

Saúde Mental e Qualidade de Vida do Adolescente: Um Estudo Avaliativo

Mental Health and Life Quality of The Teenagers: A Evaluating Study

Salud Mental e Calidad de Vida del Adolescente: Um Studio Avaliativo

Ana Carlota Pinto Teixeira¹

Antonia Cristina Peluso de Azevedo²

Ana Rita da Fonseca³

Izabel Maria N. S. Máximo⁴

Rosana Pena

Centro UNISAL – Unidade Ensino - Lorena

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo verificar e comparar o nível de qualidade de vida e saúde mental entre 520 adolescentes de ambos os sexos, com idade de 12 anos a 17 anos de escolas públicas e particulares, de uma cidade do Estado de São Paulo, inserindo-se na área de estudos da saúde. Utilizou-se como instrumento o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG) e o Desenho da Figura Humana (DFH), analisados por alguns critérios de Machover (1949) e Hammer (1991) e expressos estatisticamente. Os resultados mostram um melhor desempenho dos estudantes de escola pública em relação à saúde geral, assim como a saúde mental da população feminina quando comparada com a masculina. A conclusão mais importante da pesquisa realizada é o fato de que, mesmo considerando as diferenças apontadas entre a escola pública e a particular, a instituição escola atua como uma variável positiva no controle e manutenção da saúde mental dos adolescentes escolarizados.

Palavras chave: adolescência, qualidade de vida, saúde mental

Abstract

The present work did have as objective to verify and to compare the level life quality and mental health among 520 teenagers of both the sexes, with 12 and 17 years old of the communal and particular schools of a São Paulo state city, that was insert in health study area. It has been utilized as instrument the General Health Questionnaire of Goldberg (QSG) and the Drawing of the Human Figure (DFH), analyzed for few of Machover (1949) and Hammer (1991) criterions and statistically express. The results showed a better performance of the students of communal school with respecting general health, as well as the mental health of feminine population when equated with the man. Despite pointed differences between communal and particular schools the more important conclusion of this research is the fact that institution school act like a positive variable on the control and maintenance of your students mental health.

Key words: adolescence, quality of life, mental health

Resumen

Este trabajo tuvo como objetivo verificar e comparar la calidad de vida y la salud mental entre 520 adolescentes de ambos sexos, de 12 años hasta 17 años de escuelas públicas y privadas de una ciudad del Estado de São Paulo, inserindo-se na área de la salud. Fue utilizado como instrumento el Questinario de Salud General de Goldberg (QSG) y el Dibujo da la Figura Humana (DFH), analizada por los critérios de Machover (1949) e Hammer (1991) e expressa estatisticamente. De los protocolos analizados por medio del QSG, veinte presentaron uma ligera alteración em por lo menos uno de los seis factores evaluados, y los que pertencen a las escuelas públicas. Los resultados mostraron um mejor desempeño de los estudiantes de escuelas públicas em relación com la salud general y la salud mental de las mujeres en comparación com los hombres. La conclusión mas importante de la pesquisa é o fato de que, mesmo considerando las diferencias apuntadas entre la escuela pública y particular, la institución escuela atua como uma variable positiva en el controle y manutención da la salud mental de los adolescentes escolarizados.

Palabras-clave: adolescência, la calidad de vida, la salud mental.

Introdução

Os conceitos saúde mental e qualidade de vida são fonte de reflexão em diferentes situações, sobretudo, naquelas que acompanham o processo de desenvolvimento humano, da infância à velhice. Percebe-se que a tentativa de enfocar separadamente

1 Endereço: R. Caetés, 1075, Cidade Industrial, Lorena, SP -

2 Endereço: R. Dr. Azevedo de Castro, 25 – Centro, Lorena, SP.

3 Endereço: Av. Aurora de Aquino Santos, 174, B. Santa Edwiges, Lorena, SP.

4 Endereço: Av. Ângelo Molinari, 431, Vila Geni, Lorena, SP

estes conceitos não é fácil, uma vez que, na literatura, quando os autores se referem a um deles, logo se menciona o outro, apresentando-os de forma correlacionadas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) postula que a etiologia da doença mental é biopsicossocial. Sendo esse conceito não mais entendido como ausência de doença e sim como um bem estar biológico, psicológico e social (COHEN e MARCOLINO, 1996). Nesse contexto, há uma estreita relação com o termo qualidade de vida, em que a condição de saúde mental dos indivíduos e o conjunto de ações para promovê-la e mantê-la são entendidos como algo complexo.

Segundo Bleger (1984), o trabalho no campo da saúde mental, a “psico-higiene”, significa, inevitavelmente, estar atuando nos problemas sociais e nas condições de vida dos seres humanos, sem cair no extremo de transformar a higiene mental em um movimento ideológico em si mesmo. Reforça que há necessidade de levar em consideração os diversos fatores em que o indivíduo está inserido, corroborando com a idéia da OMS quando aponta para a necessidade da promoção do bem estar biopsicossocial. É o desenvolvimento pleno dos indivíduos e da comunidade como um todo que deve ser considerado.

Para Fleck e col.(1999) a OMS define qualidade de vida como a percepção do indivíduo, a sua posição de vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação às suas metas, expectativas, padrões e interesses.

Complementando o posicionamento da OMS, Guimarães e Grubits (2000) observam que a qualidade de vida supõe também mudanças, condições e estilos de vida, necessidades humanas e de desenvolvimento social.

Matos (1996), ao falar de qualidade de vida, considera importante o campo da motivação humana, procurando compreender quais as necessidades do homem e o que ele aspira como realização na vida. A qualidade de vida está relacionada com a consciência individual e social e com o significado da vida para o homem. É o significado que ele atribui à própria vida que possibilita a mobilização da sua força transformadora, rumo à realização plena.

Para a Psicologia a saúde é entendida como a busca de reformulações sobre o modo pelo qual o ser humano deve relacionar-se consigo mesmo e com os outros, aproximando-se mais da sua subjetividade. Medeiros assinala:

“...quando elegemos determinado objeto, como, neste caso, a saúde, não o fazemos de qualquer lugar – nós o tomamos a partir daquele território no qual aprendemos a olhá-lo. A saúde, então, passa a ser uma realidade que opera determinados processos existenciais ao mesmo tempo em que só é possível a partir de determinadas operações, de certos campos do conhecimento, nos quais ocorrem

transportes, traduções, interpretações, isto é, formas de objetivação que, ao darem sentido a determinados fenômenos, produzem modos de nos relacionarmos conosco”. (MEDEIROS, 2005, p.264).

Nessa perspectiva, adolescência consiste no período da vida humana que sucede à infância e é caracterizada por mudanças corporais e psicológicas. É uma fase frequentemente associada a crises, riscos e problemas necessários para o amadurecimento, tanto físico como psicológico do adolescente.

Em nossa sociedade, durante a saída da infância, o adolescente atravessa processos de perda, característicos desta transformação. Tais perdas são essenciais à formação da identidade do sujeito e foram denominadas por Aberastury (1983) como processo de luto. A autora descreve três processos básicos de luto: o luto pelo corpo infantil, em que o adolescente precisa aceitar as mudanças biológicas que modificam sua aparência e geram conflitos. O segundo luto refere-se à quebra da dependência familiar, pois não pode mais manter sua relação de dependência infantil, como também não pode tornar-se totalmente independente. O último luto se refere à fantasia da perda da família ideal. Todas essas transformações são auxiliares na constituição de uma identidade própria e irão gerar sentimentos de angústia, medo e incerteza.

Para Nascimento (2007), os projetos de vida dos adolescentes estão assentados sobre o tripé família, educação e trabalho. Aponta a crise das instituições que deveriam proteger e educar o adolescente, num momento de vida tão delicado e chama atenção para a ausência de políticas públicas específicas para os adolescentes “normais”. As políticas públicas estão voltadas para o menor infrator ou em situações de risco e, mesmo assim, são de caráter repressivo. Soma-se a isso a permanência cada vez maior dos pais fora de casa, por terem que trabalhar. Assim, os adolescentes estão mais sozinhos; a escola não forma, não educa e não sabe o que fazer com o jovem.

Aberastury e Knobel, (1992) quando se referem aos momentos de desequilíbrio e instabilidade vivenciados pelos adolescentes, define-os como “entidade semipatológica” ou “síndrome normal da adolescência”, caracterizada pelos sintomas: busca de si mesmo e da identidade; tendência grupal; necessidade de intelectualizar e fantasiar; crises religiosas; deslocalização temporal; evolução sexual; atitude social reivindicatória com tendência anti ou associas de diversas intensidades; contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta; separação progressiva dos pais e constantes flutuações do humor e do estado de ânimo.

Segundo Resmini (apud BALLONE, 2001), os conflitos naturais que caracterizam esta etapa podem ser agravados se o adolescente estiver inserido numa família que também está em crise (separação dos pais, alcoolismo, violência doméstica, dificuldades econômicas, etc.), buscando o apoio de um grupo

de iguais, constituído por jovens problemáticos. Sem suporte da família e entre amigos que são fonte insuficiente de apoio, encontra um ambiente favorável para a depressão, droga, prostituição, enfim, para transtornos físicos, sociais, afetivo-emocionais, sexuais, econômicos, escolares.

GUTIERRA (2005) assinala que, na atualidade, educar o adolescente parece uma missão impossível, principalmente no contexto escolar, pois o panorama denuncia indisciplina, escolas depredadas e apatia. A sociedade atual, que valoriza fama e poder, contribui para o declínio da educação, que fica relegada a “segundo plano”. O que se prega é o “gozo absoluto”, sem limites, sem as leis paternas. As leis e tradições são mal vistas e desvalorizadas. O gozo passa a ter fim em si mesmo. Pode-se perceber isso nas relações que são banalizadas e pela violência nas suas mais diferentes facetas.

Sudbrack (2004) afirma que a adolescência é uma fase privilegiada na aquisição de hábitos de vida e representa um momento fundamental para que se interfira no sentido preventivo, visando à promoção da saúde em todo ciclo da vida.

Os problemas e questões referentes à adolescência são fontes de interesse e preocupação por parte dos professores e estagiários do curso de psicologia, comprometidos com uma prática profissional que visa à promoção da saúde no sentido amplo aqui proposto. O presente trabalho tem como objetivo verificar e comparar o nível de qualidade de vida e saúde mental entre adolescentes de ambos os sexos de escolas públicas e particulares.

Método

1 – Participantes

Participaram do estudo 520 adolescentes de ambos os sexos, com idade de 12 anos a 17 anos, alunos de sete Escolas Públicas e seis Escolas Particulares de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, totalizando 10% da população de cada escola pesquisada.

2 – Instrumentos

2.1 – QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL DE GOLDBERG

O questionário tem como objetivo avaliar a saúde mental das pessoas por meio de 6 (seis) fatores: stress psíquico, desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho, distúrbio do sono, distúrbios psicossomáticos e saúde geral. Consta de um caderno de aplicação que contém as instruções de 60 itens e folha de respostas. Deve ser autoaplicável e os índices devem expressar itens comportamentais, enfatizando a severidade de ausência de saúde mental. O participante deve se limitar a responder o que está sentindo no presente (PASQUALI & COL., 1996).

A aplicação foi coletiva, em uma sala de aula

cedida pela escola, monitorada por três pesquisadores e sem limite de tempo determinado. Quando o adolescente manifestava alguma incompreensão da questão a ser respondida, este levantava a mão e era assessorado, para uma melhor compreensão da questão, por um dos pesquisadores, a fim de que ele pudesse dar a resposta mais característica de sua experiência e não uma resposta qualquer. A avaliação das questões foi realizada de acordo com os critérios estabelecidos pelo manual.

2.2 – TÉCNICA DO DESENHO DA FIGURA HUMANA (DFH) segundo alguns critérios estabelecidos por Machover (1949) e Hammer (1991).

O material é composto de folhas de papel em branco, sem pauta, tamanho ofício, lápis nº 2 e borracha. A aplicação foi coletiva e sem limite de tempo determinado. Para a leitura das instruções, a folha de papel foi colocada na posição vertical em uma mesa diante do adolescente, e foi pedido para que ele desenhasse uma pessoa inteira. Quando o adolescente manifestava alguma insegurança em sua capacidade de desenhar foi utilizada a seguinte orientação: “não existe desenho feio ou bonito, certo ou errado, o desenho que está sendo pedido é o desenho que você consegue realizar”. Nesta pesquisa, solicitou-se apenas o desenho de uma figura humana. Os protocolos avaliados, neste trabalho, foram somente aqueles que apresentaram no QSG alguns indicadores de comprometimento.

Machover (1949) concede ao DFH um caráter projetivo, contribuindo, assim, como método de avaliação da personalidade. Para a autora, o DFH caracteriza experiências, identificações, projeções e introjeções, e está intimamente ligado ao “eu”, em todas as suas ramificações.

Hammer (1991) menciona que o DFH permite investigar o que costuma chamar de autoimagem e autoconceito, como também pode expressar a visão de si mesmo mais próxima da consciência e da relação que o indivíduo estabelece com o ambiente.

3 – Procedimento

Este trabalho, inicialmente, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté para aprovação.

Após aprovação (CEP/UNITAU nº 138/06), estabeleceu-se, num primeiro momento, contato com as instituições (escolas públicas e particulares) a fim de verificar a possibilidade desta pesquisa ser realizada. Nesse momento, procedeu-se à apresentação dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos a serem seguidos, bem como da carta de autorização e dos termos de consentimento livre e esclarecido a serem assinados pelos responsáveis pela instituição e pelos adolescentes. Termo este, que seria encaminhado pelas instituições de ensino.

Após a aprovação das instituições realizou-se, em cada uma delas, um levantamento do total de alunos

na faixa etária de 12 anos a 17 anos e uma escolha aleatória de 10% dessa população para a participação na pesquisa. A seguir, marcou-se a data para a realização da mesma.

O total de escolas públicas escolhidas para a participação, neste trabalho, procurou seguir o total de escolas particulares existentes na cidade a ser realizada a pesquisa. Apesar disso, uma escola particular se mostrou bastante resistente, deixando o pesquisador, responsável pelo contato, sob muitas horas de espera e sempre marcando horários que a própria escola não podia honrar, ora por um motivo, ora por outro, até que ficou inviável a coleta de dados nessa instituição; por isso, a participação de apenas seis escolas deste grupo. O processo de coleta de dados foi mais demorado nas instituições particulares, pois algumas demoraram muito para atender aos pesquisadores.

Os dois testes foram aplicados no mesmo dia pelos pesquisadores. Primeiramente foi aplicado o Questionário de Saúde Geral de Goldberg e, logo em seguida, o teste do Desenho da Figura Humana.

Análise e Discussão dos Resultados

Os resultados serão apresentados discutindo-se os dados apontados em cada uma das tabelas, comparando-se as diferenças entre as médias obtidas nas escolas públicas e particulares, sendo que as considerações reflexivas, a respeito dos dados obtidos, estão fundamentadas em constructo teórico psicanalítico.

Não se apresentarão e nem se farão reflexões aprofundadas sobre os resultados apontados pelo teste DFH, no que concerne à figura humana, visto que os dados encontrados não foram significativos para a análise objetivada por este trabalho, embora se façam pequenos comentários acerca do que foi visualizado na maioria dos vinte protocolos.

Com base nos resultados apontados na Tabela 1, Valores médios dos fatores analisados, há diferença entre as médias de saúde geral das escolas públicas e das escolas particulares, sendo que a saúde geral da escola pública é maior do que a da escola particular.

Com relação aos dados encontrados na Tabela 1, Resmini (apud BALLONE, 2001) afirma que os

conflitos de vida, tais como as dificuldades econômicas, ambiente sociocultural favorável, fracasso escolar, entre outros, podem agravar e abalar a saúde mental do adolescente. Embora essas variáveis encontrem-se mais presentes no contexto da escola pública, na realidade brasileira, os dados demonstram que a saúde geral na escola pública está melhor no sentido geral, demonstrado nos fatores nível de stress, desejo de morte, distúrbios de sono, distúrbios psicossomáticos, o que confirma a percepção de que o adolescente da escola pública apresenta maior capacidade de resiliência.

Contudo, os resultados apontados no Questionário de Saúde Geral, na escola pública, indicam que os adolescentes avaliam seu próprio desempenho de forma negativa, ou seja, apresentam uma autoestima baixa, ao mesmo tempo em que revelam uma capacidade de aceitação e acomodação, como se não acreditassem em si mesmos, ou de resignação frente à sua realidade.

Com relação aos adolescentes da escola particular, os dados assinalam prejuízo em todos os fatores avaliados pelo Teste de Saúde Geral, o que indica que, provavelmente, este adolescente enfrenta um nível de exigência maior e que, embora tenha um leque de opções, o nível de cobrança interna e a exigência a nível social levam a um prejuízo de sua saúde geral, bem como nos outros fatores.

Há uma avaliação melhor no fator desconfiança do próprio desempenho, o que poderia ser explicado pelo ideal do ego construído na relação com seus objetos de identificação social. Essa relação se torna frágil quando comparada a os outros fatores que avaliam sua saúde geral, ou seja, a boa avaliação pode ser entendida como uma defesa frente às angústias inerentes a esse momento da adolescência.

A Tabela 2, valores médios dos fatores por sexo na escola pública, indica que o nível de saúde mental da população masculina é maior do que a feminina na escola pública, embora essa diferença não seja significativa em relação à aquisição e manutenção da saúde mental do adolescente na amostra pesquisada.

Na comparação entre a população masculina e feminina, na escola pública, a população masculina apresenta saúde maior; isso talvez possa ser explicado pela cultura machista em que nos encontramos,

Tabela 1

Valores médios dos fatores analisados.

Escolas	Fatores					
	stress.p	Dm	Dpd	dsono	dpsicos	sg
Pública	1,75	1,42	2,25	1,53	1,55	1,67
Particular	1,95	1,45	1,91	1,61	1,67	1,79

Símbolos dos fatores: stress.p: stress psíquico; dm: desejo de morte; dpd: desconfiança no próprio desempenho; dsono: distúrbios do sono; dpsicos: distúrbios psicossomáticos; sg: saúde geral.

Tabela 2

Valores médios dos fatores por sexo na Escola Pública.

Sexo	Fatores					
	stress.p	dm	Dpd	dsono	dpsicos	Sg
Masculino	1,62	1,38	1,70	1,42	1,50	1,61
Feminino	1,85	1,45	2,72	1,62	1,60	1,72

na qual a menina é prematuramente chamada ao enfrentamento da realidade do que os adolescentes do sexo masculino. Estes têm a seu dispor não só a autorização para permanecerem infantis por mais tempo, como encontram todo um leque de esportes e lazer, permitidos culturalmente, protegendo-os da angústia frente à adolescência e aos conflitos inerentes a esta fase.

Com relação à Tabela 3, valores médios da saúde geral por idade, quando correlacionamos a idade com a saúde geral da população estudada, encontra-se uma forte correlação positiva entre essas duas variáveis, no contexto das escolas públicas, ou seja, a variável idade mantém correlação com o índice de saúde geral, quanto maior a idade, menor o nível de saúde geral.

Os dados encontrados corroboram o que já foi colocado por Fleck e col. (1999), de que a qualidade de vida do indivíduo depende da percepção que o mesmo vai estruturando de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, e isso depende do tempo e do acúmulo de experiências do sujeito. Na escola pública, no momento crítico da adolescência, há uma diminuição do nível de saúde geral. O que não é percebido na escola particular visto que essa população conta com a possibilidade de maior apoio da família e da escola no momento da crise.

A Tabela 4, Valores médios da renda salarial e saúde geral da escola pública e particular, mostra uma forte correlação positiva entre as médias por renda salarial e a saúde geral da amostra, no espaço da escola pública (tabela 4). Já na escola particular, observou-se uma fraca correlação positiva, ou seja, à medida que o nível salarial aumenta, o nível de saúde

geral diminui ligeiramente.

Os dados encontrados reforçam as visões de Bleger (1984) e Resmini (apud BALLONE, 2001), de que os problemas sociais e as condições de vida dos seres humanos são fatores cruciais para a saúde mental e a “psico-higiene” dos mesmos.

Em todos os níveis e aspectos que o teste avalia, os resultados demonstram que, quanto menor a renda salarial, maior a saúde para os adolescentes da escola pública e estes apresentam melhor nível de saúde dos que os da escola particular.

Dados complementares dessa correlação estudada também apontam para o fato de que a saúde geral dos adolescentes com renda até dois salários mínimos no contexto da escola particular, é maior que a média geral, por renda, na escola pública.

Na escola pública, o nível de renda salarial não implica no comprometimento em relação à saúde, o que ocorre de forma inversa na escola particular, pois quanto maior o nível salarial, maior o acesso a bens de consumo, maior a possibilidade de escolha, o que talvez possa contribuir para o prejuízo da saúde, uma vez que, para estes adolescentes, tudo já está “pronto”, eles parecem não precisar lutar por quase nada.

Aberastury e Knobel (1992) apontam a adolescência como uma fase associada a crises, riscos, questionamentos e angústias, o que, no entanto, são importantes na medida em que dessa crise nascerá um adulto com valores, com capacidade de escolher e assumir as conseqüências de seus desejos.

No contexto geral dos dados obtidos nesta pesquisa, observamos que os resultados não apontam para um prejuízo considerável na saúde geral do adolescente tanto da escola pública quanto da escola particular. Isso talvez possa reafirmar a discussão proposta por Gutierrez (2002) de que vivemos em uma sociedade atual que prega o “gozo absoluto”, sem limites, sem as leis paternas, onde o gozo passa a ser um fim em si mesmo. Uma cultura que banaliza a dor, a violência, o sofrimento. O não prejuízo da saúde geral, encontrado em nossa pesquisa, não apontaria para uma negação do sofrimento inerente a essa fase, ou para uma pseudo adaptação, prejudicial ao desenvolvimento de adultos conscientes, norteados por valores éticos, com capacidade crítica? Essa é uma resposta que ainda necessitamos buscar.

Portanto, embora o resultado não seja estatisticamente enfático, concordamos com Subrack (2004) quando pontua sobre a importância da

Tabela 3

Valores médios da saúde geral por idade.

Idade	Particular	Pública
	Sg	sg
12	1,85	1,57
13	1,66	1,62
14	1,80	1,60
15	1,90	1,68
16	1,94	1,72
17	1,67	1,69
Geral	1,79	1,67
Pearson	0,00102	0,89605

Tabela 4

Valores médios da renda salarial e saúde geral da Escola Pública e particular

<i>Faixa Salarial</i>	<i>Sg Pública</i>	<i>Sg Particular</i>
1 a 2	1,65	1,59
2 a 5	1,68	1,94
5 a 10	1,71	1,74
10 a 30	1,97	1,78
30 a 50		1,89
50 ou +		1,75
Pearson	0,988953	0,214159

prevenção e da promoção da saúde na adolescência, uma vez que é uma fase privilegiada, pois é a partir dela que os indivíduos poderão adquirir hábitos saudáveis ou não.

Após a análise estatística dos dados amostrais, por meio do QSG, foi realizada uma análise qualitativa dos desenhos dos sujeitos que, no QSG, demonstraram algum comprometimento em um dos seis fatores analisados (stress psíquico, desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e saúde geral).

Quanto ao Desenho da Figura Humana (DFH), utilizou-se da análise de Hammer (1991) e Machover (1949) para a interpretação de alguns aspectos.

Dos 520 protocolos analisados por meio do QSG, apenas 20 protocolos apresentaram comprometimento em pelo menos um dos 6 fatores analisados. Esses protocolos foram exclusivos das Escolas Públicas.

No que se refere aos aspectos gerais na produção dos desenhos, dos vinte protocolos analisados, 10% apresentou tamanho pequeno. Para Hammer (1991) ele está associado ao sentimento de inadequação e de inferioridade. Para Machover (1949), pode expressar um baixo nível de energia e um ego fragilizado. Já, em 35% dos protocolos, as figuras foram de tamanho grande. Tanto para Machover como para Hammer o tamanho grande está associado à agressividade como descarga motora ou ainda como tendência a direcioná-la ao meio ambiente.

Quanto ao item borradura e/ou sombreado são apontados pelos autores como expressão de ansiedade e estes itens estiveram presentes em 60% dos protocolos com comprometimento no QSG. Este indicador pode estar associado tanto às aspirações como às limitações intelectuais e ainda à dor ou outros sintomas somáticos.

Outro item que merece ser destacado, nesses desenhos, refere-se à omissão das mãos que apareceu em 30% dos desenhos apresentados. Nesse caso, para Hammer, o sujeito está expressando dificuldades de contato ou sentimento de culpa em função de atividades manipulatórias (masturbação). Estes resultados também coincidem com a observação de Machover que apresenta a omissão das mãos como dificuldade de adaptação social, sentimento de culpa e ansiedade.

Conclusão

Visualizando um panorama social dos últimos anos, vimos que várias mudanças pedagógicas, novas tecnologias aplicadas dentro da escola, a visão atual de saúde, a permanência do aluno por maior tempo, dentro da escola, são fatores que contribuíram para que a escola, apesar de suas falhas, seja ainda, um ponto de referência no cuidado do jovem.

Para Gutierrez (2002), a escola hoje enfrenta um grande desafio que é educar o adolescente, além de sua própria fragilidade, suas deficiências, o que, segundo o autor, leva a uma apatia geral. No entanto, os resultados apontam como a escola ainda tem um papel importante como fonte de estruturação e amparo ao jovem adolescente.

A pesquisa realizada reforça a visão acima, de modo a afirmar que a escola ainda permanece como elemento básico e fundamental na salvaguarda da saúde mental dos adolescentes e jovens que a frequentam. Acreditamos que a mesma pesquisa, se realizada com jovens não escolarizados, apontaria resultados bastante divergentes dos encontrados.

Embora a Psicologia não esteja presente dentro do currículo do ensino fundamental, e a presença de profissionais psicólogos, contratados para atuar nos espaços educativos, tenha uma baixa frequência, de forma indireta, ela contribui por meio das ciências afins, dos temas transversais que são discutidos no âmbito escolar, pela presença e contribuição dos serviços realizados pelos estagiários dos cursos de Psicologia e serviços de saúde municipais.

Sentimos que se faz necessária a realização de outras pesquisas para confirmar estes resultados ou que consigam capturar esse adolescente em sua crise ou em sua negação da crise.

Os resultados obtidos, nesta pesquisa, apontam a necessidade de informar e reforçar a importância da escola como aliada dos órgãos de defesa da criança e do adolescente, como coautora de um projeto político e social mais amplo que faculte à criança e ao jovem o desenvolvimento físico, mental, moral, social e espiritual, em condições de liberdade e dignidade.

Como nos aponta Freire (1981), a “educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda”. É necessário que os

dados provenientes de pesquisa desta natureza sejam amplamente divulgados no contexto das instituições educacionais, de modo que projetos e ações possam ser pensados, projetados e implantados tendo em vista uma educação mais comprometida com a saúde mental de nossas crianças e jovens.

Ao nos encontramos a favor da vida e não da morte, da equidade e não da injustiça, do direito e não do arbítrio, da saúde e não da doença, não temos outro caminho senão viver a nossa opção. É preciso enfrentar a realidade tal como se nos apresenta e estreitar a distância entre o que dizemos e o que fazemos. Essa é a nossa grande missão e também o nosso desafio.

Referências

- Aberastury, A. (1982). *Psicanálise da Criança*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Aberastury, A. e Knobel, M. (1992). *Adolescência Normal: um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Abuchaim, C. M.; Galvão, A. L. (2006). *Transtornos mentais na Adolescência*, disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?424>>. Acesso em 13 nov.2007.
- American Psychology Association. (2001). *Manual de Publicação*, 4ª edição. Porto Alegre, Artmed.
- Ballone, G. J. (2003). *Depressão na Adolescência* – in. *Psiquweb Psiquiatria Geral*, internet. <http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/adolesc2html>>revisto . Acessado em 23/04/2006.
- Bleger, J. (1984). *Psico-Higiene e Psicologia Institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cohen, C. e Marcolino, J. (1996). *Noções Históricas e Filosóficas do Conceito de Saúde Mental Crime e Justiça*. São Paulo: EDUSP.
- Fleck, J. e col. (1999). *Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOW01-100)*. Revista Brasileira de Psiquiatria, ano 7, vol.3, set-out. Guimarães, L. A e Grubits, S. (2000). *Série Saúde Mental e trabalho*. Vol.1. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gutierra, B. C. C. (2006). *Adolescência e Contemporaneidade: efeitos na educação*. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC000000082005000200035&script=sci_arttext. Acesso em 05 nov. 2007.
- Hammer, E. F. (1991). *Aplicações Clínicas dos Desenhos Projetivos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Machover, K. (1949). *Proyección de La personalidad em El dibujo de La figura humana*. Colômbia: Cultural.
- Nascimento, C.A.T. (2007). *Psicologia e Políticas Públicas – Experiências em Saúde. Promoção do Conselho regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, CRP/07 (148 p)*, Matos, F. G. de (1996). *Empresa Feliz*. São Paulo: Makon Books.
- Medeiros, P.F.; Bernardes, A. G.; Guareschi, N. M. F. (2005). *O Conceito de Saúde e suas Implicações nas Práticas Psicológicas*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Set-Dez, Vol.21 n.3, pp.263-269.
- Pasquali, L.; Gouveia, V. V.; Andriola, W. B. ; Miranda, F. J. e Ramos, A. L. M. (1996). *QSG Questionário de Saúde Geral de Goldberg*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pereira, S. M. (2007). *Depressão e Suicídio na Adolescência*. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/revista/cap4.4.html>. Acesso em: 13 nov.2008.
- Pinto, W. (2006). *As incertezas do projeto de vida dos adolescentes*. Disponível em: <http://www.ufpa.br/beiradorio/arquivo/beira15/noticias/noticias2.htm>. Acesso em: 13 mar 2008.
- Rappaport, C.R. (Coord.) (1984). *Temas Básicos de Psicologia: Testes Projetivos Gráficos no Diagnóstico Psicológico*. São Paulo: EPU. V.5.
- Sudbrack, M.F.O. (2004). *Debate; Adolescentes e drogas na escola*. <http://www.tvebrasil.com.br/SALTO/boletins2004/dad/meio.htm>. Acessado em 06/04/2006

Recebido: 30/08/2010

Última Revisão: 01/09/2011

Aceite Final: 15/09/2011

Sobre os autores

Ana Carlota Pinto Teixeira – Mestra na área de Psicologia da Saúde pela UMESP, Especialista em Psicologia Clínica pelo CRP/SP, Profa. e supervisora de Clínica Psicanalítica e Clínica Preventiva da UNISAL, Lorena, SP. Membro do grupo de pesquisa DHSM – CNPq. Telefone: (12) 31526468 E-mail: anacarlotapsi@yahoo.com.br

Antonia Cristina Peluso de Azevedo - Doutora em Psicologia da Educação pela PUCCAMP, Mestra. em Psicologia da Educação pela PUC-SP. Profa. e supervisora de Psicologia Escolar; Diagnóstico e Intervenção em Dificuldades Escolares da UNISAL – U. E. de Lorena e Universidade de Taubaté /SP. Coordenadora do serviço de Psicologia Aplicada, curso de Psicologia, Centro UNISAL – Lorena. Líder do grupo de pesquisa DHSM – CNPq. Telefone: (12) 3152-1718 E-mail: cristinapeluso@uol.com.br

Ana Rita da Fonseca – Mestra. Na área de Avaliação Psicológica pela Universidade São Francisco, Profa. e supervisora da UNISAL, Lorena, SP. Membro do grupo de pesquisa DHSM – CNPq. Telefone: (12) 31575405 E-mail: ar-fonseca@hotmail.com

Izabel Maria N. S. Máximo – Mestra. Na área de Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Bernardo do Campo. Profa. De Pós-Graduação do UNISAL, Lorena, SP. Coordenadora e professora do curso de Psicologia da UBM – Barra Mansa (RJ). Membro do grupo de pesquisa DHSM – CNPq. Telefone: (12) 31534271 E-mail: belmaximo@hotmail.com

Rosana Pena - Mestra em Psicologia Clínica pela PUC – SP. Coodenadora e profa. -supervisora da UNISAL, Lorena, SP, curso de Psicologia. Membro do grupo de pesquisa DHSM – CNPq. E-mail: rosanapena1@hotmail.com