

DEPRESSÃO, SUICÍDIO E HABILIDADES SOCIAIS NO ENSINO MÉDIO NAS ESCOLAS DE CORUMBÁ E LADÁRIO – MS.

*Débora Sodré Gonçalves Carneiro**

*Cláudia Araújo de Lima***

RESUMO: A grande incidência de adolescentes com depressão, ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio em todo o mundo vem se apresentando como uma das principais causas de doença e incapacidade. Múltiplos fatores determinam a saúde mental de um estudante. O objetivo desse artigo é descrever os indicadores de depressão, suicídio e habilidades sociais em estudantes do ensino médio no ambiente escolar. O estudo de caso investigou indicadores sobre a depressão, relacionados a habilidades sociais e ideação suicida no contexto escolar. Foi desenvolvido com base na pesquisa social e o tipo de abordagem é fenomenológico, trata-se de uma pesquisa que emprega técnicas quantitativa, qualitativa e descritiva por meio da pesquisa de campo, realizada no ambiente escolar. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário socioacadêmico e dois testes psicológicos. Diante dos resultados da pesquisa percebeu-se que 60% da amostra apresentou algum indicador de depressão. Então, foi identificada que quanto menor a frequência dos comportamentos, maior é a dificuldade e menos elaborado é o repertório de habilidades sociais dos adolescentes. Portanto, o ambiente escolar pode ser mais um local para desenvolver as habilidades sociais do estudante e trabalhar com programas de prevenção a depressão e suicídio.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescência, Depressão, Habilidades Sociais, Escola.

DEPRESSION, SUICIDE AND SOCIAL SKILLS IN HIGH SCHOOL IN SCHOOLS IN CORUMBÁ AND LADÁRIO – MS.

ABSTRACT: The high incidence of adolescents with depression, suicidal ideation, suicide attempt and suicide worldwide has been presented as one of the main causes of illness and disability. Multiple factors determine a student's mental health. The aim of this article is to describe indicators of depression, suicide and social skills in high school students in the school environment. The case study investigated indicators about depression, related to social skills and suicidal ideation in the school context. It was developed based on social research and the type of approach is phenomenological, it is a research that uses quantitative, qualitative and descriptive techniques through field research, carried out in the school environment. Data collection was performed using a socio-academic questionnaire and two psychological tests. In view of the survey results, it was noticed that 60% of the sample showed some indicator of depression. So, it was identified that the lower the frequency of behaviors, the greater the difficulty and the less elaborated is the repertoire of social skills of adolescents. Therefore, the school environment can be another place to develop student social skills and work with depression and suicide prevention programs.

KEYWORDS: Adolescence, Depression, Social Skills, School.

* Psicóloga. Pós-Graduada em Gestão de Saúde. Mestre do Programa em Pós-Graduação em Educação – Área de Concentração: Educação Social, pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Políticas Públicas, Direitos Humanos, Gênero, Vulnerabilidades e Violências – NEPI/ Pantanal. Tem experiência na área de Psicologia Social, Clínica, Educacional e Avaliação Psicológica. E-mail: deborasodreg@yahoo.com.br / Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8598-3266>

** Pedagoga. Especialista em Processos Educacionais na Saúde com ênfase em Tecnologias. Mestre e Doutora em Saúde Pública. Professora da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus do Pantanal - Programa de Pós-Graduação em Educação – Área de Concentração: Educação Social. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Políticas Públicas, Direitos Humanos, Gênero, Vulnerabilidades e Violências – NEPI/ Pantanal. Atua nas áreas de Educação e Direitos Humanos, Educação Social, Educação em Espaços não Escolares, Educação Étnico-racial, Gênero e Diversidade, Violência e Saúde. E-mail: claudia.araujo@ufms.br claudia.araujolima@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0712-9101>

INTRODUÇÃO

A fase da adolescência é marcada por transformações a nível físico, cognitivo, psíquico e social, por isso ela também pode ser considerada uma construção social. Revela ser um período caracterizada por ambivalência nos seus sentimentos e na forma de enxergar o mundo. Esse jovem busca a sua individualidade em relação aos seus pares através das relações com sua família, na sua relação com grupos de amigos, na comunidade que está inserido e na formação das suas habilidades sociais.

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

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

O termo HS segundo Del Prette e Del Prette (2002), são diferentes classes de comportamentos sociais no repertório do indivíduo para lidar com as demandas das situações interpessoais. De acordo com Campos, Del Prette e Del Prette (2014), foram identificadas através de pesquisas seis habilidades sociais para a população adolescente no Brasil que são: empatia, autocontrole, civilidade, assertividade, abordagem afetiva e desenvoltura social.

Em relação a comunidade escolar essas habilidades sociais são extremamente importantes porque a aprendizagem não apenas ocorre com o conteúdo das interações e sim com as próprias interações (CORREIA *et al*, 2009). Conforme Papalia e Feldman (2012), a experiência escolar constitui uma parte central de organização na vida da maioria dos adolescentes. Através dessa experiência proporciona ao adolescente obter informações, aprender e aperfeiçoar habilidades, participar de atividades esportivas, artísticas e outras. Sendo capaz de ampliar seus horizontes intelectual e social.

Durante adolescência múltiplos fatores determinam a saúde mental de um estudante. Os transtornos emocionais geralmente surgem durante a adolescência. A grande incidência de adolescentes com sintomas de depressão em todo o mundo vem se apresentando como uma das principais causas de doença e incapacidade. O suicídio é a terceira principal causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos (OPAS, 2018a).

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

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

A manifestação da depressão na adolescência geralmente apresenta sintomas semelhantes aos dos adultos, mas com características que são típicas do transtorno depressivo nesta fase da vida. Adolescentes deprimidos não estão sempre tristes, apresentam-se principalmente irritáveis e instáveis, podendo ocorrer crises de explosão e raiva em seu comportamento. Os sintomas de depressão em adolescentes são: irritabilidade, instabilidade, humor deprimido, perda de energia, desmotivação e desinteresse, retardo psicomotor, sentimentos de desesperança e/ou culpa, alteração do sono, isolamento, dificuldade de

concentração, prejuízo no desempenho escolar, baixa autoestima, ideias e tentativas de suicídio e problemas graves de comportamento (BAHLS, 2002).

Um episódio depressivo pode ser categorizado como leve, com a presença de sintomas leves e pequenas dificuldades em realizar um trabalho simples, atividades sociais como na escola ou em casa e nos episódios considerados moderado ou grave é improvável que a pessoa afetada possa continuar com atividades sociais, na escola, de trabalho ou domésticas a depender da intensidade dos sintomas (OPAS, 2018 b). Os sintomas da depressão podem implicar sérias dificuldades na vida dos adolescentes como privações sociais e o isolamento pode até mesmo levar a morte.

O suicídio é todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado (DURKHEIM, 2000, p. 14). Segundo uma revisão de literatura sobre suicídio, os problemas relacionados à escola como o bullying, o abandono escolar, as crises disciplinares e a dificuldade de interação social são fatores escolares que podem levar o adolescente a comportamentos de risco. Qualquer mudança súbita ou dramática que afete o desempenho, a capacidade de prestar atenção ou o comportamento de crianças ou adolescentes deve ser levado a sério no ambiente escolar (SOUZA *et al*, 2017).

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

O comportamento suicida significa uma variedade de comportamentos que incluem pensar em suicídio ou ideação suicida, planejar suicídio, tentar suicídio e cometer suicídio em si (ABP, 2014). O número de tentativa de suicídio e de suicídio entre os adolescentes tem crescido ao longo dos últimos anos. A escola é um dos principais lugares de socialização dos adolescentes, onde vive grande parte das suas vidas, falar sobre suicídio e outros potenciais desencadeadores são importantes, porque 90% dos casos de suicídios podem ser evitados através de ações de prevenção. O tema geralmente é pouco discutido no meio escolar e é importante envolver os pais e colaborar com outros serviços de saúde e a escola são processos de prevenções eficazes (OMS, 2006).

O aumento da percepção e a disseminação de informações apropriadas são elementos essenciais para os programas de prevenção do suicídio. No ano 2000 foi lançado Prevenção de Suicídio: Manual para Professores e Educadores, com objetivo de descrever brevemente a dimensão do problema em jovens, mostra os fatores mais importantes de proteção e risco por trás dos comportamentos. Ensina como identificar, lidar com indivíduos em risco, também como agir em tentativas de suicídio ou suicídio em si quando ocorre no meio escolar (OMS, 2000).

Outra forma de prevenção importante é o Programa de Saúde na Escola está no âmbito da promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos. Esse programa tem uma preocupação em superar o entendimento que a saúde mental se relaciona com o diagnóstico e tratamento de doenças mentais e problemas de comportamento. O programa é realizado por diferentes setores ligado as políticas públicas para garantir os direitos de crianças, adolescentes e jovens como escolas, equipes de Atenção Básica em Saúde, Centro de Referência de Assistência Social, Conselho Tutelar, equipes de saúde mental, entre outros (BRASIL, 2015).

Em vista disso, quando se pensa na fase da adolescência relacionado a depressão, suicídio e as habilidades sociais no ambiente escolar, pode se tentar compreender os fatores de proteção ou de risco para esses estudantes. Logo, o ambiente escolar pode ser um local de prevenção e de identificação de indicadores de depressão, suicídio e de possíveis déficits em habilidades sociais?

Este artigo teve como objetivo descrever os indicadores de depressão, suicídio e as habilidades sociais em estudantes do ensino médio no ambiente escolar dos municípios de Corumbá e Ladário – MS. Nesse estudo não foi trabalhado o diagnóstico de depressão e sim, os sintomas que irão representar os indicadores de depressão. O indicador é uma ferramenta de medição de ordem quantitativa ou qualitativa

utilizada para organizar e captar informações relevantes dos elementos de observação (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALES, 2009).

MÉTODO

O estudo foi desenvolvido com base na pesquisa social, que é um processo que utiliza a metodologia científica para a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social. É um estudo de caso, que busca investigar explicações sobre a depressão e elementos que possam lhe marcar como habilidades sociais e suicídio no contexto escolar (LAVILLE; DIONNE, 1999). O tipo de abordagem é fenomenológico, trata-se de uma pesquisa que emprega técnicas quantitativa, qualitativa, descritiva por meio de pesquisa de campo, realizada no ambiente escolar. As técnicas de coleta de dados foram através do questionário socioacadêmico e dois testes psicológicos. Os testes são instrumentos que têm a finalidade de obter dados que permitam medir rendimento, a competência, a capacidade e a conduta dos indivíduos (MARTINS E THEOPHILO, 2009).

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

O local da pesquisa foram os municípios de Corumbá e Ladário localizados na região pantaneira do Estado Mato Grosso do Sul. Neste estudo foi escolhida a amostragem não probabilística, composta por estudantes do ensino médio com idades entre 15 a 17 anos aplicados de forma coletiva em sala de aula, sendo a participação voluntária e anônima. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os pais dos alunos e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para os adolescentes que participaram da pesquisa.

A quantidade da amostra selecionada para as entrevistas foram: 20 estudantes do ensino médio (12 de Corumbá e 8 de Ladário) com idade entre 15 a 17 anos. Em relação a escolaridade da amostra total foram $n=7$ (35%) do 1º ano do ensino médio; $n=10$ (50%) do 2º ano do ensino médio e $n=3$ (15%) do 3º ano do ensino médio. Na escola Corumbá não houve participantes do 3º ano, a amostra ficou concentrada apenas 1º e 2º ano. Em relação a idade foram 13 adolescentes do sexo feminino que corresponde 65% da amostra total e sete do sexo masculino que corresponde 35% da amostra total. A média da idade foi 16,15.

O critério de inclusão para os adolescentes foram: ter a idade de 15 a 17 anos, a idade foi delimitada devido aos instrumentos psicológicos que foram utilizados, ter autorização dos pais, esta devidamente matriculada na escola da pesquisa no ensino médio. Critérios de exclusão foram: ser maior de 18 anos, ou ter a idade menor que 15 anos, não esta matriculada no ensino médio, não ter recebido autorização dos pais para pesquisa. A escolha dos alunos foi realizada em ambas a escolas pela coordenação de forma aleatória.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul CAEE com parecer favorável. Foi realizada a escolha de duas escolas públicas estaduais, uma da cidade de Corumbá e outra da cidade de Ladário no Estado de Mato Grosso do Sul de forma aleatória. Esse artigo é parte da dissertação de mestrado, que trata do tema Indicadores de depressão em adolescentes na rede pública de ensino dos municípios de Corumbá e Ladário – MS.

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

RESULTADO

A apuração dos resultados do IHSA foi realizada através da correção informatizada, por meio do sistema online da Pearson que fornece os resultados com as interpretações (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2015). O escore total permite uma primeira avaliação da existência de recursos e déficits em

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

Na tabela 1 foram realizados cruzamentos do escore total de frequência com o escore total de dificuldade. O escore de frequência das habilidades sociais são as emissões dos comportamentos sociais e o escore de dificuldade são os indicadores de ansiedade ou dificuldade (baixo, médio e alto custo de resposta) na emissão dos comportamentos sociais avaliados. Os resultados de acordo com a amostra da pesquisa em relação ao escore total de frequência das HS foram abaixo da média inferior, bom e altamente elaborado.

No escore de frequência abaixo da média inferior, as habilidades sociais representou 60% da amostra total, sendo que 25% do escore dessa amostra tiveram um baixo custo de resposta na emissão das HS; 16,7% obtiveram médio custo de resposta; e 58,3% obteve um alto custo para emitir as respostas ou ansiedade na emissão das habilidades. Foi identificado, quanto menor a frequência dos comportamentos, maior é a dificuldade e menos elaborado é o repertório de habilidades sociais do respondente.

No escore de frequência bom, as habilidades sociais representaram 30% da amostra total, sendo que 33,3% do escore de frequência das habilidades sociais tiveram baixo custo de resposta, ou seja, esses adolescentes podem apresentar um equilíbrio nos recursos comportamentais; 33,3% indicaram médio custo para emissão da resposta; e 33,3% evidenciaram um alto custo, ou seja, poderão apresentar dificuldade para emissão de determinados comportamentos.

No escore de frequência altamente elaborado, as habilidades sociais representaram 10% da amostra total, sendo que 100% dessa amostra obteve baixo custo de resposta.

Na apuração dos dados do teste BDI-II – Inventário de Depressão de Beck, de acordo com Gorenstein *et al* (2011), a correção é realizada mediante a soma dos pontos das avaliações para os 21 itens. Cada item é avaliado segundo uma escala de quatro pontos que varia de 0 a 3. O ponto de corte considerado do teste é: pontuação total de 0 a 13 a intensidade de sintomatologia depressiva é considerada mínimo; de 14 a 19 a intensidade leve; de 20 a 28 intensidade moderado; e de 29 a 63 a intensidade é considerada grave.

Dos 20 participantes da pesquisa 30% apresentaram resultado mínimo de indícios de depressão; 10% a intensidade leve; 15% indícios como moderado; e por último 45% os indícios de depressão foram considerados como grave. De acordo com o gráfico 1, percebe-se que 60% apresentou algum indício de depressão considerada moderada e grave.

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

No gráfico 3 foi realizado o cruzamento dos resultados do BDI-II mínimo, leve, moderado e grave com o resultado do escore total da frequência do IHSA, abaixo da média inferior, bom e altamente elaborado. O resultado mínimo no BDI-II, 50% dos adolescentes obteve resultado no escore total do IHSA abaixo da média inferior e 50% nos escores bom e altamente elaborado, para os resultados na média ou acima da média revela ter recursos interpessoais satisfatórios nas habilidades sociais.

De acordo com a tabela 2 com o cruzamento do BDI-II com indicador mínimo com as subescalas do IHSA, os resultados referentes à empatia, autocontrole, civilidade e abordagem afetiva foram de 50% obteve abaixo da média inferior e 50% foram considerados bom e altamente elaborado. Na subescala de desenvoltura social obtiveram 33% abaixo da média inferior e 66,6% bom e altamente elaborado e na subescala assertividade os resultados foram 83,3% abaixo da média inferior e bom 16,7%.

A tabela 3, mostra que o cruzamento do BDI-II com resultado leve teve 100% de resposta para os escores de frequência bom, e altamente elaborado com 50% de baixo custo e 50% de alto custo de

resposta com as subescalas do IHSa. A frequência das subescalas como empatia, civilidade, assertividade e desenvoltura social apresentaram de bom à altamente elaborado e a subescala autocontrole e abordagem afetiva apenas 50% ficaram abaixo da média ou média inferior em relação à frequência desses comportamentos sociais.

Na tabela 4 foi realizado o cruzamento dos testes BDI-II com resultado moderado e IHSa subescalas, onde 100% da amostra apresentou habilidades sociais abaixo da média inferior.

No cruzamento da tabela 5, nas subescalas como empatia, autocontrole, civilidade e desenvoltura social tiveram 66,7% abaixo da média inferior ou médio inferior, 33,3% tiveram resultado entre bom e altamente elaborado.

DISCUSSÃO

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

Conforme a tabela 1, quando o resultado foi abaixo da média inferior, 75% dessa amostra apresentam dificuldade nas habilidades sociais, com médio e alto custo para emitir a resposta. Ao relacionar com as habilidades acadêmicas esses adolescentes podem ter dificuldade em seguir regras ou instruções orais, observar, prestar atenção, aguardar a vez de falar, fazer ou responder perguntas. No resultado considerado bom, a soma dos escores de frequência de dificuldade médio e alto custo foram identificados um total de 66,6% da amostra que reflete ter dificuldade para emissão das respostas. Mesmo sendo considerado um bom repertório de habilidades sociais com os resultados dentro da média esperada para maior parte dos itens ou subescalas, os mesmos apresentam um médio e alto custo de resposta ou ansiedade na emissão das habilidades (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2015).

Nas situações em que o resultado foi considerado altamente elaborado, indica que quanto mais elaborado é o repertório de habilidades sociais, menor são os escores de dificuldade para esses adolescentes. Quando relacionado com o ambiente escolar esses comportamentos podem ser identificados nos adolescentes como o de oferecer, solicitar e agradecer ajuda, buscar aprovação por desempenho realizado, elogiar e agradecer elogios, reconhecer a qualidade do desempenho do outro, atender pedidos, cooperar e participar das discussões em sala de aula. Esses adolescentes apresentam ter um bom desempenho nesses comportamentos sociais com a capacidade de organizar pensamentos, sentimentos, ações de acordo com os seus objetivos no meio em que estão inseridos (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2015).

De acordo com o gráfico 1 de indicadores de depressão, a intensidade da sintomatologia considerada moderada ou grave corresponde a 60% da amostra analisada. De acordo com Ribeiro *et al* (2012), em pesquisa com adolescentes associou a depressão a sentimentos de tristeza, desânimo e ideias suicidas, pessoas sem iniciativa e que não fazem planos para o futuro. Esses adolescentes podem também apresentar comportamentos de isolamento, agressividade, dificuldade de lidar com os amigos e pares amorosos. Nas relações sociais desses adolescentes quanto menor apresentar intimidade com os seus pares, sua família e participação em atividades sociais, maior será a depressão sentida por ele, por não ter a base para o seu bem-estar que é o suporte social (CLAUDINO *et al*, 2016). Nas situações de depressão consideradas moderadas ou graves é necessário verificar se esse adolescente apresenta ideias de morte ou ideação suicida.

Ao cruzar os dados dos índices de depressão com o item cognições suicida conforme gráfico 2 foram identificadas desta forma: para os participantes que tiveram o índice mínimo, 66,7% não tem intenção de se matar, 33,3% tem pensamento de se matar, mas não levaria isso adiante; no índice leve, 100% não tiveram intenção de se matar; no índice moderado, 33,3% não tem intenção de se matar, 66,7% tem pensamento de se matar, mas não levaria isso adiante; e por último os índices tiveram resultado grave, 22,2% não tem intenção de se matar, 33,3% tem pensamento de se matar, mas não levaria isso

adiante, 44,4% gostaria de se matar. Ou seja, 77,7% apresentaram indicadores de depressão moderado e grave da amostra pensa ou deseja se matar.

Segundo Bahls (2002), a depressão maior em adolescentes é considerada comum, debilitante e recorrente, envolve um alto grau de morbidade e mortalidade considerando um risco para a saúde pública. Em concordância com Moreira e Bastos (2015), a ideação suicida associada à depressão em adolescentes pode ser prevenida através de tratamento. A ideação suicida até a tentativa ou mesmo o ato do suicídio é um problema real para a escola. Os sinais que os adolescentes trazem através dos seus comportamentos são considerados indicadores de que algo não está bem e muitas vezes esses sinais podem ser considerados como um pedido de ajuda.

No gráfico 3 no cruzamento da relação entre BDI-II e escore total frequência, os casos de resultado leve no BDI-II tiveram 100% de resposta para os escores de frequência bom e altamente elaborado tendo um bom recurso de habilidades sociais, ou seja, os adolescentes que apresentaram indícios leves de depressão, também apresentam um repertório comportamental considerado bom e ou altamente elaborado. Nas situações em que o resultado foi moderado, a frequência foi de 100% abaixo da média inferior no IHSA, aponta um déficit nas habilidades sociais.

Nos dados que indicou resultado grave no BDI-II, 66,7% na frequência abaixo da média inferior, denota dificuldades para emissão dos comportamentos sociais e 33,3% considerado bom no escore total de frequência dispõe de recursos para emissão de algumas subescalas nas suas relações interpessoais. O desenvolvimento interpessoal é uma importante habilidade social para os (as) adolescentes, pois é visto como a capacidade para estabelecer e manter interações sociais adequada diante de diferentes situações e demandas que venha ocorrer na vida deles como no contexto escolar.

Conforme os resultados da tabela 2 no cruzamento do teste BDI-II com indicador mínimo e as subescalas do IHSA os resultados referentes a empatia, autocontrole, civilidade e abordagem afetiva 50% tiveram o resultado abaixo da média inferior e 50% foram considerados bom e altamente elaborado. Na subescala desenvoltura social obtiveram 33% abaixo da média inferior e 66% bom e altamente elaborado e na subescala assertividade 83,3% obteve o resultado abaixo da média inferior e bom apenas 16,7%. A subescala assertividade foi a que apresentou um percentual maior em comparação com as outras em relação à baixa frequência desse comportamento. O adolescente menos assertivo tem dificuldade para se comunicar, expressar suas ideias, defender seus direitos e pode apresentar um comportamento mais agressivo e desrespeitoso. De acordo com Teixeira *et al* (2013), a assertividade tem sido apontada com uma das mais importantes das classes das habilidades sociais, pois ela auxilia o indivíduo na resolução de inúmeras situações que podem ser consideradas aversivas nas mais diversas interações sociais.

Os adolescentes que apresentaram indicadores de depressão leve de acordo com a tabela 3 dispõem de recursos satisfatórios de habilidades sociais, ou seja, eles indicam ter mais segurança nas suas relações interpessoais e geralmente estão mais aptos a enfrentar com segurança as tarefas e desafios que poderão surgir na fase adulta. Segundo Cória-Sabini (1998), a segurança que eles adquirem nessa etapa é importante para a expansão dos objetivos de vida e das interações sociais e para manutenção da sua autoestima.

Nas situações em que esse comportamento teve médio e alto custo de resposta, essas habilidades sociais podem ser trabalhadas para diminuir a ansiedade na emissão das suas respostas nas suas interações sociais. De acordo com Campos *et al* (2014), quanto mais elaborado o repertório comportamental dos adolescentes, indica que maior será o fator de proteção para um desenvolvimento saudável e com a menor chance de apresentar indicadores de depressão e risco de suicídio.

De acordo com a tabela 4 no cruzamento do teste BDI-II moderado com as subescalas do IHSA, 100% da amostra apresentou as habilidades sociais abaixo da média inferior em todas as subescalas, ou seja, na subescala empatia pode refletir dificuldade de compreender, sentir, perceber e conseguir se colocar no lugar do outro. De acordo com Sampaio *et al* (2009), essa subescala influencia nos processos de tomada de decisão, principalmente quando esta se refere às questões ligadas ao cuidado, o respeito e a moralidade. Os adolescentes podem apresentar dificuldade em identificar sentimentos e expressar compreensão em relação ao outro.

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

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

Conforme a tabela 5 no cruzamento do teste BDI-II grave com as subescalas do IHSA, os déficits nessas subescalas denotam a dificuldade do adolescente em compartilhar suas emoções, perceber as dos outros, reagir com calma a situações consideradas aversivas, fazer pequenas gentilezas e se expor socialmente, por exemplo, em apresentação de trabalhos na escola.

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

O adolescente com depressão tem um impacto significativo no seu desempenho escolar, os mesmos podem apresentar instabilidade emocional, insegurança, crises de raiva, dentre outros. As mudanças que ocorrem no comportamento dos mesmos podem vir a modificar a forma que o indivíduo percebe o mundo e sente a realidade (ARGIMON et al, 2013). A depressão nas situações mais grave junto com a ideação suicida, aumenta a probabilidade do indivíduo acreditar que a única solução para o seu sofrimento é o suicídio. Conforme Oliveira *et al* (2017), o comportamento suicida do adolescente retrata um pedido de ajuda frente a um sofrimento intenso, uma dor psicológica insuportável.

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados desta pesquisa percebe-se as dificuldades para esses adolescentes com relação às habilidades sociais, 60% da amostra apresentou algum indicio de depressão considerada moderada e grave, esses adolescentes podem apresentar instabilidade emocional, irritabilidade, falta de concentração, baixo rendimento escolar, isolamento e nos casos mais graves podem vir a ocorrer risco de suicídio. Foram observadas que quanto menor a frequência dos comportamentos, maior é a dificuldade e menos elaborado é o repertório de habilidades sociais do adolescente e quanto mais elaborado as habilidades sociais dos adolescentes, maior será o fator de proteção para um desenvolvimento saudável.

A dificuldade para emitir comportamentos sociais nas relações interpessoais no ambiente escolar, podem colaborar para o afastamento dos seus pares, aumento da ansiedade para expressar suas emoções e perceber as dos outros, se expor em público como nas situações de trabalho em grupo na sala de aula, reagir com calma as situações aversivas, buscar ajuda nas situações que tenha seus direitos violados, dentre outros. Quando essas dificuldades relatadas acima vêm com o diagnóstico de depressão e/ou tentativa

de suicídio esses comportamentos tende a aumentar o sofrimento psíquico desses jovens e a falta de tratamento os coloca em situações que podem ser considerados de risco que influenciam diretamente no ambiente escolar que os mesmos estão inseridos.

Em vista disso, pode ser utilizado como ferramenta da escola o treinamento de habilidades sociais educativas que é um excelente instrumento para desenvolver comportamentos sociais voltados para o desenvolvimento socioemocional e a aprendizagem no ambiente escolar. Essa prevenção pode ser realizada através do profissional de psicologia com o desenvolvimento de programas para qualificar os professores e todos os outros funcionários da escola.

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

Frente a isso, é necessário a realização de programas de prevenção à depressão e o suicídio nas escolas com o propósito de conscientizar e diminuir os estigmas que envolvem os temas, para que assim possa identificar os estudantes que apresenta algum comportamento considerado de risco e garantir o apoio e cuidado para esses adolescentes.

É importante que esses profissionais tenham um olhar diferenciado para os comportamentos antes vistos apenas como “naturais” para a fase da adolescência e sim como algo que causa um sofrimento muito grande naquele sujeito. Estabelecer um contato de qualidade é essencial, respeitando a fala e o tempo desse adolescente sem estabelecer julgamentos prévios e realizar o atendimento num local onde garanta a privacidade do adolescente.

Outro fator imprescindível é a presença do psicólogo e assistente social no contexto escolar conforme a Lei 13.935/19 para que possa dar suporte não apenas para os alunos, mas também aos profissionais da educação que constantemente se depara com novas situações sociais que refletem diretamente na escola.

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

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

REFERÊNCIAS

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

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

- BRASIL. MS – Ministério da Saúde; ME – Ministério da Educação. **Caderno do Gestor do PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 68. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf. Acesso em: 12 de Agosto de 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção**. (2019) Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/depressao>. Acesso em: 12 de Março de 2019.
- CABALLO, V. E. **Manual de Avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais**. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2003, p. 405.
- CAMPOS, J. R.; DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Depressão na Adolescência: habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco/proteção** Estudos e Pesquisas em Psicologia, v.4, n.2, p. 408-428, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451844508003>. Acesso em: 20 de Março de 2019.
- CFP- Conselho Federal de Psicologia. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia** / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>. Acesso em 14 de Julho de 2019.
- CORIA-SABINI, A. M. **Psicologia do Desenvolvimento**. Ed. Ática, 2 ed., 1998, p. 167.
- CORREIA, M. (org). **Psicologia e Escola: Um parceria necessária**. Ed. Alínea, 2 ed. 2009, p. 145.
- CLAUDINO, J; CORDEIRO, R. ARRIAGA, M. **Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos**. Um estudo realizado junto de adolescentes pré-universitários. Revista Millenium, Educação, Ciência e Tecnologia, Porto Alegre, n. 32, p. 11, Fev. 2006. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8402>. Acesso em: 01 de junho de 2019. Cória-Sabini (1998)
- DEL PRETTE, Z. A. P. & DEL PRETTE, A. **Psicologia das Habilidades Sociais: Terapia e Educação**. Petrópolis: Vozes, Ed. 3. 2002, p. 210.
- DEL PRETTE, Z. A. P. & DEL PRETTE, A. **Relações interpessoais e habilidades sociais na educação**. (2006). Texto online disponibilizado em dezembro de 2006 em: <http://www.rihs.ufscar.br>. Acesso em : 13/01/2020.
- DEL PRETTE, Z. A. P. & DEL PRETTE, A. **Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo**. Petrópolis: Vozes, Ed. 7. 2008, p.231.
- DEL PRETTE, Z. A. P. & DEL PRETTE, A. **Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA-Del Prette): Manual de aplicação e apuração e aplicação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015, p. 74.
- DURKHEIM, E. **O Suicídio: Estudo de Sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000, p. 515.
- FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. **Uma experiência de desenvolvimento metodológico para avaliação de programas: o modelo lógico do programa segundo tempo**. In: UCHOA, Carlos Eduardo. **Elaboração de indicadores de desempenho institucional**. Brasília: ENAP/DDG, 2013, p. 36.
- GORENSTEIN, C; PANG, W.Y; ARGIMON, I.I; WERLANG, B. S. G. **Manual Inventário de Depressão de Beck-II**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011, p. 156.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

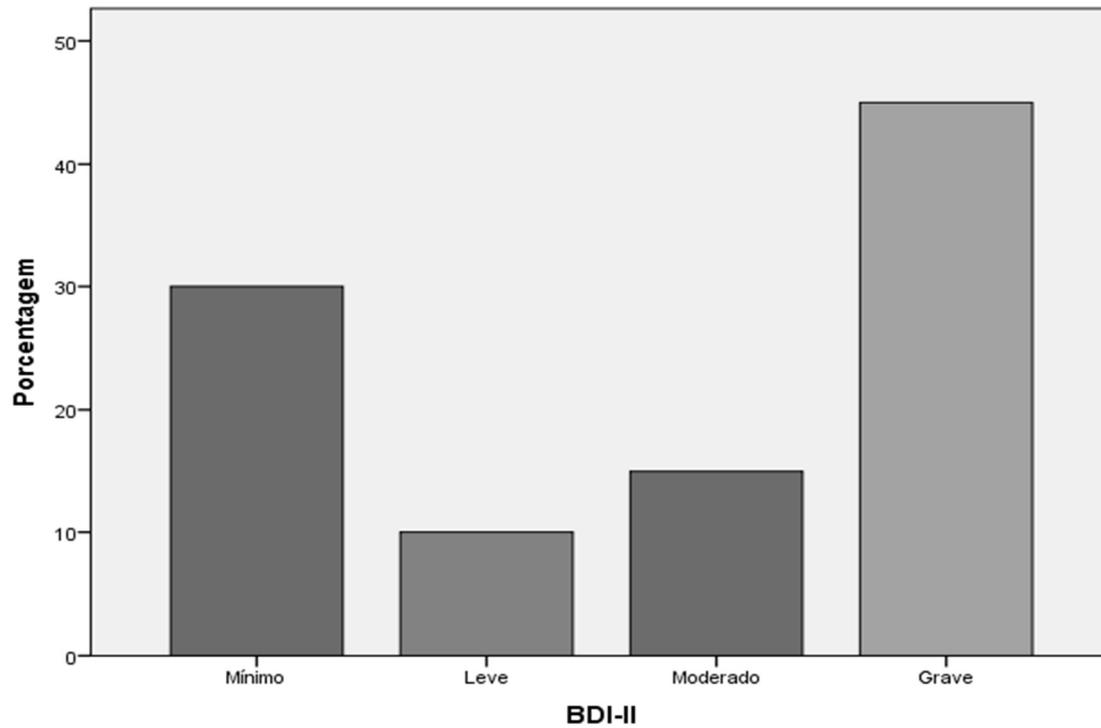
SOUZA, S. G.; SANTOS, P. S. M.; SILVA, P. T. A., PERRELLI, A. G. J.; SOUGEY, B. E. **Revisão de literatura sobre suicídio na infância.** Ciência & Saúde Coletiva. v. 22, n. 9, setembro, 2017, p. 3099-3110. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63052677030>. Acesso em: 20 de Março de 2019.

Teixeira *et al* (2013),

TOMAS, A. C. T; CARVALHO, M.R. **Treino Assertivo para a depressão:** Uma revisão bibliográfica. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, v.10, n.2, Rio de Janeiro, dez. 2014. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872014000200006. Acesso em: 03 de Abril de 2020.

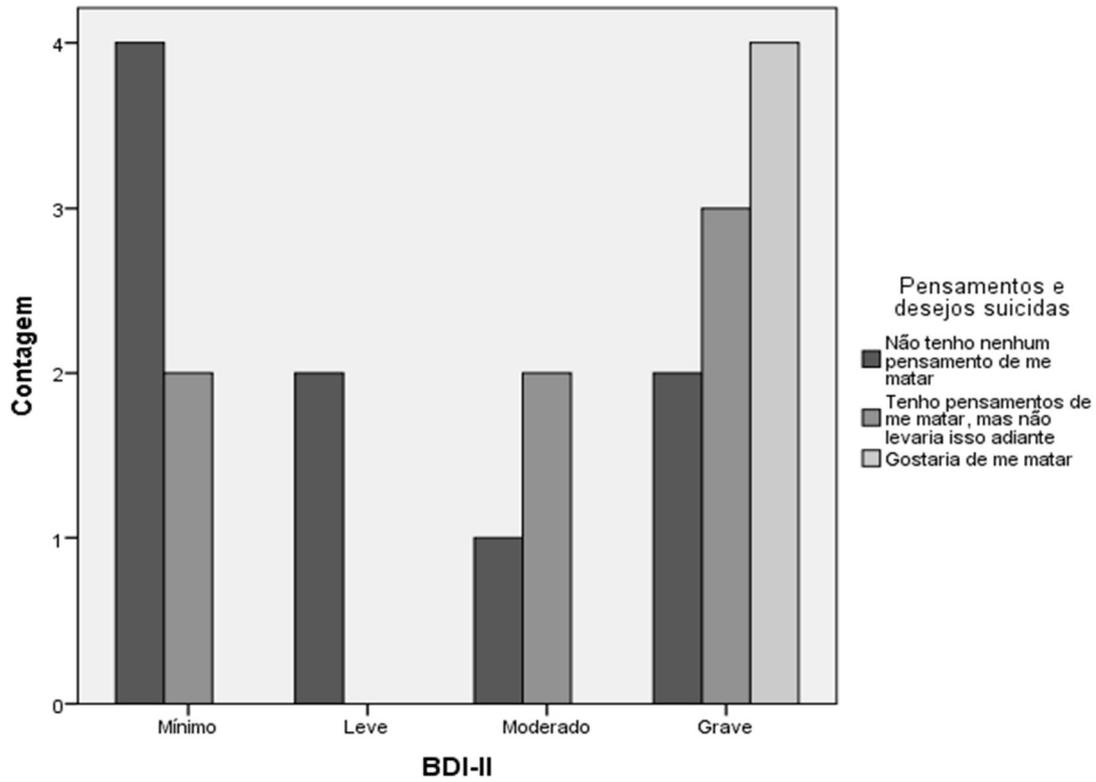
Gráfico 1 – Indicadores de Depressão



Elaborado

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

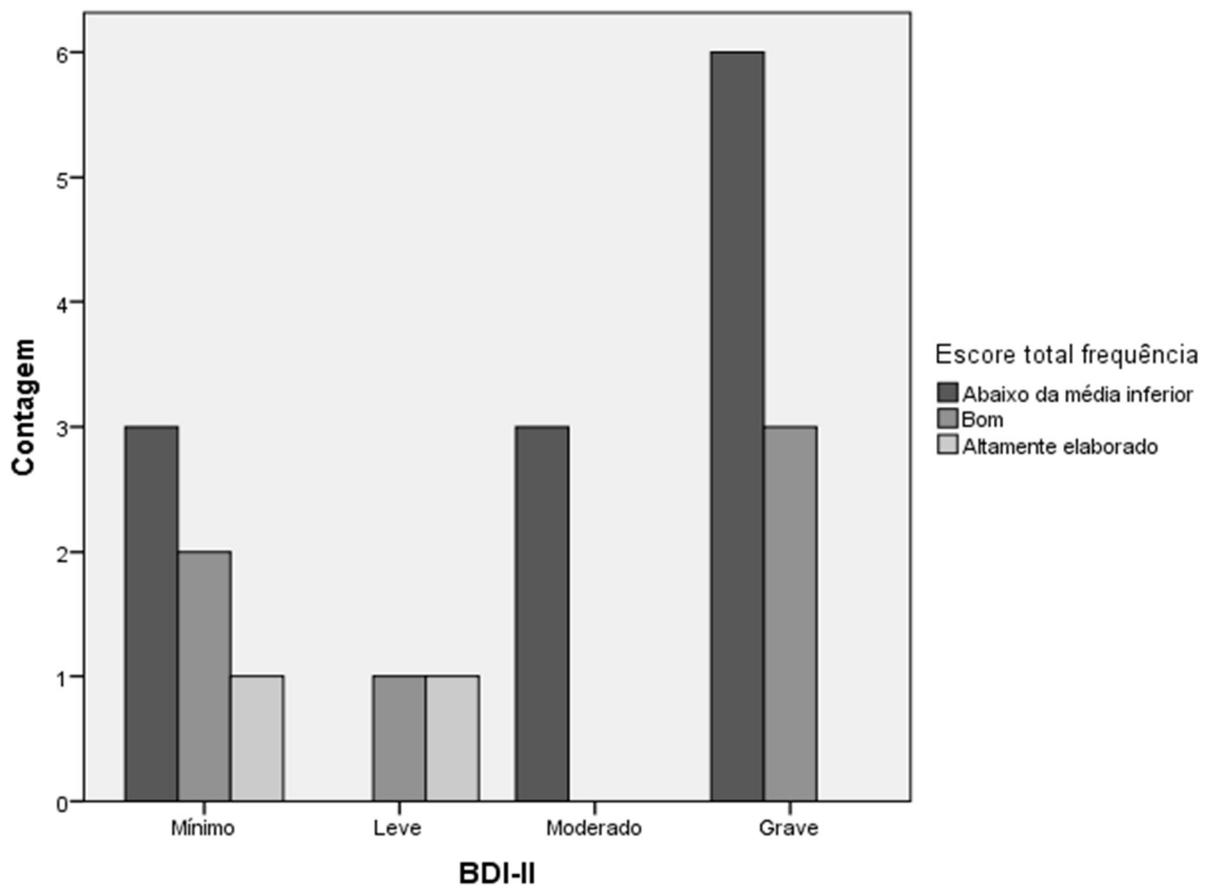
Gráfico 2 - Relação entre indicadores de depressão com o item cognições suicida



Elaborado

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

Gráfico 3 – Relação entre BDI-II e Escore total frequência



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

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

Escore Frequência * Escore Dificuldade - Tabulação Cruzada		Baixo custo	Médio custo	Alto custo	Total
Abaixo da média inferior	Contagem	3	2	7	12
	% em Escore total dificuldade	25,00%	16,70%	58,30%	100,00%
	% do Total	15,00%	10,00%	35,00%	60,00%
Bom	Contagem	2	2	2	6
	% % em Escore total dificuldade	33,30%	33,30%	33,30%	100,00%
	% do Total	10,00%	10,00%	10,00%	30,00%
Altamente elaborado	Contagem	2	0	0	2
	% % em Escore total dificuldade	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	% do Total	10,00%	0,00%	0,00%	10,00%
Total	Contagem	7	4	9	20
	% % em Escore total dificuldade	35,00%	20,00%	45,00%	100,00%
	% do Total	35,00%	20,00%	45,00%	100,00%

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

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

BDI-II MÍNIMO - IHSA SUBESCALAS		Abaixo da média inferior	Médio inferior	Bom	Elaborado	Altamente elaborado	Total
Empatia - F1	Contagem	3	0	2	0	1	6
	% em BDI-II	50%	0,0%	33,3%	0,0%	16,7%	100%
Autocontrole - F2	Contagem	3	0	2	0	1	6
	% em BDI-II	50%	0,0%	33,3%	0,0%	16,7%	100%
Civildade - F3	Contagem	3	0	2	0	1	6

	% em BDI-II	50%	0,0%	33,3%	0,0%	16,7%	100%
	Contagem	5	0	1	0	0	6
Assertividade - F4	% em BDI-II	83,3%	0,0%	16,7%	0,0%	0,0%	100%
	Contagem	3	0	2	0	1	6
Abordagem afetiva - F5	% em BDI-II	50%	0,0%	33,3%	0,0%	16,7%	100%
	Contagem	2	0	2	0	2	6
Desenvoltura social - F6	% em BDI-II	33,3%	0,0%	33,3%	0,0%	33,3%	100%

Fonte: Elaborada pela autora com base no programa SPSS.

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

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

Fonte: Elaborada pela autora com base no programa SPSS.

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

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

Fonte: Elaborada pela autora com base no programa SPSS.

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

BDI-II GRAVE - IHSA SUBESCALAS							
BDI-II GRAVE		Abaixo					Total
		da média inferior	Médio inferior	Bom	Elaborado	Altamente elaborado	
Empatia - F1	Contagem	4	2	2	0	1	9
	% em BDI-II	44,4%	22,3%	22,2%	0,0%	11,1%	100%
Autocontrole - F2	Contagem	3	3	3	0	0	9

	% em BDI-II	33,3%	33,4%	33,3%	0,0%	0,0%	100%
	Contagem	6	0	2	0	1	9
Civildade - F3	% em BDI-II	66,7%	0,0%	22,2%	0,0%	11,1%	100%
	Contagem	5	2	1	1	0	9
Assertividade - F4	% em BDI-II	55,6%	22,2%	11,1%	11,1%	0,0%	100%
	Contagem	6	1	2	0	0	9
Abordagem afetiva - F5	% em BDI-II	66,7%	11,1%	22,2%	0,0%	0,0%	100%
	Contagem	6	0	3	0	0	9
Desenvoltura social - F6	% em BDI-II	66,7%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	100%

Fonte: Elaborada pela autora com base no programa SPSS.

*Recebido em: 30 de novembro de 2020.
Aprovado em: 15 de maio de 2022.*