamentos eletrônicos. Será que continuar simplesmente proibindo o uso é a melhor alternativa?
- 4. Precisamos estar atentos às diferenças geracionais que muitas vezes há entre educadores e estudantes.** Crianças e adolescentes podem ter uma relação com o espaço virtual diferente daquela que temos.
- 5. A escola e nós educadores não podemos ficar alheios àquilo que acontece nas redes sociais.** Já aprendemos sobre as consequências negativas do *cyberbullying*, sofrimentos e processos de adoecimento, incluindo a automutilação e o suicídio cada vez mais presente entre os jovens. Resta-nos sermos também educadores do bom uso das tecnologias e ajudar a mitigar as consequências negativas.
- 6. Focar o uso positivo e aproveitar com sabedoria as oportunidades da comunicação e das relações mediadas pela tecnologia.** Muito rapidamente conseguimos compartilhar experiências entre escolas, educadores, gestores. Com a pandemia, muitos profissionais passaram a oferecer atendimento *on-line*. Certamente podemos fazer bom uso dessa possibilidade e criar uma rede para manejo e atendimento de casos complexos.

4.4 *Como fica a saúde mental dos educadores?*

Ainda que o foco deste livro sejam estudantes, não podemos desconsiderar que a pandemia tem afetado toda a comunidade escolar. Educadores e demais trabalhadores da escola também foram acometidos pelas consequências da pandemia. Com a vacinação, aproximamo-nos gradualmente do retorno às atividades presenciais, mas seguiremos lidando com novas rotinas de vida e de trabalho e com o medo de contaminar pessoas de grupos de risco com quem convivemos ou de contrair o vírus. O poder público, órgãos de controle e cada escola terão o desafio de construir as condições para o retorno seguro das atividades escolares presenciais.

Medo: emoção primária da pandemia

Com o surgimento da pandemia de Covid-19, muito tem se falado sobre a natureza das emoções e o quanto perceber, identificar e manejá-las é aconselhável para o cultivo da saúde mental, física e espiritual, ou seja, para a saúde integral.

Nesse momento, dentre as emoções primárias, aquelas que todos os seres humanos vivenciam, ficou mais evidente a emoção do medo. Pais, professores, alunos, funcionários escolares e, claro, toda a população sentem o medo de formas diferentes ante a ameaça de contágio e de tudo que vem junto com uma situação pandêmica. O inerente estresse, as dificuldades adicionais por conta de enfermidades na família, o desemprego, entre outras consequências, são agravadas pelo medo e vice-versa.

Talvez você tenha se perguntado o quanto seu medo é normal ou o quanto seu estresse poderá se tornar um problema de saúde; você pode estar com um enorme medo de retornar à escola e se contaminar, ou ainda de verificar o quanto seus alunos perderam com o distanciamento social. Talvez experimente um profundo questionamento se deve ou não retornar às aulas, mesmo sabendo que muitos alunos não tiveram acesso ao sistema remoto e, portanto, ficaram sem aulas todo esse tempo. A frustração pode estar crescendo em seu peito, pois muito do que você gostaria que acontecesse ou planejou fazer não irá ocorrer, além de muitas outras inquietações.

É importante que estejamos atentos às manifestações dos componentes ligados ao medo e observemos se ele está em níveis com os quais conseguimos

lidar ou se está gerando sofrimento exacerbado, que compromete nossa vida cotidiana. Fique atento aos seguintes aspectos:

- **Fisiológico:** quando o medo desencadeia reações intensas de fuga ou luta com frequentes sensações de tremor, alteração do sono, apetite e outras manifestações físicas.
- **Comportamental:** quando o medo muda nossas atitudes ou ações, seja para a falta e evitação exageradas (não sai de casa nem para as atividades básicas, por exemplo) ou para o excesso (lava muitas vezes as mãos, checa várias vezes a pressão etc.).
- **Cognitivo:** quando temos pensamentos disfuncionais, distorções cognitivas ou crenças irracionais, com alteração da atenção de forma a comprometer nossa capacidade de realizar as atividades cotidianas.

Avaliando sua preocupação na pandemia

Usando uma escala que vai de "nada" até "demais", assinale o que é verdadeiro para você:

	NADA	POUCO	MUITO	DEMAIS
Minha preocupação interfere na minha rotina diária.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minha preocupação atrapalha minha estabilidade e segurança.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto incerteza com relação a quando toda esta situação irá acabar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não confio nas informações dos órgãos e serviços de saúde, nem da minha cidade, tampouco dos países considerados desenvolvidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fico mal quando uma pessoa conhecida ou famosa fica doente, porque evidencia a minha e/ou a nossa vulnerabilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não consigo diferenciar quando algumas declarações são pessimistas ou não são baseadas em fatores de credibilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dificuldade em colocar a mão no rosto ou em outra parte do corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vejo, leio ou ouço notícias sobre a doença, independentemente da fonte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apesar de tantas informações, podemos ainda ter dúvidas. Será que minhas preocupações estão dentro dos “limites” da normalidade? Como posso me sentir mais tranquilo? Muitas pessoas se fazem perguntas sobre o tema, têm ainda muitas dúvidas e isso também é normal. Não podemos perder de vista o autocuidado, buscar informações confiáveis e o que órgãos competentes indicam no combate ao coronavírus.

A seguir, algumas perguntas que você poderá se fazer e que podem indicar se seu medo e sua preocupação ante a situação da pandemia podem estar atrapalhando ou mesmo sendo nocivas à sua vida. Nesse caso, é útil e necessário buscar orientação e ajuda.

Nesse período tão desafiador, também temos aprendido muito, inclusive o quanto podemos contar com nossos pares, o quanto somos fortes e podemos sempre buscar informações competentes para lidarmos com nossa vida pessoal e profissional.

Como cuidar da própria saúde mental neste momento

Partindo de recomendações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2020) listamos algumas estratégias que podem ajudá-lo na manutenção da saúde mental neste momento:

1 Tenha uma rotina diária adaptada a este 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 ou em outro local seguro. Atualmente há muitas opções de atividade física orientada por profissional nas redes sociais. 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.

- Tente incorporar as novas medidas necessárias para prevenção da Covid-19, como lavar as mãos, usar álcool gel e 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.

2 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. Tampouco podemos deixar que o trabalho se espalhe por todas as horas do nosso dia e nos fins de semana.
- Lembre-se que muitos trabalhadores nem tiveram o benefício de trabalhar em casa e que, em algum momento, todos teremos que voltar às atividades presenciais na escola.
- Compartilhe estratégias com colegas de trabalho para que o retorno presencial seja seguro.

3 Cuide de você e da sua saúde mental

- Reserve tempo para cuidar de si e fazer coisas de que você 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.
- Use as redes sociais de maneira inteligente. Use-as para manter contato com pessoas de que gosta, aprender coisas novas, apreciar produções artísticas e de entretenimento que lhe dão prazer. No entanto, evite se expor em discussões agressivas, práticas de *bullying*, fofocas ou com coisas que lhe geram frustração e diminuem sua autoestima, como ver pessoas consumindo coisas ou em lugares que não condizem com as suas possibilidades atuais.

- Evite consumir álcool e outras drogas. Lembre-se que isso não irá resolver as coisas que o preocupam, pode piorar sentimentos e emoções negativas deste momento e ainda causar dependência.
- 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 neste momento. Lembre-se que ninguém está imune aos transtornos mentais e que isso não é sinal de fraqueza, desvio de caráter ou frescura.

4 Ajude os outros

- Ajude crianças e adolescentes a lidarem com este momento, que 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 este momento da 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.

O retorno às atividades presenciais na escola exigirá atenção. Não se trata de um retorno de férias. 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 talvez repercutam na saúde mental de alunos e educadores.

Vale lembrar que esse retorno ocorrerá com a exigência de novos hábitos de higiene e relacionamento social. Tanto as crianças e os adolescentes quanto nós educadores teremos que aprender a lidar com isso. Também precisaremos lidar com os desafios educacionais gerados pela pandemia, visto que muitos estudantes não tiveram condições ou não se adaptaram às atividades de ensino remoto.

Teremos que nos preparar enquanto profissionais e instituição para superar os desafios das medidas de prevenção para a Covid-19 e das defasagens educacionais, além de acolher as demandas sociais e de saúde mental que podem ter se agravado neste período.

Considerações finais

Estamos gratos e felizes que você esteja trilhando esta jornada conosco, que certamente não termina com este livro.

Queremos ressaltar que este material é apenas um preâmbulo para muitas outras informações, reflexões e vivências. O tema da saúde mental na educação é amplo e entendemos que será necessário aprofundá-lo, trazendo novos espectros por meio das pesquisas em diversas áreas, como Neurociência, Saúde Pública e Educação. Sobretudo, será preciso relacionar esses conhecimentos com as experiências exitosas dos educadores.

Para usar um termo da moda, mas que nem por isso é menos relevante, este livro vem ao encontro de ações para “empoderar” o professor, em específico, e o educador, em geral, reconhecendo seus propósitos, ampliando conexões assertivas e conhecimentos plenos. Fortalecer-nos como seres humanos, como indivíduos, como profissionais é também aumentar a consciência sobre nossas dimensões emocionais, mentais e cognitivas. E, quando nos sensibilizamos e nos instruímos sobre a saúde mental do estudante, revisitamos a nossa.

Entendemos também que este livro dá acesso a informações que consideramos úteis a todos os cidadãos. Democratizar o acesso a esse conhecimento nos leva a compreender melhor o significado e relevância da educação em saúde mental na escola. Ter maior clareza em relação às nossas questões pessoais, que antecedem as profissionais, nos permite 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 à equidade e à excelência na educação postuladas em nossa introdução, e isso ficou ainda mais necessário com a pandemia. O ano de 2020 foi muito desafiador com a emergência para a saúde física devido à Covid-19, e os seguintes (2021, 2022 e além) serão cruciais para a saúde mental e emocional de todos.

Aristóteles disse: “Educar a mente sem educar o coração não é educação”. Temos na mente, no cérebro e no coração o firme propósito de que educar transcende as salas de aula, as classes, as carteiras e os materiais pedagógicos, os muros das escolas, bem como os rótulos e os preconceitos.

Educar é, sobretudo, saber que aprendemos sempre. Afinal, saúde mental é fundamental, mas aprender sobre saúde mental e emocional é também saber que você, educador, é essencial!

Um abraço com afeto,

Anderson Rosa, Adriana Fóz, Alcione Marques

Posfácio

O ser humano, ao longo de nossa evolução, criou mitos, a arte e a ciência, tudo aquilo que dignifica o homem. Somos quem somos porque pensamos, sentimos, fazemos, lembramo-nos das coisas, nos tornamos pertencentes e cientes do que nos emociona. E sempre podemos aprender.

A mente, as emoções, o aprendizado vão tecendo e são tecidos de inteligência, caráter, capacidade de se adaptar, de conviver. Discernir para resolver problemas, lidar com frustrações, superar dificuldades; criar ideias ou inventar “coisas” que o tempo e a sociedade nos trazem como desafios.

Nessa trajetória humana, que compõe nossa história, do mesmo modo que podemos invocar Chiquinha Gonzaga, Chica da Silva, Machado de Assis, Monteiro Lobato, Paulo Freire e tantos outros, com seus grandes feitos, lembremos também da bomba atômica, das guerras, dos atentados, do ódio. A mesma força que temos para o bem, temos para o mal – cabe a cada um a escolha. Escolher é liberdade; fazemos melhores escolhas quando cuidamos da mente, da sabedoria e do amor.

Experenciamos tempos cruéis e inesperados. Vivemos como pescadores e marinheiros que veem as próprias embarcações envolvidas pela tempestade trazida por uma pandemia sem precedentes em nosso tempo.

Tivemos e continuaremos a enfrentar desafios e também a fragilidade humana, contudo mais esperançosos e mais fortes, conscientes de que um bom marinheiro se faz no dia a dia. A despeito do provérbio “após a tempestade vem a bonança”, nós educadores enfrentamos todos os mares com o lema “vale a pena educar”.

Como educadores, independentemente se professores, coordenadores, diretores e outros agentes escolares ou pais, devemos olhar com firmeza o possível do agora, junto e misturado no rumo de um futuro melhor. Substituir lamentos ou desesperanças por atitudes, buscar a criatividade, a renovação transformadora da própria vida. Treinar nossos olhares para o cuidado com o ser integral, que inclui a saúde da mente. Lembro aqui: a mente é de todos, é do ser que aprende, que sente, que pensa, que vive. Para a nova educação familiar e escolar

é preciso que incorporemos não apenas as habilidades socioemocionais, mas a prevenção e promoção da saúde da mente e do corpo, sob a égide de valores morais e éticos.

Precisamos estar abertos e dispostos a conversar de diferentes e inúmeras maneiras tanto sobre os processos da “inteligência”, das competências cognitivas e emocionais quanto para reconhecer a singularidade do ser que aprende, esclarecendo que qualquer conceito que se pretenda utilizar se apoia na certeza de que o ser humano tem admirável potencial. A despeito de suas raízes biopsicológicas potencializadas, sobretudo pelo encontro com o outro no ambiente, na família, na escola, na comunidade, educar é acreditar, validar e estimular o aprendiz.

Este livro chega em boa hora, em um momento de grandes necessidades, cuidados e atenção para o ser humano. Momento de conversar sobre o que é importante, de conversar sobre saúde emocional e mental nas escolas, nas famílias e nos espaços sociais.

Celso Antunes

*Professor, membro consultor da Associação Internacional pelos Direitos da Criança Brincar, reconhecida pela Unesco.
Embajador de La Educación – Organización de Estados Americanos.
Membro fundador da entidade Todos pela Educação e consultor educacional do Canal Futura.*

Referências bibliográficas

- ALBERTI, S. *Esse sujeito adolescente*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2009.
- ALBORES-GALLO, L.; SAUCEDA-GARCÍA, J. M.; RUIZ-VELASCO, S.; ROQUE-SANTIAGO, E. El acoso escolar (*bullying*) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. *Salud Pública de México*, v. 53, n. 3, pp. 220-7, 2011.
- ALBUQUERQUE, P. P. et al. Efeitos tardios do *bullying* e transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão crítica. *Psic.: Teor. e Pesq., on-line*, v. 29, n. 1, pp. 91-8, 2013.
- ALMEIDA, R. S.; CRISPIM, M. S. S.; SILVA, D. S.; PEIXOTO, S. L. A prática da automutilação na adolescência: o olhar da psicologia escolar/educacional. *Cad. Grad. Ciênc. Hum. Soc. Unit*, v. 4, n. 3, pp. 147-60, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/5322>>. Acesso em: 23 abr. 2021.
- ALVARES, A.; DEL RIO, P. Educação e desenvolvimento: a teoria de Vygotsky e a zona de desenvolvimento próximo. In: COLL, C. et al. (orgs.). *Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia da educação*. v. 2. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- AMARANTE, P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. *Cad. Bras. Saúde Mental*, v. 1, n. 1, jan.-abr. 2009.
- _____. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- 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, pp. 469-77, 2005.

- ARANHA, M. S. F. *A escola*. Programa Educação Inclusiva: direito à diversidade. v. 3. Brasília: Secretaria de Educação Especial; Ministério da Educação, 2004. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/aescola.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2021.
- ARBEX, D. *Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ASSIS, S. G. et al. *Ansiedade em crianças: um olhar sobre transtornos de ansiedade e violências na infância*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Claves; CNPq, 2007. (Série Violência e Saúde Mental Infantojuvenil.) Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_530050460.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2021.
- _____; PESCE, R. P.; AVANCI, J. Q. *Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- ATWELL, M. N.; BRIDGELAND, J. M. Ready to Lead: A 2019 Update of Principals' Perspectives on How Social and Emotional Learning Can Prepare Children and Transform Schools. A Report for CASEL. *Civic*, 2019.
- AVANCI, J. Q. et al. Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 23, n. 3, pp. 287-94, set. 2007.
- BAIDEN, P.; STEWART, S. L.; FALLON, B. The Role of Adverse Childhood Experiences as Determinants of Non-Suicidal Self-Injury among Children and Adolescents Referred to Community and Inpatient Mental Health Settings. *Child Abuse Negl.*, v. 69, pp. 163-76, 2017. Disponível em: <[doi:10.1016/j.chiabu.2017.04.011](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.04.011)>. Acesso em: 23 abr. 2021.
- BAPTISTA, M. N. Avaliando “depressões”: dos critérios diagnósticos às escalas psicométricas. *Aval. psicol.*, Itatiba, v. 17, n. 3, pp. 301-10, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712018000300004&lng=pt&nrm=iso> e <<http://dx.doi.org/10.15689/ap.2018.1703.14265.03>>. Acesso em: 6 maio 2021.
- BARLOW, D. H.; CRASKE, M. G. Transtorno do pânico e agoraphobia. In: BARLOW, D. H. (org.). *Manual clínico dos transtornos psicológicos*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

- BAUMAN, Z. *44 cartas do mundo líquido moderno*. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.
- _____. *Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Econômica, 2009.
- _____. *Globalização: as consequências humanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- BJEŽANČEVIČ, M.; GROZNICHRŽIĆ, I.; DODIG-ĆURKOVIĆ, K. Self-Injury in Adolescents: A Five-Year Study of Characteristics and Trends. *Psychiatr Danub*, v. 31, n. 4, pp. 413-20, 2019. Disponível em: <doi:10.24869/psyd.2019.413>. Acesso em: 23 abr. 2021.
- BO, H. X. et al. Posttraumatic Stress Symptoms and Attitude Toward Crisis Mental Health Services among Clinically Stable Patients with Covid-19 in China. *Psychol Med.*, pp. 1-7, 2020. Disponível em: <doi: 10.1017/S0033291720000999>. Acesso em: 23 abr. 2021.
- BOND, L. 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, pp. 357.e9-e18, 2007.
- BOTEGA, N. J. et al. Suicidal Behavior in the Community: Prevalence and Factors Associated with Suicidal Ideation. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 27, n. 1, pp. 45-53, 2005.
- BRADSHAW, C. P. Translating Research to Practice in Bullying Prevention. *American Psychologist*, v. 70, n. 4, p. 322, maio-jun. 2015.
- BRÅDVIK L. Suicide Risk and Mental Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 15, n. 9, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/ijerph15092028>>. Acesso em: 23 abr. 2021.
- BRAGA, A. C.; MAZZEU, F. J. C. O analfabetismo no Brasil: lições da história. *Revista on-line de Política e Gestão Educacional*, Araraquara, pp.24-46, 2017. doi: 10.22633/rpge.v21.n1.2017.9986. Disponível em: <<https://periodicos.fclar.unesp.br/rpge/article/view/9986>>. Acesso em: 28 abr. 2021.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

- _____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 20 set. 1990a.
- _____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 31 dez. 1990b.
- _____. Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia por Covid-19*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2020.
- _____. Ministério da Educação. *Base Nacional Comum Curricular (BNCC)*. Brasília: MEC, 2017. Disponível em: <http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC_20dez_site.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio: tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil, 2007 a 2016. *Boletim Epidemiológico*, Ministério da Saúde, v. 50, n. 15, jul. 2019.
- _____. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Boletim Epidemiológico*, Ministério da Saúde, v. 48, n. 30, pp. 1-14, 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano. *Cadernos de Atenção Básica*, Brasília: Ministério da Saúde, n. 39, p. 116, 2014.
- _____. Saúde mental. *Cadernos de Atenção Básica*, Brasília: Ministério da Saúde, p. 171, 2013.
- _____. 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: Ministério da Saúde, 2011.

- _____. 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.
- _____. *Estratégia nacional de prevenção do suicídio*: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>.
- _____. *Saúde mental e atenção básica*: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRESSAN, Rodrigo Affonseca et al. Promoção de saúde mental e prevenção de transtornos mentais no contexto escolar. In: ESTANISLAU, G. M.; BRESSAN, R. A. (orgs.). *Saúde mental na escola*: o que os educadores devem saber. Porto Alegre: Artmed, 2014, pp. 37-47.
- BULL, Marilyn J. Down Syndrome. *New England Journal of Medicine*, v. 382, n. 24, pp. 2344-52, 2020.
- CASTRO, F. S.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Alma, corpo e a antiga civilização grega: as primeiras observações do funcionamento cerebral e das atividades mentais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 24, n. 4, pp. 798-809, 2011.
- CEAPARU, I. et al. Determining Causes and Severity of End-User Frustration. *Int. J. Hum. Comput. Interact.*, v. 17, n. 3, pp. 333-56, 2004.
- CENTER ON THE DEVELOPING CHILD. *Early Childhood Mental Health*, 2015. Disponível em: <<https://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2015/05/InBrief-Early-Childhood-Mental-Health-1.pdf>>.
- _____. *The Science of Early Childhood Development (InBrief)*, 2007. Disponível em: <www.developingchild.harvard.edu>.
- CHANG, F. C. et al. Relationships among Cyberbullying, School Bullying, and Mental Health in Taiwanese Adolescents. *Journal of School Health*, v. 83, n. 6, pp. 454-62, 2013.
- 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, pp. 162-7.e1, 2016.

- CHOMSKY, N. *Cartesian Linguistics: A Chapter in the History of Rationalist Thought*. Ed. James McGilvray. 2ª ed. Nova Zelândia: Cybereditions, 2002. Disponível em: <doi: 10.1590/S0101-31732010000100009>.
- CICOGNA, J. I. R.; HILLESHEIM, D.; HALLAL, A. L. M. C. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. *J. Bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 68, n. 1, pp. 1-7, mar. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0047-2085000000218>>.
- CIONI, G.; INGUAGGIATO, E.; SGANDURRA, G. Early Intervention in Neurodevelopmental Disorders: Underlying Neural Mechanisms. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v. 58, pp. 61-6, 2016.
- CLAES, L. et al. Bullying and Victimization, Depressive Mood, and Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents: The Moderating Role of Parental Support. *J. Child Fam. Stud.*, v. 24, n. 11, pp. 3363-71, 2015. Disponível em: <doi: 10.1007/s10826-015-0138-2>.
- COLLABORATIVE FOR ACADEMIC, SOCIAL AND EMOTIONAL LEARNING (CaseL). Chicago, EUA. Disponível em: <<https://casel.org/>>. Acesso em: 20 out. 2018.
- COPLAN, Robert J.; RUBIN, Kenneth H. Social withdrawal and shyness in childhood. In: *The Development of Shyness and Social Withdrawal*. Nova York: Guilford Press, 2010, pp. 3-20.
- COSTA, E.; CARBONE, M. *Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Rubio, 2004.
- COSTA, R. P. et al. Profile of Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents: Interface with Impulsiveness and Loneliness. *J. Pediatr.*, 2021. Disponível em: <doi: 10.1016/j.jpmed.2020.01.006>.
- CRAIG, W. et al. A Cross-National Profile of Bullying and Victimization among Adolescents in 40 Countries. *International Journal of Public Health*, v. 54, n. 2, pp. 216-24, 2009.
- CROZIER, W. R.; PERKINS, Pam. Shyness as a Factor when Assessing Children. *Educational Psychology in Practice*, v. 18, n. 3, pp. 239-44, 2002.
- DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

- DAMÁSIO, A. R. *O mistério da consciência: do corpo e das emoções do conhecimento de si*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- _____. *O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- DAS, S.; KIM, A.; KARMAKAR, S. Change-Point Analysis of Cyberbullying-Related Twitter Discussions during Covid-19. In: ANNUAL SOCIAL INFORMATICS RESEARCH SYMPOSIUM, 16. 2020. Disponível em: <<https://arxiv.org/abs/2008.13613>>.
- DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. Trad. I. Domingues. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. (orgs.). *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1994, pp. 21-32.
- DIAMOND, Marian C. Enrichment Response of the Brain. *Encyclopedia of Neuroscience*, v. 31, 2001.
- DIAS, N. M.; MENEZES, A.; SEABRA, A. G. Alterações das funções executivas em crianças e adolescentes. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, v. 1, n. 1, pp. 80-95, 2010.
- DIEFENDORFF, J. M.; CROYLE, M. H.; GOSSERAND, R. H. The Dimensionality and Antecedents of Emotional Labor Strategies. *J. Vocat. Behav.*, v. 66, pp. 339-57, 2005. Disponível em: <10.1016/j.jvb.2004.02.001>.
- DO NASCIMENTO BARROS, S. N.; DE FÁTIMA PIOVESAN, A.; SALES, T. R. R. Relações entre transtornos do neurodesenvolvimento, neurociência cognitiva e educação. *Encontro Internacional de Formação de Professores e Fórum Permanente de Inovação Educacional*, v. 9, n. 1, 2016.
- DSM-5 Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. American Psychiatric Association; trad. Maria Inês Corrêa Nascimento et al.; rev. técn. Aristides Volpato Cordioli et al. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- DURKHEIM, E. *O suicídio: estudo de sociologia*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.
- EKMAN, E. *Empatia: enfrentando o estresse e dando sentido ao trabalho*. Palas Athena: Seminário Internacional, 2017.

- EL ANSARI, W.; ADETUNJI, H.; OSKROCHI, R. Food and Mental Health: Relationship between Food and Perceived Stress and Depressive Symptoms among University Students in the United Kingdom. *Central European Journal of Public Health*, v. 22, n. 2, pp. 90-7, 2014.
- ENCICLOPÉDIA PARA O DESENVOLVIMENTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA. Disponível em: <<http://www.encyclopedia-crianca.com/>>.
- ESTANISLAU, G. M.; BRESSAN, R. A. (orgs.). *Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- FAVA, G.; SONINO, N. Psychosomatic Medicine: Emerging Trends and Perspectives. *Pubmed*, 2000. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10867586/>>. Acesso em: 17 maio 2020.
- FEIJÓ, R. B.; OLIVEIRA, E. A. Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*, v. 77, n. 2, pp. S125-S134, 2001.
- FERREIRA, G. M. dos S. *Educação e tecnologia: abordagens críticas*. Rio de Janeiro: Seses, 2017.
- FLEITLICH-BILYK, B. et al. Saúde e transtornos mentais. In: ESTANISLAU, G. M.; BRESSAN, R. A. (orgs.). *Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber*. Porto Alegre: Artmed, 2014, pp. 25-36.
- FLETT, J. A. et al. Mobile Mindfulness Meditation: A Randomised Controlled Trial of the Effect of Two Popular Apps on Mental Health. *Mindfulness*, v. 10, n. 5, pp. 863-76, 2019.
- FOLHA, D. R. da S. C.; DE CARVALHO, D. A. Terapia Ocupacional e formação continuada de professores: uma estratégia para a inclusão escolar de alunos com transtornos do neurodesenvolvimento. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 28, n. 3, pp. 290-8, 2017.
- FONSECA, P. H. N. et al. Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. *Arq. Bras. Psicol.*, v. 70, n. 3, pp. 246-58, 2018. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v70n3/17.pdf>>.
- FONSECA, V. Papel das funções cognitivas, conativas e executivas na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica. *Rev. Psicopedagogia*, São Paulo, v. 96, n. 31, 2014.

- FONTANA, R.; CRUZ, M. N. *Psicologia e trabalho pedagógico*. São Paulo: Atual, 1997.
- FORD, R. et al. Bullying and Mental Health and Suicidal Behaviour among 14-to 15-year-olds in a Representative Sample of Australian Children. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 51, n. 9, pp. 897-908, 2017.
- FORTES, I.; MACEDO, M. M. K. Automutilação na adolescência: rasuras na experiência de alteridade. *Psicogente*, v. 20, n. 38, pp. 353-67, 2017. Disponível em: <doi: 10.17081/psico.20.38.2556>.
- FÓZ, A. *Frustração: como treinar suas competências emocionais para enfrentar os desafios da vida pessoal e profissional*. São Paulo: Benvirá, 2019.
- FREUD, S. (1917 [1916-1917]). Conferências introdutórias sobre psicanálise. In: *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, F. V.; DA ROCHA, M. M. Manifestação clínica, modelos de classificação e fatores de risco/proteção para psicopatologias na infância e adolescência. *Temas em Psicologia*, v. 22, n. 4, pp. 783-93, 2014.
- GHANIZADEH, A.; ROYAEI, N. Emotional Facet of Language Teaching: Emotion Regulation and Emotional Labor Strategies as Predictors of Teacher Burnout. *International Journal of Pedagogies and Learning*, v. 10, n. 2, pp. 139-50, 2015.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.
- GROSS, C. G. *Brain, Vision, Memory: Tales in the History of Neuroscience*. Cambridge, MA: Bradford Book, 1998.
- HADLINGTON, L.; SCASE, M. 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. *O cérebro de Buda*. 1ª ed. São Paulo: Alaúde, 2012.

- HAWTON, K.; SAUNDERS, K. E. A.; O'CONNOR, R. C. Self-Harm and Suicide in Adolescents. *The Lancet*, v. 379, n. 9834, pp. 2373-82, jun. 2012. Disponível em: <doi: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5>.
- HEIDEGGER, M. *Sein und Zeit*. Tübingen: Max Niemeyer, 1960. [Ed. bras.: *Ser e tempo*. Campinas: Editora da Unicamp, 2012.]
- HERCULANO-HOUZEL, S. *O cérebro em transformação*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005.
- HONG, X. et al. Posttraumatic Stress Disorder in Convalescent Severe Acute Respiratory Syndrome Patients: A 4-Year Follow-Up Study. *Gen. Hosp. Psychiatry*, v. 31, pp. 546-54, 2009. Disponível em: <doi: 10.1016/j.genhosppsy.2009.06.008>.
- INSTITUTO AYRTON SENNA (IAS). *Ideias para o desenvolvimento de competências socioemocionais*, 2020.
- JAEN-VARAS, D. et al. The Association between Adolescent Suicide Rates and Socioeconomic Indicators in Brazil: A 10-Year Retrospective Ecological Study. *Braz. J. Psychiatry, on-line*, v. 41, n. 5, set.-out. 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0223>>.
- JAIN, O. et al. Has the Covid-19 Pandemic Affected the Susceptibility to Cyberbullying in India? *Computers in Human Behavior Reports*, v. 2, p. 100029, 2020.
- JENKINS, W. M.; MERZENICH, M. M. Cortical Representational Plasticity: Some Implications for the Bases of Recovery from Brain Damage. In: VON STEINBÜCHEL, N.; VON CRAMON, D. Y.; PÖPPEL, E. (orgs.). *Neuropsychological Rehabilitation*. Berlim: Springer, 1992, pp. 20-35.
- JESTE, S. Neurodevelopmental Behavioral and Cognitive Disorders. Continuum: Lifelong Learning in Neurology. *Behavioral Neurology and Neuropsychiatry*, v. 21, n. 3, pp. 690-714, 2015.
- JONES, S. M.; BOUFFARD, S. M.; WEISSBOURD, R. Educators' Social and Emotional Skills Vital to Learning. *Phi Delta Kappan*, v. 94, n. 8, pp. 62-65, maio 2013.
- JUVONEN, Jaana; GRAHAM, Sandra. Bullying in Schools: The Power of Bullies and the Plight of Victims. *Annual Review of Psychology*, v. 65, pp. 159-85, 2014.

- KARANIKOLA, M. N. K.; LYBERG, A.; HOLM, A. L.; SEVERINSSON, E. The Association between Deliberate Self-Harm and School Bullying Victimization and the Mediating Effect of Depressive Symptoms and Self-Stigma: A Systematic Review. *Biomed. Res. Int.*, pp. 1-36, 2018. Disponível em: <doi: 10.1155/2018/4745791>.
- KESSLER, R. C. *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
- KESTILÄ, L. et al. Determinants of Health in Early Adulthood: What Is the Role of Parental Education, Childhood Adversities and Own Education? *European Journal of Public Health*, v. 16, n. 3, pp. 305-14, 2006.
- KIM, JaHun et al. Cyberbullying and Victimization and Youth Suicide Risk: The Buffering Effects of School Connectedness. *Journal of School Nursing*, v. 36, n. 4, pp. 251-7, 2020.
- KONG, X. et al. Prevalence and Factors Associated with Depression and Anxiety of Hospitalized Patients with Covid-19. *MedRxiv* [preprint], 2020. Disponível em: <doi: 10.1101/2020.03.24.20043075>.
- KOVÁCS, M. J. (org.). *Morte e existência humana: caminhos de cuidados e possibilidade de intervenção*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- KUTCHER, S. P. et al. Transtornos do humor: depressão e transtorno bipolar. In: ESTANISLAU, G. M.; BRESSAN, R. A. (orgs.). *Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber*. Porto Alegre: Artmed, 2014, pp. 133-51.
- _____; WEI, Yifeng. *Mental Health & High School Curriculum Guide: Understanding Mental Health and Mental Illness*. Canadá: Canadian Mental Health Association, 2015.
- KYRIACOU, C. Teacher Stress: Directions for Future Research. *Educational Review*, v. 53, n. 1, pp. 27-35, 2001.
- LAM, M. H. et al. Mental Morbidities and Chronic Fatigue in Severe Acute Respiratory Syndrome Survivors: Long-Term Follow-Up. *Arch. Intern. Med.*, v. 169, pp. 2142-7, 2009. Disponível em: <doi: 10.1001/archinternmed.2009.384>.

- LEE, A. M. et al. Stress and Psychological Distress among SARS Survivors 1 Year after the Outbreak. *Can. J. Psychiatry*, v. 52, pp. 233-40, 2007. Disponível em: <doi: 10.1177/070674370705200405>.
- LEE, S. E. et al. Incremental Validity of Coronaphobia: Coronavirus Anxiety Explains Depression, Generalized Anxiety, and Death Anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, v. 74, p. 102268, 2020.
- LENKIEWICZ, K.; RACICKA, E.; BRYŃSKA, A. Self-Injury-Placement in Mental Disorders Classifications, Risk Factors and Primary Mechanisms: Review of the Literature. *Psychiatr. Pol.*, v. 51, n. 2, pp. 323-34, 2017. Disponível em: <doi: 10.12740/PP/62655>.
- LEV-WIESEL, R.; ZOHAR, G. The Role of Dissociation in Self-Injurious Behavior among Female Adolescents Who Were Sexually Abused. *J. Child Sex. Abus.*, v. 23, n. 7, pp. 824-39, 2014. Disponível em: <doi: 10.1080/10538712.2014.950399>.
- LIPP, M. N. Soluções criativas para o stress. In: *Estresse, ansiedade e qualidade de vida em professores: efeitos do relaxamento progressivo*. Campinas: Papirus, 2003, pp. 109-27.
- LIRA, A. G. et al. Uso de redes sociais, influência da mídia e insatisfação com a imagem corporal de adolescentes brasileiras. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 66, n. 3, pp. 164-71, 2017.
- LOPES, C. O. *A consciência na perspectiva de Antônio Damásio: self e subjetividade*. Uberlândia, 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Filosofia) – Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Filosofia.
- LOPES, L. S.; TEIXEIRA, L. C. Automutilações na adolescência e suas narrativas em contexto escolar. *Estilos Clin.*, v. 24, n. 2, pp. 291-303, 2019. Disponível em: <doi: 10.11606/issn.1981-1624.v24i2p291-303>.
- LOURENÇO, L. de F. L. et al. História da enfermagem. *ABEn Nacional*, 2012. Disponível em: <<http://www.here.abennacional.org.br/here/vol3num1artigo2.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2020.
- LUCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, pp. 399-407, abr. 2007.

- LUYSTER, F. S.; STROLLO, P. J.; ZEE, P. C.; WALSH, J. K. Sleep: A Health Imperative. *Sleep*, v. 35, n. 6, pp. 727-34, 2012.
- MACÊDO, V. C. D.; MONTEIRO, A. R. M. Education and Mental Health in the Family: Experience with Living Groups. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 15, n. 2, pp. 222-30, abr.-jun. 2006.
- MAK, I. W. C. et al. Long-Term Psychiatric Morbidities among SARS Survivors. *Gen. Hosp. Psychiatry*, v. 31, pp. 318-26, 2009. Disponível em: <doi: 10.1016/j.genhosppsy.2009.03.001>.
- MAMMEN, G.; FAULKNER, G. Physical Activity and the Prevention of Depression: A Systematic Review of Prospective Studies. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 45, n. 5, pp. 649-57, 2013.
- MANGOLINI, V. I.; ANDRADE, L. H.; WANG, Y. Epidemiologia dos transtornos de ansiedade em regiões do Brasil: uma revisão de literatura. *Revista de Medicina*, v. 98, n. 6, pp. 415-22, 2019.
- _____ 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, A. F.; SILVEIRA, R. O. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 25, supl. 1, abr. 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000400008>>.
- MARQUES, A. M. *Efeitos de um programa para o desenvolvimento de habilidades socioemocionais em professores*. São Paulo: EPE; Unifesp, 2019.
- MATSUKURA, T. S.; FERNANDES, A. D. S. A.; CID, M. F. B. 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, pp. 122-9, 2012.
- MCGEE, R.; WILLIAMS, S. et al. The Relationship between Specific Reading Retardation, General Reading Backwardness and Behavioural Problems in a Large Sample of Dunedin Boys: A Longitudinal Study from 5-11 Years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 27, pp. 597-610, 1986. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3771677/>>.

- MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MESQUITA, C. et al. Relações familiares, humor deprimido e comportamentos autodestrutivos em adolescentes. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente, on-line*, v. 3, pp. 97-109, 2011. Disponível em: <http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/115/1/rpca_n3_artigo_6.pdf>.
- MICHEL, M. O.; MICHEL, J. O.; PORCIÚNCULA, C. G. A comunicação organizacional, as redes sociais e seus desafios: afetos e emoções nesse contexto. *Revista Internacional de Relaciones Públicas*, v. 6, n. iii, p. 117-36, 2013. Disponível em: <<http://revistarelacionespublicas.uma.es/index.php/revrrpp/article/view/239/0>>.
- MIDGETT, A.; DOUMAS, D. M. Witnessing Bullying at School: The Association between Being a Bystander and Anxiety and Depressive Symptoms. *School Mental Health*, v. 11, n. 3, pp. 454-63, 2019.
- MILATZ, A.; LÜFTENEGGER, M.; SCHOBER, B. Teachers' Relationship Closeness with Students as a Resource for Teacher Wellbeing: A Response Surface Analytical Approach. *Frontiers in Psychology*, v. 6, pp. 1949, 2015.
- MILLER-LEWIS, L. R. et al. Student-Teacher Relationship Trajectories and Mental Health Problems in Young Children. *BMC Psychology*, v. 2, n. 1, p. 27, 2014.
- MISCHEL, W.; SHODA, Y.; RODRIGUEZ, M. I. Delay of Gratification in Children. *Science*, v. 244, n. 4907, pp. 933-8, 1989.
- MOFFITT, T. E. et al. A Gradient of Childhood Self-Control Predicts Health, Wealth, and Public Safety. *PNAS*, v. 108, n. 7, pp. 2693-8, 2011. Disponível em: <<https://www.pnas.org/content/108/7/2693>>.
- MOLDOFSKY, H.; PATCAI, J. Chronic Widespread Musculoskeletal Pain, Fatigue, Depression and Disordered Sleep in Chronic Post-SARS Syndrome; a Case Controlled Study. *BMC Neurol.*, v. 11, p. 37, 2011. Disponível em: <doi: 10.1186/1471-2377-11-37>.

- MOLL, Kristina et al. Specific Learning Disorder: Prevalence and Gender Differences. *PLoS One*, v. 9, n. 7, p. e103537, 2014.
- MORAES, D. X. et al. “Caneta é a lâmina, minha pele o papel”: fatores de risco da automutilação em adolescentes. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 73, supl. 1, p. e20200578, 2020.
- NOCK, M. K.; JOINER, T. E.; GORDON, K. H. Non-Suicidal Self-Injury among Adolescents: Diagnostic Correlates and Relation to Suicide Attempts. *Psychiatry Research*, v. 144, n. 1, pp. 65-72, 2006.
- ODGERS, C. L.; JENSEN, M. R. Annual Research Review: Adolescent Mental Health in the Digital Age: Facts, Fears, and Future Directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 61, n. 3, pp. 336-48, 2020.
- OLIVEIRA JUNIOR, A. A. O papel da tecnologia no contexto social. *Caderno Intersaberes*, v. 9, n. 17, 2020. Disponível em: <<https://www.cadernosuninter.com/index.php/intersaberes/article/view/670>>.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias. Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso. *Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros*. Genebra: OMS, 2006. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2021.
- _____. Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias. *Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação*. Brasília: OMS, 2005.
- _____. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. In: *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: OMS, 2001, pp.3-4.
- ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE)/ ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). 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. Disponível em: <<https://www.oecd.org/pisa/46623978.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2021.

- _____. *Aprendendo para o mundo de amanhã: primeiros resultados do Pisa* 2003. São Paulo: Moderna, 2005.
- PATEL, V. Mental Health in Low- and Middle-Income Countries. *Br. Med. Bull.*, v. 81-82, pp. 81-96, 2007. Disponível em: <doi: 10.1093/bmb/ldm010>.
- PATTON, G. C. et al. Global Patterns of Mortality in Young People: A Systematic Analysis of Population Health Data. *The Lancet*, v. 374, n. 9693, pp. 881-92, 2009.
- PIAGET, J. *O nascimento da inteligência*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.
- _____. The Relation of Affetivity to Intelligence in the Mental Development of the Child. *Bulletin of the Menninger Clinic*, v. 26, n. 3, 1962.
- _____; INHELDER, B. *Psicologia da criança*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.
- PINHEIRO, A. M. V. et al. Protocolo de avaliação para o diagnóstico diferencial dos transtornos específicos da aprendizagem. *Paideia*, ano XIII, n. 19, 2018.
- POLANCZYK, G. 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, pp. 345-65, 2015.
- QIN, P.; AGERBO, E.; MORTENSEN, P. B. Suicide Risk in Relation to Family History of Completed Suicide and Psychiatric Disorders: A Nested Case-Control Study Based on Longitudinal Registers. *Lancet*, v. 360, pp. 1126-30, 12 out. 2002. Disponível em: <doi: 10.1016/S0140-6736(02)11197-4>.
- QUINTANILHA, B. C. et al. A produção do cuidado em um centro de atenção psicossocial infantojuvenil. *Mental*, Barbacena, v. 11, n. 20, pp. 261-78, jun. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 6 maio 2021.
- RAONY, I. et al. Psycho-Neuroendocrine-Immune Interactions in Covid-19: Potential Impacts on Mental Health. *Front. Immunol.*, v. 11, p. 1170, 2020. Disponível em: <doi: 10.3389/fimmu.2020.01170>.
- REUCHLIN, M. *Les Différences individuelles dans le développement conatif de l'énfant*. Appendice méthodologique de Françoise Bâcher. Paris: PUF, 1990, pp. 122-3.

- RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva, on-line*, v. 23, n. 9, pp. 2821-34, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.17192018>>. Acesso em: 14 fev. 2021.
- RIBEIRO, O. 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, pp. 255-67, 2015.
- RIGBY, K. *Addressing Bullying in Schools: Theory and Practice*. Canberra: Australian Institute of Criminology, 2003. (Série Trends & Issues in Crime and Criminal Justice, n. 259.)
- RIVIERE, A. *La Psicología de Vygotsky*. Madri: Visor, 1985.
- SADIR, M. A.; BIGNOTTO, M. M.; NOVAES LIPP, M. E. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. *Paideia*, v. 20, n. 45, pp. 73-81, 2010.
- SAHLBERG, P. Why Finland's Schools Are Top-Notch. *CNN Opinion*, 2014.
- SANTANA, C. L. A.; ROSA, A. S. *Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social*. São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte, 2016.
- SHATKIN, J.; BELFER, M. L. The Global Absence of Child and Adolescent Mental Health Policy. *Child and Adolescent Mental Health*, v. 9, n. 3, pp. 104-8, 2004.
- SILVA, A. C. Educação e tecnologia: entre o discurso e a prática. *Ensaio: Aval. Pol. Públ. Educ.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 72, pp. 527-54, jul.-set. 2011. Disponível em: <doi.org/10.1590/S0104-40362011000400005>.
- _____; BOTTI, N. C. L. An Investigation on Self-Mutilation in a Group of the Social Network Facebook. *SMAD, Rev. Eletrôn. Saúde Mental Álcool Drog.*, v. 14, n. 4, pp. 203-10, 2018. Disponível em: <[doi: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000355](https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000355)>.
- _____; _____. Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: revisão integrativa da literatura. *Rev. Port. Enferm. Saúde Mental*, v. 18, pp. 67-76, 2017. Disponível em: <[doi: 10.19131/rpesm.0194](https://doi.org/10.19131/rpesm.0194)>.

- SILVA, C. G.; FIGUEIREDO, V. F. Ambiente virtual de aprendizagem: comunicação, interação e afetividade na EAD. *Revista Aprendizagem em EAD*, Taguatinga-DF, ano 2012, v. 1, out. 2012.
- SILVA, J. R. A. et al. Covid-19 in Pediatrics: A View between Incidence and Mortality. *Residência Pediátrica*, ano 2020, v. 10, n. 3, 2020.
- SILVA, L. Suicídio entre crianças e adolescentes: um alerta para o cumprimento do imperativo global. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 32, n. 3, pp. III-IV, maio-jun. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000300001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr. 2021.
- SILVA, R. B.; CARVALHO, A. B. Amizade e a virtualização das relações humanas na sociedade contemporânea: reflexões a partir de Zygmunt Bauman. *Revista Espaço Acadêmico*, v. 13, n. 153, pp. 10-6, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/22749>>. Acesso em: 23 abr. 2021.
- SILVA, Y. A.; AGUIAR, S. G. Adolescência e automutilação no Caps infantojuvenil de Iguatu-CE: um estudo psicanalítico. *Cad. Bras. Saúde Mental, on-line*, v. 12, n. 31, pp. 245-68, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69761/43297>>. Acesso em: 23 abr. 2021.
- SKINNER, B. F. *Ciência e comportamento humano*. 10ª ed. São Paulo: Martins Fontes, [1953] 2000.
- _____. *Psychology in the Understanding of Mental Disease*. Cumulative Records: A Selection of Papers. Nova York: Appleton-Century-Crofts, 1957.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Medidas para o pediatra relacionadas com a pandemia do Covid-19. Departamento Científico de Infectologia. *Documento Científico Sociedade Brasileira de Pediatria*, p. 1, 31 mar. 2020.
- SOMMERHALDER, A.; STELA, F. Depressão na infância e o papel do professor. [Resumo]. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 59, supl. 1, p. 200, 2001.
- SOUSA, G. S.; et al. Revisão de literatura sobre suicídio na infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 9, pp. 3099-110, set. 2017.

- SOUSA, J. P. M. de et al. Transtornos de ansiedade (transtorno de ansiedade generalizada, ansiedade de separação e fobia social). In: ESTANISLAU, G. M.; BRESSAN, R. A. (orgs.). *Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber*. Porto Alegre: Artmed, 2014, pp. 101-18.
- SPINILLO, A. G.; ROAZZI, A. A atuação do psicólogo na área cognitiva: reflexões e questionamentos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 9, n. 3, 1989.
- TARDIVO, L. S. P. C. et al. Autolesão em adolescentes, depressão e ansiedade: um estudo compreensivo. *Bol. Acad. Paul. Psicol., on-line*, v. 39, n. 97, pp. 159-69, 2019. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v39n97/a02v39n97.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2021.
- THAPAR, A.; COOPER, M.; RUTTER, M. Neurodevelopmental Disorders. *The Lancet Psychiatry*, v. 4, n. 4, pp. 339-46, 2017.
- The Alberta Family Wellness Initiative. Calgary, Canadá. Disponível em: <<https://de.wellness.org/>>.
- THOMASSIN, K. et al. Specific Coping Strategies Moderate the Link between Emotion Expression: Déficits and Nonsuicidal Self-Injury in an Inpatient Sample of Adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, v. 11, n. 1, pp. 11-21, 2017. Disponível em: <doi:10.1186/s13034-017-0158-3>.
- THOMPSON, B. J. *A mídia e a modernidade*. 12ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.
- VEENSTRA, R. 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, M. A. et al. Saúde mental na escola. In: ESTANISLAU, G. M.; BRESSAN, R. A. (orgs.). *Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber*. Porto Alegre: Artmed, 2014, pp. 13-24.
- VIGOTSKI, L. S. *A construção do pensamento e da linguagem*. 2ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.
- _____. *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- _____; LURIA, A. R.; LEONTIEV, A. N. *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. 13ª ed. São Paulo: Ícone, 2017.

- VIOTTO FILHO, I. A. T.; PONCE, R. de F.; ALMEIDA, S. H. V. de. As compreensões do humano para Skinner, Piaget, Vygotski e Wallon: pequena introdução às teorias e suas implicações na escola. *Psicol. educ.*, São Paulo, n. 29, pp. 27-55, dez. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752009000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 6 maio 2021.
- VITOLLO, Y. L. C. et al. Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. *Revista Saúde Pública*, v. 39, n. 5, pp. 716-24, 2005.
- WALKER, M. P. The Role of Sleep in Cognition and Emotion. *Annals of the New York Academy of Sciences*, v. 1156, n. 1, pp. 168-97, 2009.
- WATSON, J. Covid-19's Psychological Impact Gets a Name. *Medscape*, set. 2020. Disponível em: <<https://www.medscape.com/viewarticle/938253>>. Acesso em: 23 abr. 2021.
- WATSON, J. B. *Behaviorism*. 2ª ed. Londres: Kegan Paul; Trench; Trubner & Co, 1930.
- WHITE, Loyd; HAMMONDS, Frank; VALKYRIE, Karena T. Bullying: Bullies, Victims, and Witnesses. *Modern Psychological Studies*, v. 20, n. 1, p. 2, 2014.
- WOLFF, J. C. et al. Negative Cognitive Style and Perceived Social Support Mediate the Relationship between Aggression and NSSI in Hospitalized Adolescents. *J. Adolesc.*, v. 37, n. 4, pp. 483-91, 2014. Disponível em: <doi: 10.1016/j.adolescence.2014.03.016>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Coronavirus Disease (Covid-19): Situation Dashboard. *WHO*, 2020. Disponível em: <<https://who.sprinklr.com/>>. Acesso em: 6 maio 2020.
- _____. Mental Health and Psychosocial Considerations During Covid-19 Outbreak. *WHO*, mar. 2020. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bits-tream/handle/10665/331490/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1-eng.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2021.
- _____. Suicide in the World: Global Health Estimates. *WHO*, 2019. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948>>.

- _____. ICD-11: Classifying Disease to Map How We Live and Die. *WHO*, África, 22 jun. 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 23 abr. 2021.
- _____. *Preventing Suicide: A Global Imperative*. Genebra: WHO, 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2021.
- _____. Self-care in the context of primary health care. *WHO*, Sudeste da Ásia, 2009. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/206352>>. Acesso em: 23 abr. 2021.
- WU, K. K.; CHAN, S. K.; MA, T. M. Posttraumatic Stress, Anxiety, and Depression in Survivors of Severe Acute Respiratory Syndrome (Sars). *J. Trauma Stress*, v. 18, pp. 39-42, 2005. Disponível em: <doi: 10.1002/jts.20004>.
- YANG, M. H.; FAETH, M. The Role of Emotion and Skilled Intuition in Learning. In: SOUSA, D. A. (ed.). *Mind, Brain & Education*. Bloomington: Solution Tree Press, 2010.
- YIN, H. B.; HUANG, S. H.; CHEN, G. W. The Relationships between Teachers' Emotional Labor and their Burnout and Satisfaction: A Meta-Analytic Review. *Educ. Res. Rev.*, v. 28, 2019.
- _____; LEE, J. C. K.; ZHANG, Z. H. Exploring the Relationship among Teachers' Emotional Intelligence, Emotional Labor Strategies and Teaching Satisfaction. *Teaching and Teacher Education*, v. 35, pp. 137-45, 2013.
- YUR, R. et al. The Neural Signature of Escalating Frustration in Humans. *Cortex*, v. 54, pp. 165-78, maio 2014.
- ZANELATO, L. S.; CALAIS, S. L. Manejo do estresse e outros fatores em diferentes populações adultas. In: VALLE, T. G. M.; MELCHIOR, L. E. (orgs.). *Saúde e desenvolvimento humano*. São Paulo: Editora Unesp, 2010, pp. 217-36.
- ZOLLARS, I.; POIRIER, T. I.; PAILDEN, J. Effects of Mindfulness Meditation on Mindfulness, Mental Well-Being, and Perceived Stress. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, v. 11, n. 10, pp. 1022-8, 2019.

Sobre os autores

Anderson da Silva Rosa

É doutor e mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), graduado em Enfermagem pela Unifesp e professor-adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Escola Paulista de Enfermagem da Unifesp. Atualmente é pró-reitor de Assuntos Estudantis da Unifesp, pesquisador e orientador do Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia da Unifesp. É coordenador do Programa de Extensão Universitária Com-idade: saúde, assistência social, educação e direitos humanos e dos projetos Periferia dos Sonhos e Promoção da Saúde Mental na Educação. É também autor de diversos livros e artigos científicos.

Tem experiência nas áreas da saúde coletiva, saúde mental, enfermagem e gestão. Foi um dos coordenadores do 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, uma 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). Essa iniciativa 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: shorturl.at/fCDGT.

Adriana Fóz

É mestre em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica (Unifesp), graduada em Pedagogia, pós-graduada em Psicologia da Educação pela Universidade de São Paulo (USP) e especialista em Psicopedagogia e Neuropsicologia, além de pesquisadora em Neurociência Cognitiva e Educacional. É diretora da NeuroConecte, cofundadora e foi coordenadora do projeto Cuca Legal na Psiquiatria (Unifesp) entre 2007 e 2017.

Terapeuta cognitiva (consultório e online) de pacientes jovens e adultos, ministra também cursos e aulas em instituições, como na Pós-Graduação em Neurociências da FMUSP, CDN (Unifesp), Casa do Saber, Palas Athena e Instituto

Singularidades. É referência nas áreas da educação socioemocional, reabilitação cognitiva, neuroeducação e saúde mental nas escolas. É ainda palestrante, inclusive do TEDx, e autora de vários livros, como o *best-seller A cura do cérebro* (Ed. Novo Século) e *Frustração: como treinar suas competências emocionais para enfrentar os desafios da vida pessoal e profissional* (Ed. Benvirá).

Alcione Marques

É mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), graduada em Pedagogia e especialista em Psicopedagogia com aprimoramento em Reabilitação Cognitiva e em Neurociência do Comportamento (em andamento). Tem vinte anos de experiência na área da educação e trabalha como psicopedagoga clínica e escolar, atendendo em consultório crianças e adolescentes com problemas de aprendizagem. Atua nas 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 organizações diversas.

Eduardo Lopes

É graduado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) com especialização em Psicodrama, terapeuta clínico e professor de Psicodrama no Grupo de Estudos e Trabalhos Psicodramáticos (Getep). É membro da NeuroConecte, onde atua em formações voltadas a educação emocional, competências socioemocionais e saúde mental na educação.

Luiza Hiromi Tanaka

É graduada em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), 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, atuando nas formações em *mindfulness*. Foi coordenadora de ensino e pesquisa, além de assistente da Diretoria de Enfermagem, no Hospital Universitário da Unifesp – Hospital São Paulo. Atuou como professora de graduação e orientadora 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 certificada pela Breathworks (Reino Unido) e pela Respira Vida Breathworks (Espanha) como *teacher trainer* (formadora de professores) do Programa MBPM – *Mindfulness* e compaixão para saúde e estresse.



Mesclando rigor científico com orientações práticas, *Conversando sobre saúde mental e emocional na escola* pode ser visto como um livro de cabeceira por todo educador interessado em promover um ambiente inclusivo, integrador e saudável. Os autores reúnem suas experiências nas áreas de Saúde, Educação e Neurociência e desfazem mitos, esclarecem dúvidas e apontam caminhos com o objetivo de auxiliar o profissional da educação, oferecendo-lhe uma maior compreensão da saúde emocional e mental, assim como dos transtornos mentais que mais atingem as crianças e adolescentes, como ansiedade, depressão e hiperatividade, além de algumas estratégias para trabalhar as emoções de seus alunos, no âmbito individual e coletivo.

Nesta edição, em resposta a uma situação que já causa muita preocupação, há um capítulo específico sobre os impactos do distanciamento imposto pela pandemia da Covid-19 na educação e na saúde de alunos e professores.

“O livro é uma importante contribuição para a atuação de educadores como agentes de promoção da saúde mental e prevenção de transtornos mentais.”

– *Guilherme V. Polanczyk, psiquiatra*