



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Andrea de Souza Noto

TRAJETÓRIA DE VIDA DE ADOLESCENTES COM SINTOMAS
DE DEPRESSÃO ATENDIDOS EM UM CAPS i

Dissertação submetida ao programa de pós graduação em saúde mental e atenção psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção de grau de mestre profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Florianópolis

2014

Andrea de Souza Noto

TRAJETÓRIA DE VIDA DE ADOLESCENTES COM SINTOMAS
DE DEPRESSÃO ATENDIDOS EM UM CAPS i

Área de Concentração: Atenção
e Reabilitação Psicossocial.
Linha de Pesquisa: Políticas,
Sistemas, Programas e Serviços
de Saúde Mental.

Orientadora: Profa. Dra. Magda
do Canto Zurba.

Florianópolis

2014



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL**

**“Trajetória de vida de adolescentes com sintomas de depressão
atendidos em um Caps i”**

Andrea de Souza Noto

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM SAÚDE
MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

ATENÇÃO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e
Atenção Psicossocial

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Magda do Canto Zurba

Prof. Dra. Maria Aparecida Crepaldi

Prof. Dra. Maria Gabriela Curubeto Godoy

Prof. Dr. Walter ferreira de Oliveira

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer os adolescentes e suas famílias que fizeram parte desta pesquisa e que prontamente aceitaram dar a entrevista, abrir suas vidas e falar de seus sentimentos.

Agradeço minha orientadora Magda, que desde o início me acolheu e aceitou percorrer comigo a construção deste trabalho. Pacientemente e com olhar certo, soube dar suas contribuições, sempre de maneira positiva e construtiva respeitando minhas opiniões, dúvidas e questionamentos.

Agradeço meus filhos, Lara e Lucas, que cederam generosamente, mesmo com choros e lamentos, uma parte do nosso precioso tempo de convívio em prol de algumas horas de estudos e trabalho. Agradeço também o Marcelo, meu companheiro, que possibilitou as condições estruturais e de organização familiar, necessárias para que eu conseguisse realizar o desejo de estudar e me tornar mestre, e que teve que conviver e suportar a ansiedade gerada em alguns momentos.

À minha irmã Carolina, companheira desde os primórdios nas especulações e questionamentos sobre a vida, o mundo, o Homem. Agradeço a disponibilidade para ouvir minhas inquietações, a curiosidade para compreender a pesquisa e as contribuições efetivadas.

Agradeço toda a equipe do Caps infantil de Florianópolis, onde também exerço a função de médica psiquiatra, que apoiou a realização da pesquisa e que também, de certa forma, sofreu um pouco com minhas ausências, mas soube distinguir meu papel de clínica e de pesquisadora.

Por fim, agradeço meus pais que sempre me incentivaram a continuar estudando e a Zelide que sempre está pronta para ajudar no que for preciso.

ADOLESCENDO

(Alex Souza Cabistani)

(...)

*Estou renascendo das cinzas,
Turista da puberdade,
Enfrentei a tempestade
Com meus raios e trovões.
Fiquei diferente, sei bem,
E estou assustado, também,
Com tantas transformações.*

*- Oh, quem sou este no
espelho?*

*Não quero vender conselho
Nem pregar lições de vida,
Quero pintar de vermelho
Minh'a alma verde-limão.*

*(Dane-se o meu ar prodígio,
Quero abrir meu coração.)*

*Cansei de ser exceção.
Hoje a regra vou ser eu.
Vou mergulhar de cabeça
No azul da contradição.*

*Vou tomar um coquetel
De lucidez e loucura
E fazer dessa mistura
Minha eterna transição.
Vou mesclar ódio e amor,
Desinteresse e paixão.
Vou preparar minha estréia,
Criatura em gestação.*

*Mas preciso de espaço!
Preciso de tempo!
Banhos demorados,
Quartos desarrumados
E música alta.
Um par de tênis surrados,
Umás calças desbotadas,
Toneladas de chiclete,
Isso é tudo o que eu preciso.*

*Daí surgirá
Mais um ser humano
Digno de aplausos
Deste mundo insano,
Contexto complexo e
complexado
(Não me peçam pra entendê-lo
Muito menos pra explicá-lo)*

*Não permita Deus que eu
cresça
Sem pureza e inocência,
Essências da minha Infância.
E que meu ser permaneça
Com a constante inconstância
Desta minha Adolescência.*

*Enquanto isso...
Tira a mão do meu hipotálamo!
Como é dura a existência
Para alguém que tem
Quinze anos só
E quinze anos já.
O futuro foi ontem,
Quero viver o agora.*

RESUMO

Atualmente, a depressão na adolescência pode ser considerada um grave problema de saúde pública, correspondendo à principal causa de incapacidades nesta faixa etária enquanto o suicídio chega a ser a segunda ou terceira causa de morte em alguns países. As causas da depressão são multifatoriais e de natureza biológica, psicológica e social, sendo que os principais fatores de risco se referem às características individuais (cerebrais e psicodinâmicas), familiares (genéticas e relacionais) e psicossociais. **OBJETIVO:** Compreender a trajetória de vida e o significado do sofrimento psíquico atribuído pelos adolescentes, com sintomas de depressão, usuários do Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (Caps-i) do município de Florianópolis, Brasil. **MÉTODO:** Este estudo foi realizado a partir de uma pesquisa de campo de metodologia qualitativa, descritiva. Utilizou-se o recurso de “história de vida” obtida a partir da entrevista narrativa. Foram entrevistados oito adolescentes com sintomas de depressão e que estavam em acompanhamento no Caps-i do município de Florianópolis, entre os meses de março e julho de 2014. Os critérios de inclusão foram: apresentar sintomas de depressão, estar inserido há pelo menos três meses no serviço e já ter passado pelo processo de avaliação. Os critérios de exclusão foram: apresentar déficit cognitivo, sintomas psicóticos agudos ou diagnóstico de transtorno afetivo bipolar. As entrevistas foram gravadas em áudio e depois transcritas. Os dados foram analisados a partir da hermenêutica-dialética. As categorias de análise foram obtidas a partir da identificação dos temas em cada trecho das entrevistas transcritas. Os temas foram agrupados nas categorias “família”; “estressores psicossociais” e “subjetividade e os sintomas de depressão”. **RESULTADOS:** De acordo com a percepção dos adolescentes, os problemas familiares e a violência estão relacionados ao sofrimento e ao aparecimento dos sintomas de depressão nesta faixa etária. **CONCLUSÃO:** A percepção dos adolescentes entrevistados era que, ao longo de suas vidas, eles vivenciaram situações cotidianas de conflitos familiares como brigas, violência psicológica e física, negligência e abandono, bem como violência no ambiente escolar. Essas dificuldades enfrentadas pelos adolescentes desta pesquisa, associadas aos problemas e as mudanças sociais da vida contemporânea (mudanças da organização familiar, estímulo a valores individuais e de consumo, enfraquecimento dos laços comunitários etc) contribuem para o

sentimento de não pertencimento, desamparo, baixa auto-estima, insegurança, desconfiança, tristeza e solidão.

PALAVRAS CHAVES: Depressão. Adolescência. Família. Violência. Centro de Atenção Psicossocial para infância e adolescência.

ABSTRACT

Currently, adolescent depression can be considered a serious public health problem, corresponding to the leading cause of disability in this age group as suicide becomes the second or third leading cause of death in some countries. The causes of depression are multifactorial with a biological, psychological and social nature. The main risk factors refer to individual, family based and psychosocial characteristics. **OBJECTIVE:** To understand the life history of the adolescent with symptoms of depression, members of the Center for Psychosocial Care for Children and Adolescents (CAPS-i) in Florianópolis, Brazil, and the meaning that they give to their psychological distress. **METHOD:** This study was conducted on a field research, based on a qualitative and descriptive methodology. We used the feature "life story" obtained from the narrative interview. Eight adolescents were interviewed with symptoms of depression. They were followed up at the Caps-i in Florianópolis, between March and July 2014. Inclusion criteria were: adolescents presenting symptoms of depression, that had been linked to the mental health center, for at least three months and that have already gone through the evaluation process. Exclusion criteria were: presence of cognitive impairment, acute psychotic symptoms or a diagnosis of bipolar affective disorder. The interviews were audio recorded and transcribed. Data were analyzed using the hermeneutic-dialectic methodology. The categories of analysis "family", "psychosocial distress" and "subjectiveness and depression symptoms" were obtained from the thematic content analysis of the transcribed interviews. **RESULTS:** According to the perception of adolescents, family problems and violence are related to distress and onset of symptoms of depression in this age group. **CONCLUSION:** The perception of the adolescents interviewed was that, throughout their lives, they experienced everyday situations of family conflict such as fighting, physical and psychological abuse, neglect and abandonment, as well as violence in the school environment. These difficulties faced by the adolescents in this study, associated to social problems and changes in contemporary life (family organization changes, stimulus to individual values and consumption, weakening of community ties etc) contribute to the feeling of not belonging, of helplessness, low self-esteem, insecurity, distrust, sadness and loneliness.

KEYWORDS: Depression. Adolescence. Family. Violence. Mental Health Services for child and adolescent.

LISTA DE ABREVEATURAS

APS- Atenção Primária á Saúde

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CAPS-i - Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência

CGD- Carga Global de Doença

CRAS- Centro de Referencia de Assistência Social

CID- Classificação Internacional de Doença

DSM- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

DST- Doença Sexualmente Transmissível

ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF- Estratégia da Saúde da Família

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano

Nasf- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS- Organização Mundial da Saúde

RAPS- Rede de Atenção Psicossocial

SUS- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1.	Introdução	19
2.	Objetivos.....	23
3.	Sobre a depressão.....	25
3.1	História: da melancolia à depressão.....	25
3.2	Conceito e diagnóstico: entre o normal e o patológico.....	29
3.3	As causas	32
4.	Sobre a adolescência.....	37
4.1	O adolescente ao longo da história	38
4.2	As tarefas desenvolvimentais da adolescência.....	41
5.	Juventude e políticas públicas.....	45
5.1	Juventude e vulnerabilidade.....	45
5.2	Os problemas de saúde	46
5.3	As políticas de saúde mental para infância e adolescência.....	47
6.	O percurso metodológico.....	51
6.1	História de vida.....	52
6.2	O campo de estudo.....	54
6.2.1	Local	54
6.2.2	Participantes.....	55
6.3	Procedimentos.....	56
6.3.1.	Considerações éticas	56
6.3.2	Entrevista narrativa	57
6.3.3.	A coleta dos dados	57
6.4	Tratamento e organização dos dados	58
7.	Resultados.....	61
7.1	Adolescente 01: Denise	61
7.2	Adolescente 02: Marina	64
7.3	Adolescente 03: Leo	67
7.4	Adolescente 04: Stela.....	69
7.5	Adolescente 05: Isis	71
7.6	Adolescente 06: Janafna.....	73
7.7	Adolescente 07: Letícia	76
7.8	Adolescente 08: Carol.....	80
8	Análise e discussão dos resultados	83
8.1	Família	83
8.1.1	A organização familiar.....	83
8.1.2	As mães.....	84
8.1.3	Os pais	88
8.1.4	Os padrastos.....	90

8.1.5	As avós	91
8.2	Estressores psicossociais	92
8.2.1	Conflitos familiares	92
8.2.2	Violência.....	96
8.2.2.1	Violência familiar	96
8.2.2.2	Violência comunitária.....	98
8.2.3	As perdas	101
8.3	Subjetividade e os sintomas de depressão	103
8.3.1	A construção da identidade.....	103
8.3.2	As demandas sociais.....	108
9	Considerações finais	113
	Referências bibliográficas.....	119
	Anexos	127

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos psiquiátricos são fenômenos complexos que se caracterizam por alterações das funções psíquicas. Atualmente, acredita-se que as causas sejam multifatoriais, podendo envolver aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

Os conflitos do mundo contemporâneo e suas conseqüências no comportamento têm sido apontados por diferentes autores e em diferentes áreas do conhecimento. Na saúde, identificamos o aumento da prevalência das doenças crônicas e degenerativas relacionadas às mudanças dos hábitos de vida e também o aumento da prevalência dos transtornos mentais. Vários estudos têm demonstrado que uma em cada quatro pessoas, que procura atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS), preenche critérios diagnósticos para algum transtorno mental, sendo que uma em cada duas apresenta sofrimento psíquico necessitando de alguma intervenção (Brasil, 2013), caracterizando um importante problema de saúde pública na atualidade.

Ao contrário da crença popular, os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes também são comuns, chegando a atingir de 10% a 20% desta população, dependendo da metodologia utilizada (OMS, 2001). No Brasil, estudos apontam uma taxa de prevalência entre 10,8% e 12,7% (Fleitlich e Goodman, 2004).

Em relação aos tipos de problemas encontrados, verificou-se que os mais comuns são ansiedade (5,2% – 6,2%), problemas de conduta/comportamento (4,4% – 7,0%), hiperatividade (1,5% – 2,7%) e depressão (1,0% – 1,6%). Autismo e problemas correlatos apresentam taxa de prevalência abaixo de 1%. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) apontaram que 71,4% dos alunos já havia experimentado bebida alcoólica, sendo que 27,3% referiram consumo regular de álcool e 9,0% problemas com uso de álcool e 8,7% informaram experimentação de outras drogas (Brasil, 2013).

Entre os adolescentes, a depressão aparece como o principal problema de saúde (OMS, 2014). Na primeira infância, a prevalência varia de 1 à 2% sendo que no final da adolescência passa para 4 à 10 % (Goodman, 2004). Esse aumento possivelmente está relacionado às transformações neuroendócrinas, psicológicas e sociais que ocorrem nesta etapa do desenvolvimento (Rocha *et al.*, 2013).

A depressão é também apontada como a principal causa de incapacidades nesta faixa etária. A mortalidade relacionada a este problema também é impactante. Em alguns países, o suicídio entre os jovens chega a ser a segunda ou terceira causa de morte (Rocha *et al.*, 2013, Wasserman *et al.*, 2005). Entre aqueles com maiores taxas estão: Sri Lanka (46,5/100 mil), Lituânia (23,9/100 mil) e Rússia (23,6/100 mil). No Brasil, entre os meninos de 15-24 anos, o suicídio é a segunda causa de morte, ficando atrás apenas dos homicídios. Entre as meninas, a taxa de mortalidade por lesões auto-infligidas é a terceira causa de morte, depois dos acidentes de transporte e afogamento (Brasil, 2010).

Segundo Thapar *et al.* (2012), os fatores de risco relacionados à depressão na adolescência podem ser agrupados em três categorias: fatores individuais, familiares e psicossociais. Os fatores individuais são decorrentes dos aspectos biológicos, como as estruturas cerebrais e neuroendócrinas, e dos aspectos psicodinâmicos como o temperamento e a personalidade que influenciarão, por exemplo, a maneira como o indivíduo enfrentará e irá lidar com as adversidades. Os fatores de risco familiares seriam decorrentes das influências genéticas (pais com depressão) e relacionais através do impacto da depressão materna no cuidado e no desenvolvimento infantil. Por fim, os fatores de risco psicossociais se referem aos eventos estressores da vida cotidiana que podem ser agudos, como perdas, doenças e acidentes, ou estressores crônicos como relacionamento familiar conflituoso, *bullying*, maus tratos e violência.

Sabe-se, no entanto, que esses fatores de risco não agem por si só causando diretamente o transtorno depressivo, mas interagindo com as características singulares de cada indivíduo. Caspi *et al.* (2003), a partir de um estudo longitudinal, investigaram as relações entre circunstâncias estressoras, carga genética e depressão. Este estudo indica que determinada característica genética (alelo curto do gene 5-HT) predispõe o indivíduo a desenvolver depressão, quando este vivência situações altamente estressantes (vivência de mais de quatro circunstâncias estressoras). Ou seja, seria a partir da interação do indivíduo com o meio, cronicamente estressante, que o sofrimento e os sintomas depressivos podem surgir.

No entanto, algumas tendências da psiquiatria contemporânea têm minimizado as influências do meio no aparecimento dos sintomas (Wakefield e Horwitz, 2010). Neste sentido, muitos indivíduos que

apresentam sintomas depressivos, mas que podem apenas estar vivenciando uma reação normal de tristeza ou luto, acabam recebendo um diagnóstico psiquiátrico e conseqüentemente, na maioria das vezes, uma prescrição de drogas psicotrópicas.

Ao atender um adolescente com queixas de desânimo, tristeza, vontade de morrer, falta de esperança e baixa auto-estima, mais do que classificá-lo numa categoria diagnóstica, é importante compreender como o sujeito se constituiu no mundo desta maneira. Embora seja fundamental fazer um diagnóstico psiquiátrico, que informe a gravidade do caso e as possibilidades terapêuticas, nos parece fundamental buscar a compreensão mais ampla desse sofrimento, contextualizando-o melhor, levando em consideração o percurso e as circunstâncias de vida do adolescente.

Neste sentido, o nosso interesse nesta pesquisa é ouvir o que os adolescentes com sintomas de depressão têm a dizer sobre o seu sofrimento e a pergunta é “qual o significado que esses adolescentes atribuem ao seu sofrimento”?

Sabemos que o contexto em que o sujeito está inserido pode atuar de maneira protetiva ou como fator de risco para o desenvolvimento da depressão. Assim, compreender a história de vida de adolescentes com sintomas de depressão pode auxiliar estudos, pesquisas e políticas públicas que tenham objetivos de prevenir os transtornos mentais bem como promover saúde. Desse modo, o presente estudo resgatou a história de vida de adolescentes com sintomas de depressão, em acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência (Caps-i) do Município de Florianópolis.

2 OBJETIVOS

Compreender a trajetória de vida e o significado do sofrimento psíquico atribuído pelos adolescentes com sintomas de depressão, usuários do Centro de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência (Caps-i) do Município de Florianópolis.

3 SOBRE A DEPRESSÃO

3.1 História: Da melancolia à depressão

A recente publicação do Ministério da Saúde (Brasil, 2013) revela que uma em cada quatro pessoas que procura atendimento na atenção básica sofre de algum transtorno mental. Os sintomas mais prevalentes são: ansiedade, depressão e as somatizações. Os profissionais desta área estão acostumados a ouvir queixas de tristeza, insônia, desânimo, cansaço, ansiedade e irritabilidade que, em geral, estão associadas às queixas físicas como cefaléia, dores no corpo, tonturas e insônia. Esse conjunto de sintomas é nomeado de transtorno mental comum que, no entanto, tem ajudado a inflacionar o número de diagnósticos de depressão e a prescrição de medicação antidepressiva.

O relatório sobre saúde no mundo da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001 revelou a prevalência da depressão em 10% da população mundial e o grande ônus econômico e social desse transtorno. Em 2000, a depressão apresentava a quarta maior taxa de Carga Global da Doença (CGD) e a estimativa era que em 2020 fosse a segunda principal doença em termos de perdas de anos vividos, incapacidade e gastos financeiros, ficando atrás apenas das doenças isquêmicas.

Alguns estudiosos se referem à depressão como o mal estar da contemporaneidade; um efeito colateral da pós-modernidade (Bauman, 1998; Kehl, 2011). Uma sociedade cujas relações interpessoais estão frágeis e superficiais e a valorização da imagem e das aparências tentam maquiagem o sofrimento, reinando a lógica do espetáculo e uma cultura do narcisismo (Teixeira, 2005).

No entanto, a depressão não é fruto apenas da nossa sociedade contemporânea. Esse tipo de sofrimento já foi descrito há muito tempo e até o século XIX era chamado de “melancolia”. Alguns personagens de textos antigos já apresentavam as características do que hoje nomeamos de depressão, como “Saul, o melancólico”, rei de Israel do antigo testamento; o “Herói Belerofonte” da *Íliada*; “Orestes”, personagem de *Ésquilo* e “Fedra” da tragédia grega de Eurípedes (Teixeira, 2005).

Para Kehl (2011), as formas antigas de melancolia são descrições de um sofrimento existencial, situações em que a Verdade do sujeito está em desacordo com o Bem estabelecido por determinada cultura; ou seja, a melancolia seria, antes de tudo, indício de um sintoma social.

O termo “melancolia” deriva do grego *melas* (negro) e *kholé* (bile) e remete aos textos Hipocráticos do sec. V a.c.. A teoria humoral de Hipócrates propunha que a vida dependia do equilíbrio entre quatro fluidos (humores): bile negra, bile amarela, fleuma e sangue, derivados, respectivamente, do fígado, baço, pulmão e coração. O desequilíbrio entre os humores seria a causa das doenças. Para Hipócrates, a melancolia seria causada pelo acúmulo de bile negra no baço (Teixeira, 2005). O pai da medicina já identificava dois tipos de reação melancólica: uma que correspondia a um quadro reativo frente a uma perda real, “com motivo”, e outra sem causa externa aparente, “sem motivo”, que era então considerada a melancolia propriamente dita.

Ainda na Grécia Antiga, Aristóteles, no seu tratado “*Problemata XXX*”, diferencia vários tipos de reação melancólica de acordo com a gravidade dos sintomas, o prejuízo social e as possíveis causas. Ressalta as características positivas da personalidade melancólica no sentido de favorecer a reflexão intelectual e os valores morais e éticos. Diferente de Hipócrates, Aristóteles considerava a melancolia um temperamento que aproxima o homem da genialidade (Solomon, 2002).

Ao longo dos séculos seguintes, de uma forma geral, a melancolia foi considerada uma doença de causa interna, orgânica e biológica, de acordo com as influências da teoria hipocrática. No final do século XVIII e início do século XIX, Philippe Pinel, apoiado no discurso moral e no interesse pelos afetos e comportamentos, considerava a loucura uma exacerbação das paixões e uma incongruência da vontade de contê-las. Por isso, propunha que o doente se submetesse ao tratamento moral, com o objetivo de controlar seus impulsos e comportamento (Ferreira, 2011).

Jean Étienne Esquirol (1772-1840), discípulo de Pinel, aproxima a psiquiatria da medicina e se dedica à nosografia dos transtornos mentais. Entende a loucura como sendo o produto da sociedade, com influências intelectuais e morais. Tenta romper com as idéias metafísicas e moralistas sobre a melancolia e sugere a substituição do termo para “monomania triste”. Posteriormente, Jean-Pierre Falret (1794-1870) descreve a “loucura circular” que corresponde ao atual transtorno afetivo-bipolar.

A partir dos relatos de casos antigos é possível verificar que a melancolia, apesar de conceitualmente se referir aos estados graves de

tristeza, geralmente acabava sendo utilizada para nomear quadros com sintomatologia psicótica, muitas vezes correspondendo ao que hoje nomeamos de esquizofrenia, depressão psicótica e transtorno afetivo bipolar (Wakefield e Horwitz, 2010).

O século XIX foi marcado pelo esforço dos psiquiatras em descrever e classificar as doenças mentais. O psiquiatra britânico D. HackTuke (1827-1895) foi o primeiro a descrever uma forma “simples” de melancolia que parece corresponder ao atual diagnóstico de depressão unipolar sem sintomas psicóticos (Wakefield e Horwitz, 2010). Na Alemanha, Emil Kraepelin (1856-1926) reforça o paradigma biológico e estrutural dos transtornos mentais, ressaltando a necessidade da classificação objetiva das doenças mentais a partir dos fenômenos visíveis e propõe que a pesquisa empírica revele as causas orgânicas e bioquímicas (Ferreira, 2011). Kraepelin integrou a melancolia à insanidade maníaco-depressiva, atualmente chamada de transtorno afetivo bipolar, e utilizou o termo depressão para descrever afetos (Del Porto, 1999).

No início de século XX, os estudos de Freud, em especial “Luto e Melancolia” provocaram uma mudança paradigmática na compreensão da melancolia. A partir da teoria do inconsciente, mesmo não existindo uma causa externa aparente, a melancolia não seria, necessariamente, causada por uma disfunção biológica e orgânica. A principal contribuição desse texto é que a melancolia passa a estar relacionada à forma patológica como o indivíduo lida com as perdas e frustrações. Para Freud, a principal diferença entre o luto e a melancolia é que no primeiro o indivíduo consegue, depois de um tempo, reinvestir a libido, que antes estava ligada ao objeto de amor perdido. Na melancolia, a libido permanece investida no próprio ego, caracterizando uma neurose narcísica (Freud, 1969). Importante ressaltar que, neste texto, Freud considera a mania um estado em que a libido, até então investida no ego, consegue se exteriorizar e se ligar a outros objetos. Neste sentido, Freud considera mania e melancolia as duas faces de uma mesma patologia.

Embora a psiquiatria ao longo do século XX e XXI tenha seguido por outras correntes teóricas, a psicodinâmica deixou a herança nos estudos psicopatológicos seguintes, que não conseguiram mais apontar, de modo unânime, ou sem dissensão, a disfunção biológica como sendo a explicação causal determinante dos transtornos mentais.

Ao longo do século XX, o termo melancolia foi substituído pelo termo depressão e as teorias acerca da natureza deste transtorno permanecem divididas entre o modelo psicodinâmico e o modelo neurobiológico. Para a psiquiatria, a melancolia ficou restrita a um subtipo de depressão e para a psicanálise, corresponde a um conflito da estrutura narcísica entre o ego e o superego.

Adolf Meyer (1866-1950), psiquiatra suíço radicado nos Estados Unidos, foi influenciado pelas ideias de Kraepelin e de Freud (Wakefield e Horwitz, 2010). De maneira pragmática, propunha uma distinção entre depressão “normal” e “patológica”. Ambas podiam ser similares na apresentação dos sintomas, mas diferiam quanto à proporcionalidade frente à causa externa, a gravidade e a duração dos sintomas. Meyer dividiu as depressões em endógenas e reativas. Ele desenvolveu uma abordagem “biopsicossocial” dos transtornos mentais enfatizando a inter-relação das predisposições pessoais, das circunstâncias externas e das experiências cotidianas.

A partir da década de 50, com as descobertas das drogas psicotrópicas, com os estudos sobre o funcionamento neuro químico do cérebro e os esforços de pesquisadores pós-kraepelinianos, a corrente biologicista ganhou força (Solomon, 2002, Wakefield e Horwitz, 2010). Em 1980, foi publicada a terceira edição do DSM propondo uma única lógica classificatória. O DSM III se propunha ser “a-teórico” e os critérios diagnósticos deviam ser acessíveis à observação e à mensuração empírica (Ferreira, 2011). O diagnóstico psiquiátrico do transtorno mental passou a ser descritivo, baseado exclusivamente nos sintomas, independente do contexto vivenciado pelo indivíduo.

A década de 90 foi considerada a “década do cérebro” em função dos avanços da neurociência. A depressão passou a ser considerada um transtorno mental com presença de alterações neuroquímicas. As primeiras teorias apontaram para uma alteração do sistema noradrenérgico e serotoninérgico e os estudos atuais sugerem que o transtorno pode apresentar disfunção dos sistemas neuroquímico, neuroendócrino e imunológico (Fleck, 2004).

3.2 Conceitos e diagnóstico: Entre o normal e o patológico

A palavra “depressão” tem sido utilizada pelo senso-comum para nomear qualquer período de tristeza, angústia e mal estar. Isso tem causado dificuldades e confusões na prática clínica já que os limites entre tristeza, luto e o transtorno depressivo são pouco precisos (Del Porto, 1999).

Ainda hoje, para a psiquiatria, não é possível estabelecer uma fronteira bem definida entre uma reação de tristeza “normal” e uma reação que poderia ser considerada patológica. Desde a antiguidade, médicos e outros profissionais, até mesmo de forma intuitiva, tendem a dividir os estados depressivos de acordo com a presença ou ausência de causas ambientais identificadas.

Wakefield e Horwitz(2010) defendem a tese de que, atualmente, a reação normal de tristeza muitas vezes acaba sendo erroneamente diagnosticada como transtorno depressivo. Os autores apontam algumas críticas ao sistema de diagnóstico do atual DSM que utiliza os sintomas do paciente como critérios fundamentais para o diagnóstico, deixando as questões ambientais e de contexto em segundo plano. Os autores afirmam que o DSM pode identificar muitos casos falso-positivos, ou seja, que recebem o status de transtorno, mas que, na verdade, deveriam ser considerados casos de tristeza/sofrimento “normal”.

Segundo a psicologia evolucionista, o sentimento de tristeza, angústia e o retraimento fazem parte da natureza humana e constituem um mecanismo psicológico adaptativo de reagir a uma situação de perda, assim como o medo numa situação de perigo (Wakefield e Horwitz, 2010). O transtorno depressivo por outro lado, é considerado um mecanismo disfuncional e prejudicial e, portanto patológico, em que o indivíduo reage de forma desproporcional frente à situação desfavorável ou quando, mesmo na ausência do estímulo negativo, ele apresenta os sintomas depressivos.

Do ponto de vista psicopatológico, a depressão é um transtorno mental cujo elemento central é o humor triste (Dalgarrondo, 2000). Para MacKinnon (1992) é um distúrbio afetivo caracterizado pela constrição dos processos do pensamento, lentidão e diminuição da espontaneidade da conduta, empobrecimento das relações sociais e preocupações hipocondríacas. Este estado de ânimo pode ser nomeado pelo paciente

deprimido como angústia, medo, tristeza, tensão, vazio, culpa ou desespero.

Segundo Del Porto (1999), podemos pensar a depressão como um sintoma, como uma síndrome ou como uma doença. Como sintoma, a depressão pode estar presente num quadro de esquizofrenia, de transtorno de estresse pós-traumático ou ainda associada a uma doença orgânica.

Enquanto síndrome, a depressão inclui um conjunto de sintomas como alterações do humor (tristeza/irritabilidade, incapacidade para sentir prazer nas coisas e apatia), alterações psicomotoras (lentificação ou agitação), vegetativas (insônia/hipersonia, alteração do apetite e da libido, fadiga ou perda de energia) e alterações cognitivas (diminuição da capacidade de concentração, lentificação do pensamento e prejuízo na memória, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva inapropriada e pensamentos de morte ou ideias de suicídio).

Enquanto doença, a depressão pode ser diagnosticada e classificada de diferentes maneiras, dependendo do instrumento de diagnóstico utilizado, como o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana, o DSM (APA, 2013) e a Classificação Internacional das Doenças, da Organização Mundial da Saúde, em sua décima revisão, a CID-10 (OMS, 1993).

Estes manuais diagnósticos subdividem a depressão em diversos grupos, porém, não os diferencia quanto às possíveis etiologias e as diferentes implicações terapêuticas. (Solomon, 2002).

A CID-10 inclui a depressão dentre os transtorno do humor que são classificados como:

a) F30 - Episódio maníaco (usado para episódio *único* de mania).

b) F31 - Transtorno afetivo bipolar.

c) F32 - Episódio depressivo (usado para episódio depressivo *único*).O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve (ao menos 2 ou três sintomas) , moderado (quatro ou mais sintomas com prejuízo nas atividades de vida diárias) e grave (mais de sete sintomas, com importantes prejuízos, angustia,

agitação, sentimento de culpa e risco de suicídio). Os episódios leves e moderados podem ser também classificados de acordo com a presença ou ausência de *sintomas somáticos*. Os episódios depressivos graves são subdivididos de acordo com a presença ou ausência de *sintomas psicóticos*.

d) F33 - Transtorno depressivo recorrente (tem as mesmas subdivisões descritas para o episódio depressivo).

e) F34 - Transtornos persistentes do humor: F34.0 - Ciclotimia e F34.1 - Distímia.

De acordo com a recente publicação do DSM-V (APA, 2013), o Transtorno Depressivo foi considerado uma entidade distinta do Transtorno Afetivo Bipolar e pode ser classificado como:

a) Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor

b) Transtorno Depressivo Maior, caracterizado quando o paciente apresenta cinco ou mais sintomas depressivos pelo tempo mínimo de duas semanas, sendo necessário que um dos sintomas seja “humor depressivo” ou “irritável” ou “perda de interesse nas atividades”.

c) Distímia

d) Disforia Pré-Menstrual

e) Depressão Induzida por Substância/Droga

f) Depressão Induzida por Condição Médica

g) Depressão não Especificada.

As principais mudanças do DSM IV para o DSM V, em relação ao diagnóstico do Transtorno Depressivo, são a inclusão do novo diagnóstico de Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor e a retirada do luto como critério de exclusão do Transtorno Depressivo Maior.

Segundo Araujo e Neto (2014), a nova classificação gerou discussões sobre a patologização de reações “normais” e super estimativa de casos de depressão. Por outro lado, os autores atentam que as reações

“normais” de sofrimento, em alguns casos, podem assumir gravidade suficiente configurando uma reação patológica, que, independente do contexto, necessita ser identificada e tratada.

Wakefield (2013), no entanto, acredita que a retirada do luto como critério de exclusão deverá aumentar o diagnóstico falso-positivo de transtorno depressivo. Para o autor, os sintomas de insônia, humor depressivo, diminuição do interesse e do apetite e falta de concentração geralmente ocorrem numa reação normal de luto. Wakefield também afirma que uma reação de luto patológica é diferente do transtorno depressivo maior e deveria ser classificada como sendo outra categoria diagnóstica.

3.3 As causas

A Depressão é um fenômeno complexo e como vimos, existem diferentes manifestações depressivas e é possível que cada uma delas esteja relacionada a “causas” específicas. Além disso, é importante considerarmos a existência de diferentes abordagens epistemológicas e suas teorias sobre a gênese da depressão.

Pesquisas Empíricas

A maioria das pesquisas empíricas recentes, disponíveis no portal da Biblioteca Virtual de Saúde, utiliza o conceito de fator de risco para compreender as possíveis causas da depressão. Como afirmam Thapar *et al.* (2012), muitos fatores agem e interagem entre si, aumentando o risco de depressão, de modo que compreender a contribuição de cada fator de risco isoladamente e identificar o momento do desenvolvimento crucial quando este fator se torna um risco é uma tarefa difícil.

De acordo com essas pesquisas, podemos agrupar os fatores de risco em três dimensões: individual, familiar e social (Thapar *et al.*, 2012). Os autores também afirmam que ainda não se sabe ao certo quando esses fatores atuam como risco, como mediadores ou como consequência da depressão.

Os fatores de risco individuais referem-se às características de personalidade e temperamento como neuroticismo aumentado (crianças e adolescentes que apresentam reações afetivas negativas como tristeza,

medo, timidez e raiva), baixo controle da regulação emocional (crianças hiper-reativas) e tendência ao isolamento e não enfrentamento das situações adversas (Klein *et al.*, 2011, Hilt *et al.*, 2012). A ruminação e a baixa capacidade de resolver problemas também podem predispor e mediar o aparecimento da depressão na adolescência (Weeks *et al.*, 2014, Morris *et al.*, 2014).

Algumas pesquisas também identificam alguns aspectos biológicos e cerebrais associados à depressão como as alterações de atividade do circuito amígdala-hipocampo-cortex pré frontal e do hipotálamo-hipófise-adrenal responsável pelo aumento do cortisol sanguíneo e atividade do sistema serotoninérgico (Lopez-Duran *et al.*, 2009). Forbes *et al.*(2009) revelam ainda a redução da atividade do circuito estriado-cortexpré frontal e alteração do sistema dopaminérgico nos adolescentes com Transtorno Depressivo Maior.

Os fatores familiares associados à depressão na adolescência correspondem à hereditariedade genética e às influências parentais afetivas e comportamentais durante o desenvolvimento infantil. Rice *et al.* (2010) apontam que filhos de pais com depressão apresentam taxas de depressão três a quatro vezes maiores que os filhos de pais saudáveis sendo que outra pesquisa indica uma taxa de 30 a 50% de herdabilidade da depressão na adolescência (Thapar e Rice, 2006). Por outro lado, outras pesquisas apontam que os efeitos da exposição precoce à depressão materna são mediados e dependem da exposição prolongada e tardia aos sintomas maternos e às adversidades psicossociais (Tully *at al.*, 2008; Rice *et al.*, 2010).

Alguns estudos também relacionam os estilos parentais aos problemas de comportamento na infância e adolescência e certas psicopatologias. Em relação à depressão, as pesquisas apontam diferenças em relação ao gênero indicando que a depressão na menina está associada ao baixo reconhecimento do pai, contato pouco caloroso e hostil da mãe e alto controle materno, enquanto que para os meninos o pouco reconhecimento da mãe é um fator mediador para a depressão (Piko e Balázs, 2012; Nunes *et al.*, 2013 eYap *et al.*, 2014)

SegundoThapar *et al.* (2012), os fatores de risco psicossociais, por sua vez, estão relacionados às adversidades ambientais como as perdas, traumas, doenças, maus tratos (Fleitlich e Goodman, 2001, Salvo *et al.*, 2005, Vitolo *et al.*, 2005 e Bordin *et al.*, 2006), pobreza, conflitos

familiares (Yap *et al.*, 2014; Hammen *et al.*, 2003) e violência entre os pares (Hawker e Boulton, 2000; Forster *et al.*, 2013). Para os autores, os estressores crônicos e severos que afetam os relacionamentos parecem ser os riscos mais importantes associados à depressão em adolescentes.

Psicanálise e Ciências Sociais:

Numa outra perspectiva mais interpretativa e compreensiva, Berlinck e Fedida (2000) consideram a depressão um estado que pode se manifestar em qualquer estrutura psíquica, em que o corpo se encontra numa insensibilização da sensorialidade. Essa retração da sensorialidade seria uma resposta do corpo a uma situação ambiental desfavorável, como um mecanismo de defesa do aparelho psíquico.

Os autores comparam a depressão à hibernação, um estado letárgico, com evidentes alterações na condição vegetativo-vital de alguns seres vivos na época do inverno. A depressão seria um estado necessário para a organização narcísica do vazio deixado pelas perdas. Neste sentido, a depressão faria parte da constituição do aparelho psíquico e este estado pode retornar toda vez que o psiquismo solicita uma restauração do seu narcisismo.

Ora, se a depressão aparece num meio desfavorável e a prevalência desse transtorno tem aumentado nos últimos anos, devemos nos perguntar o que vem acontecendo com a nossa sociedade que tem favorecido esse sofrimento?

Para Jameson (1997), os modos de vida e a cultura contemporânea são marcados pelo modelo hegemônico do capitalismo em sua máxima potência, onde as relações pessoais e sociais obedecem à lógica consumista. Para Bauman (1998), a liberdade é a marca da pós-modernidade, assim como a segurança foi a máxima da modernidade. No entanto, essa liberdade individual que “reina soberana” (Bauman, 1998, p. 09) nos levou a buscas insaciáveis de prazer. Parece que o imperativo e a grande ilusão pós-moderna é a satisfação irrestrita dos desejos. A liberdade individual foi conquistada em troca da segurança e do bem estar coletivo. Assim nos diz o autor:

(...) os homens e as mulheres pós-modernos trocaram um quinhão de suas possibilidades de segurança por um quinhão de felicidade (...). Os mal-estares da pós-modernidade provêm de uma

espécie de liberdade de procura do prazer que tolera uma segurança individual pequena demais (1998, p.10).

Para Kehl (2011), as depressões na atualidade se referem a esse mal estar. A autora propõe que a depressão seria um movimento de retraimento social do sujeito, em função dele não estar em acordo com o “Bem” (para Kehl o “Bem” se refere aos valores e padrões de comportamento hegemônico de uma determinada sociedade). Neste sentido, algumas depressões podem ser consideradas um sintoma social, aproximando-se das idéias de Aristóteles. A depressão, nas palavras da autora: “ (...) é aquilo que resiste ao imperativo do gozo; à fé na felicidade consumista; à própria oferta de possibilidades de traição da via desejante.” Assim, a culpa do deprimido seria a culpa de não conseguir se alinhar à ideologia da felicidade.

Esse mal estar social é particularmente impactante entre os jovens, uma vez que estes estão justamente num momento de busca de suas identidades, sujeitos às influências externas do meio e dos pares e às demandas sociais da vida adulta. Birman (2005) aponta a fragilidade vivenciada pela juventude na atualidade, em função das mudanças da organização familiar e social. Para o autor, a privação psíquica da presença dos pais, a disseminação da violência urbana, a superproteção e infantilização dos jovens bem como as incertezas do mundo do trabalho e a falta de perspectiva de futuro, formam uma “mistura explosiva”, delineando graves problemas de comportamento, fragilização da identidade e o forte sentimento de desamparo.

Assim, frente as dificuldade em estabelecer um limite preciso entre uma reação depressiva “normal” e a “patológica”, devemos considerar que muitas pessoas que hoje recebem o diagnóstico de depressão, talvez não estejam de fato doentes. É possível também que muitos adolescentes que tentam acabar com suas vidas e sofrem de desesperança, tristeza, falta de vontade, apatia, sentimento de inutilidade estejam reagindo às contradições e às adversidades da vida familiar e social contemporânea.

Apesar das pesquisas epidemiológicas apontarem altas taxas de prevalência dos sintomas depressivos na população em geral, os profissionais devem se esforçar para não rotular e diagnosticar pessoas que sofrem como sendo apenas portadoras de um transtorno mental. Isso, além de contribuir para o estigma do indivíduo, pode implicar em prescrições de medicação psicotrópica, indicação de psicoterapia,

superlotação dos serviços de atendimento e conseqüentes gastos públicos desnecessários. O diagnóstico de depressão, sem levar em consideração o contexto, pode gerar o risco de individualizar e biologizar o sofrimento, alienando o sujeito em relação a sua própria história de vida e a sua inserção no meio político e social (Moreira e Sloan, 2002).

4 SOBRE A ADOLESCÊNCIA

O caminho escolhido para compreender o contexto em que os sintomas depressivos de adolescentes aparecem inicia-se com uma breve reflexão histórico-social sobre o conceito de adolescência e sobre seu papel social.

A puberdade, fenômeno fisiológico marcado pelas transformações do corpo e pela maturação biológica da função sexual do indivíduo, é conhecida em todas as sociedades ao longo da história da humanidade. No entanto, a adolescência, que segundo a OMS, compreende o período entre os treze e os dezoito anos é, sobretudo, uma construção histórico-cultural.

Atualmente, a adolescência é considerada uma etapa da vida do ser humano, um período de transição entre a infância e a vida adulta. É evidente que existem alterações biológicas e hormonais neste período. Parece certo também que, de acordo com os estudos de Piaget, as funções cognitivas do adolescente passam para o estágio de operação formal, possibilitando a abstração, o pensamento lógico e sistemático, bem como a criação de hipóteses sobre os acontecimentos em geral.

No entanto, Sérgio Ozella (Conselho Federal de Psicologia, 2002) nos alerta sobre algumas teorias psicológicas que criaram estereótipos da adolescência como sendo uma fase do desenvolvimento marcada por rebeldia, desequilíbrios e instabilidades. Para Ozella, essas teorias psicológicas, influenciadas pelas idéias de Stanley Hall, Eric Erikson, Aberastury e Knobel, naturalizaram o comportamento adolescente como sendo uma característica inata de todo e qualquer adolescente, negligenciando a relação histórico-social na constituição do sujeito.

Num contraponto, o clássico estudo etnográfico de Margaret Mead (1945) nos revela a possibilidade de uma adolescência tranqüila e isenta de turbulências e instabilidades, indicando a influência cultural da adolescência. Não se trata de negar as mudanças biológicas e cognitivas da adolescência, mas pensar que a forma de lidar com tais mudanças, os comportamentos e as atitudes frente a elas, depende de características pessoais e, sobretudo, do meio em que o adolescente está inserido (classe social, cultura, sociedade, tempo histórico). Ou seja, as influências culturais e sociais mediam a construção de sua subjetividade e seu comportamento.

4.1 O adolescente ao longo da História

Da antiguidade à Idade Média

Conforme aponta Grossman (1998), em Esparta, os meninos, ao completarem sete anos, eram educados pela “Cidade”, adestrados às virtudes cívicas e militares, aos dezesseis podiam falar nas assembléias e aos vinte anos passavam por provas iniciáticas. Em Atenas, eles aprendiam as tarefas domésticas com as mulheres da casa, canto e educação primária. Aos sete, iam para escola e dispunham de um pedagogo e educador. A maioridade civil se dava aos dezoito anos e, além do treinamento militar, recebiam treinamento religioso e moral para o adequado exercício dos direitos e deveres de cidadãos. As meninas se dedicavam às praticas esportivas para se prepararem para o papel de mães e cuidadoras do lar.

Os meninos romanos, a partir dos doze anos, estudavam autores clássicos e mitologia. Aos catorze anos já abandonavam as vestes infantis e aos dezesseis iniciavam sua carreira pública ou no exército. As meninas eram consideradas adultas aos catorze anos, quando a maioria já estava casada.

Na Idade Média a maior parte da população vivia no meio rural e o modo de produção agrícola exigia uma família numerosa para servir de mão-de-obra. As ordens eram dadas pelo chefe de família. O pai era responsável pela educação da prole, pelos ensinamentos religiosos e pela transmissão do ofício de geração em geração. Os dogmas religiosos e o casamento sacramentado pela Igreja Católica mantinham a força da família. Os filhos deviam obediência ao pai assim como os servos aos senhores feudais (Rudinesco, 2002).

Para o historiador francês Ariés (1973), até o início da modernidade, as crianças eram vistas e consideradas adultos em miniatura e a consciência das particularidades da infância e da adolescência não existia na sociedade ocidental medieval. A ideia atual de infância que preconiza um período da vida que deva ser protegido, com garantias de direitos e cuidados especiais, e de adolescência como uma fase de transição é, de fato, uma concepção construída pela sociedade moderna. Na Idade Média, a criança pequena, assim que tivesse condições de viver sem os cuidados constantes de sua mãe ou de sua ama, ingressava na sociedade dos adultos e não se distinguia mais destes (Ariés, 1973).

Ariés descreve um sentimento de “paparicação” dirigido às crianças pequenas no século XVI e no século seguinte as preocupações em relação à educação moral, influenciadas pelas idéias de eclesiásticos, homens das leis e moralistas. Nos séculos XVI e XVII, os jovens eram valorizados e enaltecidos em função do alistamento militar e a partir do século XVIII surgem, no meio familiar, as preocupações com a higiene e a saúde física dos filhos.

Modernidade

As transformações sociais dos séculos XVIII e XIX foram importantes para a construção da adolescência como a conhecemos na atualidade. A Revolução Industrial modificou os modos de produção; o trabalho que antes era realizado nas pequenas oficinas foi substituído pelas fábricas e, cada vez mais, a entrada no mercado de trabalho passou a exigir capacitação e especialização.

A Revolução Francesa, com os ideais de liberdade, igualdade e fraternidade, valorizou os direitos individuais em oposição ao poder absolutista da monarquia. O Iluminismo, movimento cultural da elite intelectual europeia do século XVII-XVIII, ancorado no exercício da razão, apontou novos rumos para o conhecimento e para a ciência, até então, dominados pelos dogmas católicos. A ciência moderna tornou-se a fonte do conhecimento e da verdade.

A partir da Idade Moderna e da criação dos Estados Nacionais, as políticas públicas sociais começam a se estruturar. Algumas instituições se fortaleceram como escolas e hospitais, reduzindo a autoridade paterna e transformando a hierarquia social e familiar (Rudinesco, 2002). Os jovens não mais aprendem o ofício de seus pais, eles vão à escola ou ingressam, desde cedo, no mercado de trabalho.

Se até o século XVIII o jovem exerceu um papel de destaque em função da força e robustez necessárias às milícias ou ao trabalho no campo, na Idade Moderna a juventude sofreu uma crise de identidade. A adolescência passou a ser um tempo de espera, principalmente após a regulamentação das leis trabalhistas, em meados do século XX, que proibiram o trabalho para menores de catorze anos. A ampliação do acesso ao ensino nas escolas garantiu às crianças e aos adolescentes o direito à educação formal e o estudar passou a ser sua função (Calligaris, 2000).

O aumento da expectativa de vida e as atuais configurações do mercado trabalho, que exige mão de obra especializada, tem contribuído para o alargamento do período da adolescência. Esse tempo de “moratória” como nomeou Eric Erikson, pode, no entanto, trazer um sentimento de tédio e dificultar a construção da identidade e o sentido do seu papel social. De acordo com Sprinthall e Collins:

(...) o mundo ocidental tem tornado extremamente difícil para os adolescentes o atravessar deste período com forte sentido de identidade pessoal. A sociedade industrial tem exacerbado o estatuto marginal dos mesmos, aumentando em demasia o seu período de dependência (2003, p. 200).

As mudanças na família

As mudanças socioeconômicas e culturais do mundo globalizado e capitalista têm interferido também na dinâmica e na estrutura familiar. A organização do modelo tradicional de família tem se transformado em função da diversidade e complexidade das relações na sociedade atual. A organização hierárquica passou a relações mais igualitárias entre os membros (Rudinesco, 2002).

Apesar dos diferentes conceitos de família, a organização familiar sempre existiu em todas as sociedades. Segundo Amaral (*apud* Gomes e Pereira, 2005) a família é um grupo de pessoas que se relacionam cotidianamente, gerando uma trama complexa de emoções. Para Kaloustain e Ferrari (*apud* Gomes e Pereira, 2005) a família é um espaço indispensável para a garantia da sobrevivência e da proteção integral dos filhos e demais membros, independente de sua estrutura e organização. É o grupo primário onde se estabelecem os vínculos e o aporte afetivo e material, necessários para o desenvolvimento e o bem estar dos indivíduos.

A partir da Revolução Industrial e das mudanças sociais da modernidade, os relacionamentos conjugais se dão na busca do amor romântico, do matrimônio ideal e da realização da felicidade, rejeitando os valores pré-modernos de linhagem e nome de família. Nesta lógica, onde a satisfação pessoal é que norteia os laços, a separação pode ser considerada um desfecho normal de um casamento. Fonseca (2002) também nos alerta que, ao contrário do que muitos afirmam, a família não está em crise ou em risco de extinção. Pelo contrario, os laços de

parentesco, que agora se ampliam com as novas e diversificadas configurações familiares, tem assumido papéis importantes como redes de apoio.

McGoldrik (2001) aponta para as mudanças do papel da mulher na sociedade atual e as conseqüências na organização familiar. A autora alerta contra a armadilha de acharmos que o retrocesso à posição passada do papel feminino seja a solução para os problemas da família atual. Mas ressalta a necessidade das políticas públicas apoiarem a família e as mulheres no sentido de garantir condições para o bom desenvolvimento dos seus membros.

4.2 As tarefas desenvolvimentais da adolescência

Como já mencionamos anteriormente, a adolescência é marcada por alterações biológicas, cognitivas, psicológicas e sociais. As transformações biológicas ocorrem em função das intensas mudanças hormonais, crescimento e maturação sexual.

O desenvolvimento dos processos cognitivos na infância e adolescência foi detalhadamente descrito e estudado por Piaget. Para ele, na adolescência, os indivíduos desenvolvem um importante potencial devido ao pensamento formal. O adolescente adquire maior capacidade de pensar acerca de possibilidades, através de hipóteses, para antever certos resultados; refletir sobre seus próprios pensamentos e ponderar sobre os pontos de vista dos outros (Sprinthall e Collins, 2003). Essas novas perspectivas ajudam o adolescente a refletir sobre o mundo, sobre si e sua família. Assim nos diz Pretto (2001):

Eles se tornam filósofos amadores e juizes morais de valores e costumes sociais, muitas vezes agindo como embaixadores entre o lar e a comunidade, trazendo novas ideias e atitudes que servem como catalisadores para a mudança de outros membros da família. Sua propensão a questionar e desafiar normas e padrões tende a desencadear transformações em casa, na escola e nas comunidades (2001, p.228).

Para a autora, existem três principais tarefas desenvolvimentais que o adolescente deve enfrentar a partir das transformações físicas e cognitivas que se referem à sua sexualidade, identidade e autonomia.

As alterações físicas e a maturação sexual redefinem as maneiras pelas quais o adolescente se descreve e como é percebido pelos outros. Mas como ressalta Sprinthall e Collins (2003), as mudanças psicológicas secundárias à puberdade e as maneiras que irão lidar com elas dependem do meio em que o adolescente está inserido, do gênero, classe social etc.

Erik Erikson (*apud* Sprinthall e Collins, 2003), propôs uma teoria psicossocial do desenvolvimento do ciclo de vida humana dividida em sete estágios. Para este autor, cada estágio é caracterizado por situações, sentimentos e ou comportamentos opostos: confiança x desconfiança, autonomia x vergonha, iniciativa x culpa, realização x inferioridade, identidade x difusão e intimidade x isolamento. A passagem de um estágio a outro se dá a partir da resolução desses conflitos.

Para Erikson, a adolescência corresponde à etapa de formação da identidade e é encarada como um processo integrador das transformações pessoais, das exigências sociais e das expectativas em relação ao futuro. O autor afirma que a formação da identidade envolve:

(...) a criação de um sentido de unicidade; a unicidade da personalidade é sentida agora, pelo indivíduo e reconhecida pelos outros, como tendo uma certa consistência ao longo do tempo – como se fosse, por assim dizer, um facto histórico irreversível. (Erik Erikson, *apud* Sprinthall e Collins, 2003 p. 202)

A busca de uma identidade própria e auto-imagem clara e positiva, muitas vezes, podem gerar conflitos familiares e choque de valores entre as gerações.

Por fim, o adolescente deve conquistar autonomia em relação aos vínculos familiares e aventurar-se fora de casa, fortalecendo sua autoconfiança. Neste momento, o adolescente e sua família devem ser capazes de lidar com o sofrimento da perda e da separação.

Frente a essas tarefas, Pretto (2001) aponta os desafios e as mudanças necessárias dentro da família no sentido de favorecer o desenvolvimento

do adolescente. A autora afirma que este processo é mais fácil quando os pais apresentam um senso de *self* mais seguro, conseguem ser flexíveis e mais liberais frente às transformações da sexualidade e encorajam os filhos no sentido da autonomia.

Devemos também ressaltar que neste momento, os laços sociais e os recursos comunitários se fazem ainda mais necessários no sentido de dar segurança e apoiar o adolescente fora do meio familiar. Porém, a realidade atual é marcada pela fragilidade dos laços, violência e enfraquecimento das instituições, compondo um cenário desfavorável para a resolução desta etapa do desenvolvimento. Nos dias de hoje, a conquista da autonomia é uma tarefa ainda mais complicada para os pais e para os próprios adolescentes, intensificando os conflitos e as cobranças dentro de casa.

5 JUVENTUDE E POLÍTICAS PÚBLICAS

5.1 Juventude e vulnerabilidade

A juventude é considerada uma etapa do ciclo de vida entre a adolescência e a idade adulta (dos 15 aos 24 anos), marcada pela superação da proteção e dependência, características da infância e adolescência. Um momento importante de busca dos valores, auto-reconhecimento e inserção social (Brasil, 2013). De acordo com Sposito e Carrano (2007) não é possível falar em juventude, mas juventudes, dada as diferenças e desigualdades culturais, étnicas, sociais, raciais e históricas que influenciam diretamente as maneiras de ser jovem.

No campo das políticas públicas, o termo “juventude” é mais adequado e vem sendo utilizado desde a década de 90. Sposito e Carrano (2007) ressaltam a importância de se pensar as políticas para os jovens e não apenas para os adolescentes já que estes, ao fazerem dezoito anos, atingem a maioridade legal e deixam de ser protegidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, o ECA (Brasil, 1990).

Historicamente, a juventude tem sido descrita como uma fase de instabilidades e problemas sociais. Bourdieu (*apud* Sposito e Carrano, 2007), examina as ambigüidades das representações acerca desses problemas: ora investem-se concepções positivas às características juvenis de provocar mudanças sociais, ora, de forma negativa, considera-se os jovens uma ameaça social e um desvio.

Segundo Abad (*apud* Sposito 2007) a história das políticas públicas para a juventude na América Latina pode ser dividida em quatro modelos: a ampliação da educação e do tempo livre (entre 1950-1980); o controle social de setores juvenis organizados (1970-1985); o enfrentamento da pobreza e a prevenção do delito (1985-2000); e a inserção laboral dos jovens excluídos (2000).

Nos anos 60, a juventude foi vista como um problema, considerada protagonista dos movimentos que geraram crises de valores e mudanças éticas e políticas. Já nos anos 70, a juventude foi vista com preocupação em função das taxas de desemprego e dos problemas econômicos.

No Brasil, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, as políticas públicas têm sido pautadas de forma a garantir os direitos e os deveres desta camada da população.

Progressivamente, a juventude passou a ser reconhecida não apenas como uma etapa entre a adolescência e a idade adulta, mas como um conjunto de sujeitos de direitos que merecem políticas específicas (Brasil, 2013).

Em 2004, foi instituída a Comissão Especial de Políticas Públicas de Juventude para a construção do Plano Nacional de Juventude e o Estatuto da Juventude, ainda em tramitação (Brasil, 2013). Em 2005, foi criada a Secretaria Nacional de Juventude, Conselho Nacional de Juventude e o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (Projovem).

A Política Nacional de Juventude (Brasil 2013), a partir de dados levantados em pesquisas e amostras domiciliares ,foi elaborada com o objetivo de garantir direitos básicos à população juvenil, especialmente aos que vivem em situação de vulnerabilidade e que tem menor acesso à garantia de seus direitos básicos. De acordo com essa pesquisa, os seguintes aspectos são considerados como situações de maior risco social: apresentar deficiência (maiores taxa de abandono escolar), ser negro (maiores taxas de analfabetismo, menor escolaridade, taxas de morte por homicídios quatro vezes maiores que entre os jovens brancos), residir em áreas rurais (menor taxa de escolaridade e maior índice de analfabetismo) ou em periferias das grandes cidades (72 % dos jovens residem em moradias inadequadas e 2 milhões em favelas). Os dados também revelaram que a taxa de desemprego entre os jovens chega a ser três vezes maior que entre os adultos (Brasil, 2013).

De uma forma geral, as políticas de juventude têm sido orientadas no sentido de ampliar o acesso e a permanência no sistema escolar, preparação e inserção do jovem no mercado de trabalho e ações de transferências de renda, valorização da cultura de paz e combate à violência física e simbólica.

5.2 Os problemas de saúde

Paralelamente à construção das políticas de juventude, algumas ações do Ministério da Saúde marcaram a atenção à saúde do adolescente e do jovem no Brasil. Em 1989, foi criado o “Programa Saúde do Adolescente” (PROSAD) e em 1999 criada a Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, ligada à Secretaria de Políticas de Saúde. Spostio e Carrano (2007) afirmam, no entanto, que essas políticas foram

ineficazes, pois se deram de forma desarticulada dentro da esfera governamental e não incluíram os próprios jovens como atores e protagonistas.

Em 2010, foram publicadas as diretrizes nacionais para a “Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens” (Brasil, 2010) que elegeu algumas prioridades como: violência (intra familiar e sexual), morte por causas externa (agressões, suicídio, afogamento e acidentes de transporte), saúde sexual (DST/AIDS, gravidez na adolescência e mortalidade materna) e uso de álcool e outras drogas. A maioria das temáticas elencadas acima é transversal às ações em Saúde Mental, em especial a violência, o suicídio e o uso de drogas.

5.3 As políticas de saúde mental para infância e adolescência

Historicamente, as ações relacionadas à saúde mental infantil foram delegadas aos setores da educação, assistência social e justiça, e o modelo de cuidado voltado à institucionalização (Couto, 2008). No início do século XX, havia uma valorização da infância e os jovens eram a esperança de um futuro promissor. No Brasil, a Liga de Higiene Mental se esforçou para garantir “boas” orientações aos pais e uma educação adequada aos jovens com o intuito de prevenir as doenças mentais (Schechtman, 2005). Neste período, as instituições, em geral filantrópicas, assumiam a assistência das crianças e adolescentes, de diferentes grupos sociais, nas áreas da educação (internatos), da assistência social (orfanatos e abrigos) e da saúde (hospitais).

A partir do movimento de redemocratização no Brasil, movimento da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica, houve uma tendência à redução e diminuição das forças dessas instituições, embora, ainda hoje, o número de crianças e jovens de baixa renda institucionalizados seja alto (Rizinni, 2005).

A partir de 1990, com a promulgação do ECA, as crianças e os adolescentes passaram a ser considerados cidadãos de direitos e de responsabilidades. A partir de então, as políticas públicas nacionais de saúde mental da infância e adolescência serão dirigidas aos sujeitos com direitos ao cuidado singular e individualizado. O sofrimento mental das crianças e dos adolescentes deve ser acolhido e reconhecido.

Em 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2001) reafirma a necessidade de instaurar as ações de cuidado e tratamento para a população infanto-juvenil. Em 2004, é instituído o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes com as seguintes atribuições: funcionar como espaço de articulação intersetorial e discussão permanente sobre políticas nesta área; estabelecer diretrizes nacionais para a organização de práticas que envolvam o cuidado à saúde mental infanto-juvenil; elaborar recomendações e deliberações a serem transmitidas e implantadas na rede intersetorial de assistência e produzir e divulgar conhecimentos na área (Brasil, 2005).

A atual política nacional de saúde mental da infância e adolescência (Brasil, 2005) tem como finalidade construir uma rede de cuidados capaz de responder com efetividade às necessidades desta população. Baseada nos princípios da reforma psiquiátrica, essa política visa garantir assistência integral e universal e com enfoque no território, evitando a institucionalização. Duas ações se destacam para a execução desta política: a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial e a construção de estratégias de articulação intersetorial da saúde mental com setores envolvidos na assistência à infância e adolescência (Couto, 2008).

Embora a recente publicação da Organização Mundial da Saúde (2014) aponte a depressão como sendo o principal problema de saúde entre os adolescentes, a efetivação das políticas de saúde mental para a infância e adolescência ainda está muito aquém das necessidades. O Município de Florianópolis, por exemplo, dispõem apenas de um Caps-i, inexistem leitos de internação em hospitais gerais específicos para a infância e adolescência e nem tampouco residências terapêuticas e casas de acolhimento transitório: todos pontos de atenção indicados como tendo que fazer parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria Ministerial 3088/2011 (Brasil, 2011).

Vivenciamos ainda hoje situações de graves violações de direitos de crianças e adolescentes em função das falhas e negligências das gestões locais em diferentes lugares do Brasil como, por exemplo, adolescentes em situações de maior gravidade (risco de suicídio ou sintomas psicóticos graves) internados em hospital psiquiátrico junto com adultos; crianças e jovens, afastado de suas famílias de origem e com longos percursos de abrigamento e que sofrem com transtorno mental

grave internados em clínicas particulares (mini hospícios) e adolescentes e crianças com transtornos mentais graves em situações de isolamento social extremo e que não conseguem frequentar os serviços de atenção psicossocial.

Sabemos que a construção e o fortalecimento da rede de atenção psicossocial para crianças e adolescentes dependem também dos esforços mútuos dos profissionais das diferentes áreas, setores e níveis de atenção. As ações integradas e intersetoriais são o grande desafio na prática do cuidado de crianças e adolescentes em situação de elevado sofrimento, em especial quando lidamos com famílias e situações de grave vulnerabilidade social em que os laços familiares e comunitários já estão extremamente frágeis.

Dessa forma, os profissionais da saúde, que compõem a rede de atenção psicossocial para crianças e adolescentes devem trabalhar continuamente em conjunto com as escolas, conselhos tutelares, promotoria, centros comunitários, centros de referência à assistência social, entre outras instituições, no sentido de resgatar e fortalecer os vínculos com as redes de apoio social para as famílias, as crianças e os adolescentes, além de garantir a atenção e o cuidado da saúde mental dessa população e de suas famílias.

6 O PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo foi realizado a partir de uma pesquisa de campo de metodologia qualitativa, descritiva, junto ao Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (Caps-i) do município de Florianópolis.

Para Denzin e Lincoln (2010), a pesquisa qualitativa, melhor chamada de interpretativa, se percebe não isenta de valores e pressupostos. Pelo contrário, o autor ressalta o “viés” do pesquisador como um determinante da pesquisa e afirma:

(...) [a pesquisa qualitativa] é uma atividade situada que localiza o observador no mundo, consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo.

(...) [os pesquisadores qualitativos] estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender, ou interpretar, os fenômenos em termos de significados que as pessoas a eles conferem. (Denzin e Lincoln, 2010 p. 17).

Os autores também ressaltam o processo interativo da pesquisa qualitativa, influenciado pela história pessoal, biografia, gênero, classe social, raça e etnicidade do pesquisador e daquelas pessoas que fazem parte do cenário.

Como afirma Minayo (2008, p. 41): “Ninguém hoje ousaria negar a evidência de que toda ciência, em sua construção e desenvolvimento, passa pela subjetividade e por interesses diversos” e neste sentido a autora alerta que:

O reconhecimento desta contingência é uma condição *sine quanon* da pesquisa, que uma vez compreendida, pode ter como fruto investimentos radicais no processo de objetivação do conhecimento. Isto é, cabe ao pesquisador usar um acurado instrumental teórico e metodológico que o munície na aproximação e na construção da realidade, ao mesmo tempo que mantém a crítica não só sobre as condições de compreensão do objeto como de seus próprios procedimentos. (Minayo, 2008, p. 42).

O desafio do pesquisador é, portanto, identificar e problematizar suas interferências subjetivas ao longo da coleta dos dados e durante o exercício da interpretação dos resultados. Neste sentido, o fato de uma das pesquisadoras ser a psiquiatra assistente dos mesmos adolescentes entrevistados e ser trabalhadora do serviço exigiu o reconhecimento de tais influências. Se, por um lado, isso facilitou o contato e a intimidade do procedimento, por outro, gerou a necessidade de cautela durante a organização e análise dos dados, assegurando a diferenciação entre o papel de pesquisadora e o papel de profissional da clínica.

Durante todo o processo de interpretação das narrativas, nos esforçamos para se ater aos dados fornecidos apenas nas entrevistas, evitando trazer informações e conhecimentos do contexto clínico. Durante a entrevista, o lugar de pesquisadora foi demarcado para o entrevistado no início do procedimento, apontando a este que aquele momento não era psicoterapêutico, mas de participação em uma pesquisa.

6.1 História de Vida

Ao optar por uma abordagem metodológica de pesquisa, buscamos um método que possibilitasse a compreensão do sofrimento psíquico a partir da narrativa do próprio sujeito e que permitisse olhar para o fenômeno da depressão como um processo. Nessa perspectiva, utilizamos a “história de vida” como método de investigação, sendo que a técnica utilizada foi a entrevista narrativa (EN).

Nas décadas de 30 e 40, sob a influência de Robert Park e Ernest Burgess, a história de vida - ou estudo de caso - passa a ser utilizada como método de pesquisa social pela Escola de Chicago, a partir dos pressupostos do Intencionismo Simbólico (Denzin, 1978). Por conta da força e exigências dos métodos quantitativos e do rigor das pesquisas empíricas, essa abordagem foi deixada de lado por algumas décadas. Em meados dos anos 70, esta metodologia retorna ao palco com os estudos de Fritz Schutze, na Alemanha, e com Daniel Bertaux, na França, com os estudos biográficos.

As pesquisas com histórias de vida e com a abordagem (auto) biográfica assentam-se na hermenêutica crítica, face à interpretação do social e da valorização dos sentidos e significados construídos pelos sujeitos, num determinado contexto.

Para Minayo (2008), que se baseia nos escritos de Gadamer, a hermenêutica funda-se na compreensão, que por sua vez origina-se do processo de intersubjetividade e de objetivação humana e depende da capacidade da pessoa, no caso o pesquisador, de se colocar no lugar do outro. Para a autora, o sentido do peculiar é sempre resultante do contexto, do todo e assim cita Gadamer:

Já que o todo, a partir do qual se deve compreender o individual, não pode ser dado antes do individual, (...) o compreender é sempre mover-se em círculo, e portanto é essencial o constante retorno do todo às partes e vice-versa. A isso se acrescenta que o círculo está sempre se ampliando, já que o conceito do todo é relativo, e a integração em contextos cada vez maiores afeta sempre também a compreensão do individual (Gadamer *apud* Minayo, 2008, p. 330)

Segundo Arpini (2003), nas histórias de vida relatam-se experiências vivenciadas por um sujeito individual, as quais incluem determinados fatos, momentos e situações marcantes em sua trajetória de vida. A história de qualquer sujeito, necessariamente, implica uma referência ao outro, desse modo, a história singular está repleta de interações sociais.

Esse método nos possibilita a leitura do social a partir da valorização da experiência vivida. A história de vida, por conseguir dar conta da noção de processo, está indicada para melhor compreensão de fenômenos subjetivos dentro de um contexto social.

Ao narrar sua história, o sujeito deverá realizar um exercício de resgatar lembranças e organizar os fatos numa seqüência minimamente lógica que permita o relato. Como salienta Jovchelovitch e Bauer:

Através da narrativa, as pessoas lembram o que aconteceu, colocam a experiência em uma seqüência, encontram possíveis explicações para isso, e jogam com a cadeia de acontecimentos que constroem a vida individual e social. Contar história implica estados intencionais que aliviam, ou ao menos tornam familiares, acontecimentos e sentimentos que confrontam a vida cotidiana normal. (Jovchelovitch e Bauer, 2002, p. 91).

A etimologia da palavra “narrativa” vem do latim *narrare*: relatar, contar uma história. Para Ricoeur, a narrativa implica duas dimensões: a cronológica, referente à narrativa como uma seqüência de episódios e a não cronológica, que implica a construção de um todo a partir de sucessivos acontecimentos, ou a configuração de um “enredo”. É através do enredo, que as unidades individuais adquirem um sentido na narrativa. Assim, a narrativa é uma tentativa de ligar os acontecimentos, tanto no tempo como no sentido (Jovchelovitch e Bauer, 2002). A partir da narrativa da história de vida se constrói a trajetória de vida.

6.2 O Campo

6.2.1 Local

O Município de Florianópolis é a capital do estado de Santa Catarina, na Região Sul do Brasil. Destaca-se por ser a capital brasileira com o melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), da ordem de 0.847 e o terceiro município com o maior índice no país. Localiza-se no leste do estado de Santa Catarina e é banhado pelo Oceano Atlântico. Grande parte de Florianópolis (97,23%) está situada na Ilha de Santa Catarina. Em 2012, possuía segundo estimativa do IBGE, uma população de 433 158 habitantes, figurando como a segunda cidade mais populosa do estado.

Para a gestão de área da saúde municipal, Florianópolis está organizada em cinco Distritos Sanitários que têm como porta de entrada prioritária os Centros de Saúde. Os 49 Centros de Saúde compõem a Atenção Básica, que está estruturada na lógica da Estratégia da Saúde da Família (ESF). Florianópolis apresenta uma cobertura superior a 90% pela ESF e quase toda população tem Cadastro Nacional do Sistema Único de Saúde.

A rede de Saúde é composta pelos 49 Centros de Saúde, quatro Policlínicas, duas Unidades de Pronto Atendimento, dois Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (Caps-ad), um Caps II adulto, um Caps infantil e um Consultório na Rua, além das equipes de Apoio à Saúde da Família (Nasf) que possuem psicólogos, psiquiatras e outros profissionais de nível superior.

O Caps-i é um serviço de saúde vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e está inserido na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). De acordo com a lógica da Atenção Básica, o gerenciamento do cuidado do usuário é feito pela ESF e, se necessário, encaminhados ao Caps apenas os casos graves. Em média, o serviço atende mensalmente 150 crianças e adolescentes. A equipe é formada por quatro psicólogas, uma assistente social, duas enfermeiras, uma neurologista, uma psiquiatra, uma técnica de enfermagem, dois administrativos, uma auxiliar de serviços gerais e um segurança. O serviço oferece oficinas terapêuticas, grupos de psicoterapia, grupos de cuidadores, atendimento familiar, oficina de criação e os atendimentos individuais realizados pelos profissionais de nível superior.

6.2.2 Participantes

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, a amostra populacional estudada se caracteriza por ser não probabilística. De acordo com Guest *et al.* (2006), o tamanho da amostra e a quantidade de entrevistas realizadas, numa pesquisa qualitativa, podem ser determinados de acordo com o conceito de “saturação teórica”. Conforme os autores, vários estudos sugerem a realização de seis a doze entrevistas para se atingir a saturação teórica das categorias de análise dos dados.

Todos os adolescentes que apresentavam sintomas de depressão, no período de março à julho de 2014, foram identificados pela equipe do serviço como possíveis candidatos à pesquisa. Os critérios de inclusão foram: apresentar sintomas de depressão, estar inserido há pelo menos três meses no serviço e já ter passado pelo processo de avaliação, pois se esperava que nesta etapa o adolescente fosse capaz de refletir melhor sobre sua história de vida e seu sofrimento. Os critérios de exclusão foram: apresentar déficit cognitivo, sintomas psicóticos agudos ou diagnóstico de transtorno afetivo bipolar.

Inicialmente, foram identificados dez adolescentes que preenchiam os critérios acima. Desses, uma adolescente deixou de frequentar o serviço e outro adolescente não aceitou participar da pesquisa. Desta forma, foram entrevistados oito adolescentes.

Os adolescentes foram identificados por nomes fictícios para evitar o reconhecimento. A tabela 1 informa os dados de identificação dos sujeitos.

Tabela1: Identificação dos participantes

Nome	Idade (anos)	Sexo	Escolaridade	Data da Entrevista
Denise	17	F	Ens.médio compl.	28/04/2014
Marina	16	F	1º ano ens. Médio	18/06/2014
Leo	17	M	2º ano ens. Médio	09/05/2014
Stela	15	F	1º ano ens. Médio	18/06/2014
Isis	15	F	1º anoens.médio	24/04/2014
Janaína	17	F	3º anoens.médio	13/06/2014
Leticia	16	F	1º ano ens. Médio	07/05/2014
Carol	15	F	1º ano ens. Médio	25/07/2014

Fonte: pesquisa de campo

6.3 Procedimentos

6.3.1 Considerações éticas

Os procedimentos desta pesquisa foram realizados de forma ética e legal, de acordo com a resolução do CNS 466/2012 (CNS, 2015). As entrevistas só foram realizadas após aprovação do comitê de ética e pesquisa com seres humanos da UFSC. Asseguramos ainda ao adolescente o direito ao respeito e à inviolabilidade de sua integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação de sua imagem, identidade e autonomia, conforme o artigo 17 do Capítulo II do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990).

O adolescente foi convidado a participar voluntariamente da pesquisa e somente foi entrevistado após autorização do responsável legal e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (modelo em anexo).

6.3.2 Entrevista Narrativa

A entrevista narrativa (EN) é uma técnica de pesquisa qualitativa (Flick, 2007). Trata-se de uma forma de entrevista não estruturada de profundidade, com características específicas. A técnica da EN foi sistematizada por Fritz Schutze num manuscrito não publicado em 1977, sob influências da etnometodologia, interacionismo simbólico e fenomenologia. Este texto foi difundido informalmente entre os pesquisadores sociais e Jovchelovitch e Bauer (2002) apresentam os principais conceitos e técnicas da EN num capítulo do livro “Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som” de Bauer M.W e Gaskell, G (2002).

Este método tenta superar as entrevistas estruturadas e semi-estruturadas do tipo pergunta-resposta, minimizando as influências do entrevistador e favorecendo a narrativa do entrevistado de forma espontânea. O entrevistador encoraja e estimula o entrevistado a contar uma história sobre algum acontecimento de sua vida ou de um contexto social. A idéia básica é reconstruir acontecimentos sociais a partir da perspectiva dos informantes. A narrativa de história de vida ou narrativa biográfica pode ser considerada uma forma de EN.

6.3.3 A coleta dos dados

A primeira abordagem ao adolescente e o convite para a participação da pesquisa foram feitos no próprio Caps-i nos dias em que estes freqüentavam alguma atividade. Após a aceitação do convite, foi feito o contato com os pais para orientar sobre a pesquisa e solicitar a autorização. As entrevistas só foram realizadas após a assinatura de um dos pais do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e da Anuência do adolescente (modelo em anexo).

Uma entrevista foi realizada na casa da adolescente e outra na Universidade, por pedido das mesmas. Os outros seis adolescentes foram entrevistados no Caps-i. Os primeiros minutos do encontro entre a pesquisadora e o entrevistado foram informais quando o adolescente foi informado sobre a pesquisa e os procedimentos. Posteriormente, após o início da gravação, fazíamos a solicitação: “Gostaria que você me falasse um pouco sobre sua vida, das coisas que você se lembrar, dos

acontecimentos felizes ou momentos difíceis, desde que você nasceu até os dias de hoje”

Em média, as entrevistas tiveram duração de uma hora, foram gravadas em áudio e transcritas utilizando a linguagem do próprio adolescente, ressaltando os momentos de pausas e expressões de emoções como choro, risos e silêncios.

Por questões éticas, nenhuma entrevista transcrita está anexada a este trabalho, com a finalidade de evitar possíveis identificações de leitores diversos na divulgação desta pesquisa em ambiente acadêmico. Conforme previsto no projeto aprovado junto ao CEPESH, todas as gravações e entrevistas transcritas encontram-se arquivadas junto aos dados do projeto na UFSC.

6.4 Tratamento e organização dos dados

O tratamento dos dados transcritos foi realizado em três etapas:

- 1- Leitura do texto escrito e identificação dos temas em cada trecho da narrativa.

Cada adolescente teve um jeito de narrar sua história; uns foram mais descritivos e narraram mais os fatos acontecidos, outros falaram mais sobre seus sentimentos e sobre os relacionamentos. Os trechos das entrevistas foram grifados com cores distintas que correspondiam aos temas identificados.

- 2- Construção das trajetórias de vida e genogramas.

Nesta etapa, organizamos uma série cronológica da vida de cada adolescente, assinalando os acontecimentos relatados e os sentimentos envolvidos e em seguida escrevemos as trajetórias de vida resumida de cada adolescente. A partir das narrativas, construímos o genograma de cada participante com o objetivo de ilustrar a organização familiar. Supomos que alguns familiares não foram lembrados ou mencionados durante as entrevistas e, portanto, algumas informações são desconhecidas. Para a construção do genograma, utilizamos o software “*GenoPro 2011*” de licença livre.

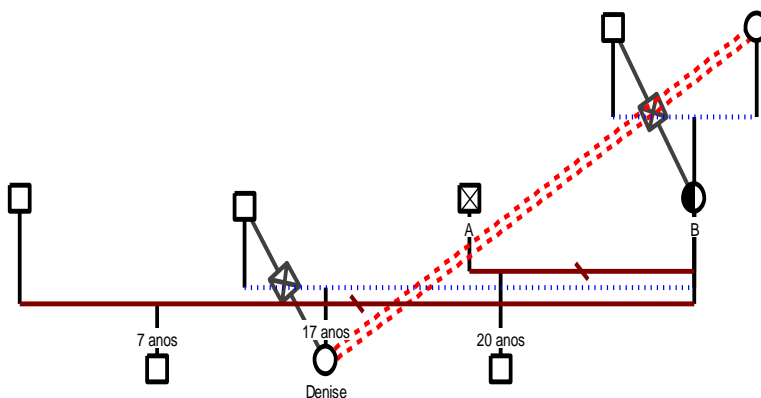
3- Ordenação dos temas em categorias de análise.

As categorias foram elaboradas ao longo do processo de leitura e releitura dos dados e dos temas identificados. O que norteou essa construção foi o nosso objetivo de pesquisar o significado do sofrimento dos adolescentes, ou seja, de identificar os momentos de sofrimento ao longo da trajetória de vida. Baseados também na literatura (Thapar *et al.*, 2012; Rocha *et al.*, 2013) sobre os principais fatores de risco relacionados à depressão na adolescência (fatores familiares, individuais e estressores psicossociais), agrupamos os temas nas categorias “família”, “estressores psicossociais” e “subjetividade e os sintomas de depressão”.

7 RESULTADOS

As trajetórias de vida foram construídas a partir das narrativas dos adolescentes. As falas aqui apresentadas referem-se às entrevistas transcritas de cada participante.

7.1 Adolescente 01: Denise



Legenda:

<p>Relacionamento emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> Indiferente - - - Distante - Hostil Abuso sexual Nunca encontrou Conflito Harmonia 	<p>Relacionamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> Separados de fato Relação casual Relação casual e separados Outro ou desconhecido 	<ul style="list-style-type: none"> Transtorno mental Uso de álcool e outras drogas Transtorno mental presumível
--	--	--

Denise tem dezessete anos, nasceu em Florianópolis e mora com a mãe, avó, irmão de vinte anos e um irmão de sete. Já concluiu ensino médio e atualmente trabalha numa pequena loja da mãe.

Denise não conhece o pai, sua mãe diz que ele não era uma pessoa boa e que a abandonou durante a gestação. Segundo a adolescente, as experiências de relacionamento das mulheres da família com os homens não foram positivas. Sua avó foi mãe solteira e não recebeu apoio do pai e por isso criou a mãe de Denise isolada de sua família de origem, recebendo apoio apenas do irmão.

O primeiro casamento da mãe não dera certo, pois ele, pai do irmão mais velho de Denise, a traiu com sua melhor amiga. O segundo marido a abandonou e o terceiro marido, pai do irmão mais novo, usava drogas e também a traiu.

Quando Denise tinha quatro anos, a mãe se casou com Gustavo a quem chamava de pai e gostava muito: *“Quando a minha mãe foi morar com o meu padrasto eu me senti mais acolhida. Por que a minha mãe e a minha avó davam mais atenção pro meu irmão e ele dava pra mim”*

Contudo, seu padrasto Gustavo e sua mãe se separaram quando ela tinha ainda nove anos, de modo que elas voltaram a morar com a avó. O padrasto bebia e era agressivo com a mãe. Denise relata que sofreu, pois o tinha como pai. A mãe de Denise sempre trabalhara muito fora de casa e ela e seu irmão eram cuidados ora pela avó, ora por outros cuidadores: *“(...) a minha mãe não tinha condição de pagar uma babá pra nós dois, aí a gente ficava assim, de casa em casa”*.

Denise diz que sentia falta do convívio com a mãe e se lembra de chorar até a mãe chegar do trabalho de madrugada, quando então se tranqüilizava e conseguia dormir, porém, mantinha esse sofrimento em segredo. Sofria também por se sentir preterida em relação ao irmão mais velho; sempre achou que a mãe e a avó gostavam mais dele, lhe davam mais carinho e atenção.

Ao iniciar na escola, Denise conta que sofria *bullying*. As meninas lhe chamavam de gorda e riam por ela usar óculos. Tinha algumas amigas, mas se queixa que, quando mais precisava, percebia que elas não eram tão amigas e que não podia confiar nelas. Diz que sempre se sentiu inferior a todo mundo.

Aos oito anos, Denise começou a se cortar e esse comportamento foi se agravando até que aos quinze anos a mãe descobriu. *“Foi aumentando a agressividade das palavras das pessoas e a exclusão no colégio, foi aumentando também a frequência dos cortes e a gravidade”*, diz Denise.

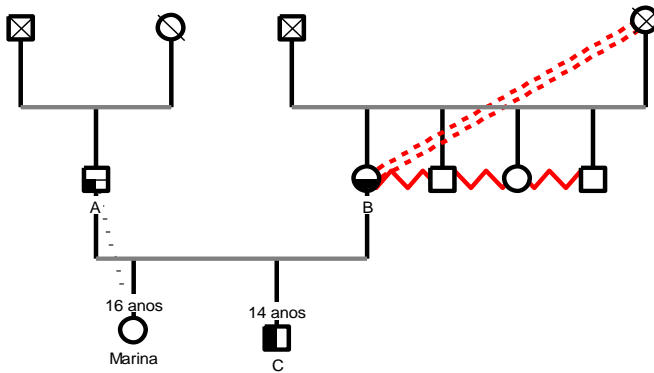
Teve um período em que Denise parou de se cortar, estava mais animada, fazendo amigos e até namorando. Conta que quando começou a namorar, sua avó passou a lhe incomodar mais, pois não gostava do menino e chegaram a ficar um ano sem se falar. Diz que sua avó trata mal as mulheres, pois quer protegê-las contra os homens.

Aos 16 anos, numa consulta no Centro de Saúde, a médica de família observou as lesões no corpo de Denise e após longas conversas, e exames laboratoriais, descobriu que a menina estava se machucando novamente e foi encaminhada ao Caps-i. Depois de um tempo de tratamento, Denise diz que aprendeu a lidar com seus sentimentos e percebeu que ela é “carente” e que “coloca coisas” em sua cabeça de que os outros não gostam dela.

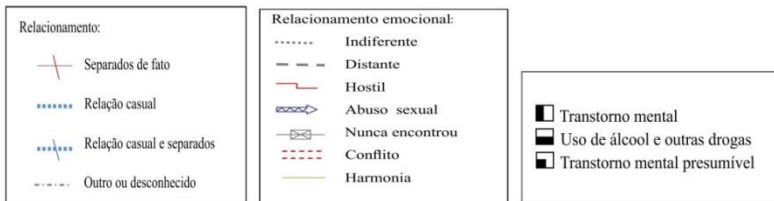
Há 6 meses, sua mãe teve diagnóstico de câncer, sendo que depois disso Denise se aproximou dela exercendo um papel de cuidadora, o que a deixou contente e satisfeita. Diz que depois da doença da mãe, passou a dar mais valor a ela e percebeu que fora egoísta por ter passado a vida chorando pela ausência do pai e não reconhecido os esforços e as iniciativas de sua mãe.

Denise diz que sempre teve baixa auto-estima, se sentia menos que todo mundo, fraca e chorona. Hoje reflete que ela se colocava em posição de vítima e não que as pessoas eram contra ela. Refere sentir culpa em diversas situações.

7. 2 Adolescente 02: Marina



Legenda:



Marina tem dezesseis anos, nasceu em Florianópolis e mora com os pais e o irmão de catorze anos. Quando nasceu, a mãe trabalhava e a avó cuidava dela.

Quando tinha um ano e meio a mãe teve outro filho e aos dois anos se mudaram para outra cidade em função do trabalho do pai.

A mãe parou de trabalhar e ficava o dia inteiro com eles em casa. Como conheciam poucas pessoas na cidade e não freqüentava escola, Marina não tinha amigos. Queixa-se que nas festas de seu aniversário o pai convidava os amigos do trabalho e ela não se sentia à vontade para brincar com aquelas crianças.

Gostava muito de assistir os desenhos da Disney e sua mãe inventava muitas brincadeiras. Não brincava com o irmão, pois como foi diagnosticado posteriormente, ele é autista. Marina diz que não gostava dele, sente que os pais lhe davam muito mais atenção, que ele era o

centro das atenções e das preocupações. Gostava quando os avós vinham visitá-la e traziam presentes. Diz que amava a avó e que o avô gostava muito dela e se lembra que ele era muito legal.

Aos seis anos começou a frequentar a escola, mas teve dificuldade de socialização, pois achava que as crianças não gostavam de brincar com ela e não conseguia se incluir nas brincadeiras.

Ainda aos seis anos, retornaram para Florianópolis e foram morar com os avós maternos. Na nova escola, Marina conseguiu fazer uma amiga, porém, suas mães brigaram e a amiga mudou de turno. A mãe da amiga se queixou que Marina era muito possessiva com a filha e fazia mal a ela.

A adolescente se queixa que o colégio era de freiras e muito rígido. Nesta época, relata muitas brigas familiares entre a mãe, os tios e os avós. Com o adoecimento do avô, que ficou acamado por dois anos, os conflitos se intensificaram.

Diz que sempre foi carente e que vivia brigando com a sua mãe e fazendo escândalo para receber atenção: “(...) *eu vivia brigando, tipo, fazendo showzinho sabe, de brigar com a minha mãe em público, de gritar com ela no supermercado, na saída do colégio*”. Sentia que os pais davam mais carinho para o irmão e davam preferência às exigências deles e isso a deixava muito brava e com raiva. Acabava brigando também na escola.

Com dez anos mudou de escola e se sentiu melhor. Naquele ano, porém, o avô faleceu e pioraram as brigas entre a mãe e os tios. De acordo com a percepção de Marina, a avó ficou “deprimida”, saiu de casa e foi morar com a empregada e depois com o tio.

Aos onze, Marina arrumou um namorado de dezoito anos, que morava no Rio de Janeiro. Ele vinha passar as férias em Florianópolis e quando tinha doze anos, ele a forçou ter relações sexuais. Marina não contou aos pais, apenas quatro anos depois quando, então, o denunciaram.

Quando tinha treze anos o pai “fugiu” da casa, estava deprimido e desempregado, e foi morar em sua cidade natal. Mãe e filhos passaram por dificuldades financeiras, a casa da avó onde moravam foi vendida e tiveram que se mudar para um apartamento pequeno. Marina passou a

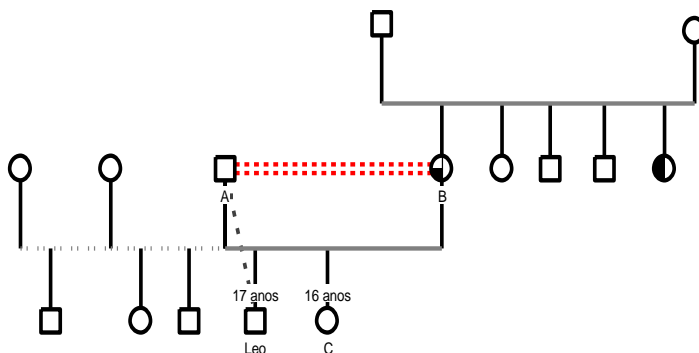
estudar em uma escola pública e a mãe vendia livros para conseguir comprar comida.

O pai voltou depois de seis meses e estava diferente, mais calado e a mãe tinha medo que ele roubasse os filhos. Gostaria que o pai fosse mais carinhoso e tem a percepção de que ele sempre foi ausente.

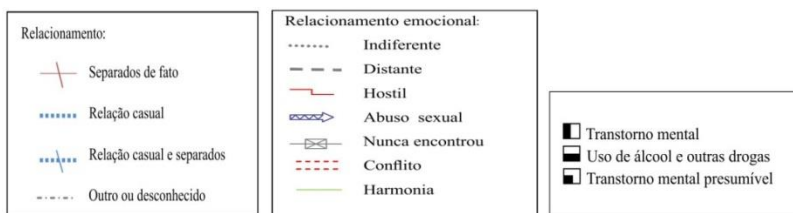
Com catorze anos terminou o namoro e passou a sair e fazer novas amizades. Nesta época, refere também que a avó faleceu e que isso a deixou bem triste e começou a apresentar sintomas de depressão. A mãe a levou no centro espírita achando que poderia estar com o “encosto” da avó e depois começou a fazer psicoterapia.

Marina se percebe como tendo sido semprearente e briguenta. Diz que tem dificuldade para confiar nas pessoas, sempre acha que vão mentir ou fazer algo ruim. Sente medo das pessoas e tem momentos em que fica muito triste, se isola, chora muito e pensa em morrer.

7.3 Adolescente 03: Leo



Legenda:



Leo tem dezessete anos, nasceu numa cidade do interior de Santa Catarina e veio para Florianópolis aos sete meses de vida. Mora com os pais e uma irmã mais nova. O pai é pedreiro e a mãe dona de casa. Está cursando segundo ano do ensino médio de uma escola pública.

Conta que foi muito sozinho na sua infância, sua mãe era deprimida e não os deixava brincar na rua e nem se sujar. O pai trabalhava muito, passava dias fora de casa ou ficava jogando no bar.

A irmã nasceu quando ele tinha um ano e quatro meses e diz que sua mãe teve depressão pós-parto. Tinha poucos amigos na rua, diz que eles eram “remelentos” e “tudo pirralhada”. Sempre foi mais isolado e quieto.

Foi para a escola aos seis anos, até então ficava em casa com a mãe e irmã. Nunca gostou de frequentar a escola apesar de ser bom aluno até a sétima série. Diz que os meninos o chamavam de “nerd”. Depois da

escola, passava o dia assistindo televisão. Às vezes fugia para poder jogar bola, pois a mãe não o deixava sair.

Conta que o tio morou com eles dos seis até os treze anos. Gostava muito dele, com quem brincava e conversava mais: *“meu tio jogava bola comigo, ficava sempre conversando”*.

Aos nove anos, começou a apresentar crises que se assemelhavam a crises epiléticas, mas que os médicos diziam que ele não tinha nada. A mãe o levou à igreja evangélica onde disseram que era coisa do “capeta”. Aos doze anos começou a ter crises asmáticas e repetiu de ano na escola pois a mãe não levava os atestados médicos.

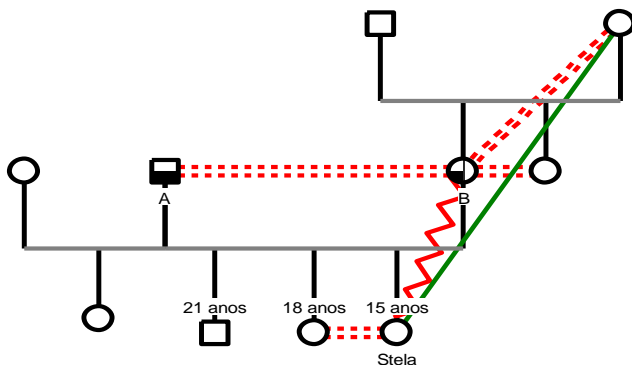
Quando tinha treze, o tio voltou para o interior de Santa Catarina e aos catorze anos sua primeira namorada também se mudou para outra cidade. Conta que então ficou triste: *“não conseguia dormir, via coisas, não sentia vontade de fazer nada, só isolado (...) Eu fiquei pior do que já estava”*.

Queixa-se da ausência do pai durante toda a sua vida. Conta que ele fora casado outras vezes e teve mais três filhos com quem não mantém contato. Gostaria que sua família fosse mais unida. Temia que o pai também o abandonasse.

Leo afirma que sempre se sentiu sozinho, era quieto e estressado com as pessoas que olhavam para ele, desconfiado. Diz que sentia muita raiva e tristeza. Acha que a mãe protege e elogia mais a irmã que é mais certinha e se queixa que a mãe é “neurótica” por limpeza. Acha que sua vida era monótona, não tinha com quem conversar, tinha dificuldade de fazer amizades e se isolava em casa.

Aos dezesseis anos foi encaminhado ao Caps-i. Um tempo depois começou a namorar outra menina com quem está até hoje. Há três meses está trabalhando de telemarketing pela manhã e de tarde vai à escola. Diz que se sentiu melhor no Caps-i, pôde falar dos seus sentimentos e o pai está um pouco mais próximo. Gosta de música e toca violão. Diz que aprendeu sozinho, pois não quer que outros interfiram no seu método de aprender e tocar.

7. 4 Adolescente 04: Stela



Legenda:

Relacionamento:	Relacionamento emocional:	
Separados de fato	Indiferente	Transtorno mental
Relação casual	Distante	Uso de álcool e outras drogas
Relação casual e separados	Hostil	Transtorno mental presumível
Outro ou desconhecido	Abuso sexual	
	Nunca encontrou	
	Conflito	
	Harmonia	

Stela tem quinze anos, nasceu no interior do Rio Grande do Sul e mora em Florianópolis há um ano, com os pais e a irmã de dezoito anos. Está cursando o primeiro ano do ensino médio.

Conta que nasceu prematura, pois a mãe teve pré-eclâmpsia. Aos seis meses de idade começou a freqüentar a creche, pois os pais trabalhavam. Diz que era muito maior que as outras crianças e era mais avançada. Acha que sempre foi impulsiva e aos quatro anos quebrou o nariz de um coleguinha por pedido da professora.

Lembra-se de ouvir brigas dos pais de madrugada e aos sete anos descobriu que o pai usava drogas e a mãe brigava muito com ele. Aos dez anos venderam a casa onde moravam, pois o pai estava usando muita droga e queriam mudar de vida. Foram morar com a avó (materna) e tentaram morar em outras cidades, mas acabaram retornando.

Quando tinha onze anos, a mãe brigou com a avó que as mandou embora de casa. Diz que foi um momento muito difícil da vida, pois o pai teve “recaída” e as deixou sozinhas: “*Não tinha coisa dentro de casa, o meu pai não ajudava e a minha mãe não trabalhava*”. Nesta época, Stela teve piora do rendimento escolar e brigava muito com a mãe. Repetiu o oitavo ano e sua mãe a trocou de escola. Diz que sua mãe queria que ela tivesse mais disciplina e queria distanciá-la da avó, que morava perto da outra escola.

Stela disse que sua tristeza então piorou, sentiu a perda das amizades, se sentia diferente e discriminada na nova escola. A percepção de Stela é que a relação com a sua mãe não era boa, elas não conversavam e a adolescente não mais a obedecia. Nesta época, os pais estavam separados, a mãe saía com outro homem e disse à Stela que ele era seu verdadeiro pai.

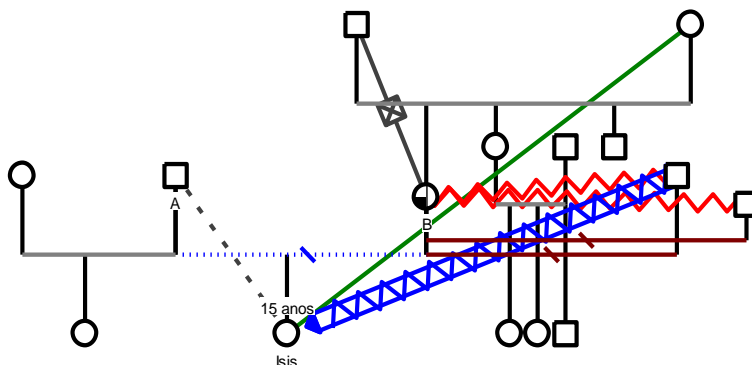
Aos treze anos, o pai veio morar em Florianópolis e em seguida, a irmã mais velha veio morar com ele. Um ano depois, aos catorze anos, Stela e sua mãe vieram para cá. Diz que essa mudança também foi bastante difícil. Sente falta da avó e preferia a cidade que morava, se sentia mais livre.

Alguns meses após chegarem em Florianópolis, a mãe de Stela tentou suicídio. Diz que estava muito perturbada por conta dos ciúmes que sentia do marido. Enquanto a mãe estava hospitalizada, Stela teve uma conversa com o pai sobre a possibilidade de ser filha de outro homem, o pai assegurou a ela que independente da “verdade” ele era seu pai, pois a amava e a tinha criado. Não falam mais sobre esse assunto.

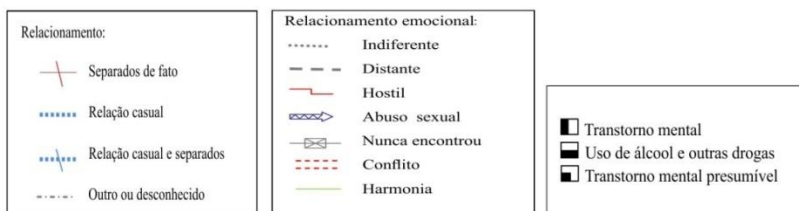
Três meses depois, Stela inicia acompanhamento no centro de saúde por apresentar problemas na escola, agressividade e tentativas de suicídio. Foi então encaminhada ao Caps-i.

Stela se queixa que a irmã sempre ganha as coisas dos pais e que ela sempre se preocupou com as questões financeiras da família. Diz que é “esquentada” e não controla as coisas dentro dela, é impulsiva. Não gosta de estudar, pensa em trabalhar, mas não se sente estimulada para procurar emprego e se mostra desesperançosa em relação ao futuro.

7.5 Adolescente 05: Isis



Legenda:



Isis tem quinze anos, nasceu no interior de São Paulo e mora em Florianópolis desde os nove anos com sua mãe. Quando nasceu, sua mãe estava na Faculdade e teve que parar os estudos: “(...)como eu nasci, ela teve meio que parar de atuar, aí a gente foi morar com a minha avó, que ela não tinha casa, aí a gente morava na garagem(...)”.

Sua mãe se casara com outro homem quando Isis era ainda bebê e achava que Eduardo era seu pai. Isis conheceu seu pai biológico aos cinco anos. A mãe trabalhava muito e às vezes tinha que viajar e Isis ficava com o padrasto.

Aos cinco anos, o padrasto passou a violentá-la sexualmente. Diz que ele batia e a ameaçava caso contasse a alguém. Isis tinha receio de contar a sua mãe e provocar mais brigas entre o casal. Isis contou o que estava acontecendo para sua avó e sua tia que, em seguida, avisaram a mãe. Nesta época, faltava à escola, sentia medo e vergonha das pessoas. O padrasto sumiu e até hoje está foragido.

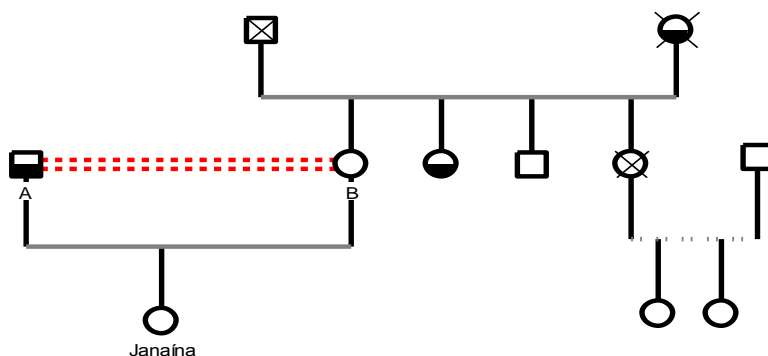
A mãe adoeceu e por conta de seu tratamento mandou Isis morar com a avó, que havia se mudado para Minas Gerais, onde permaneceu por dois anos. Diz que foi muito bom ter ido para a casa da avó: “(...) *lá era bom, ninguém me conhecia, eu morava no meio do mato, eu podia brincar, correr, a gente ria bastante (...)*”.

Quando tinha nove anos, a mãe se casara novamente com Ricardo e então se mudaram para Florianópolis. Isis gostava dele, porém se queixa que eles brigavam muito e isso a deixava triste e culpada. Também não gostava de ir à escola, tinha medo das pessoas.

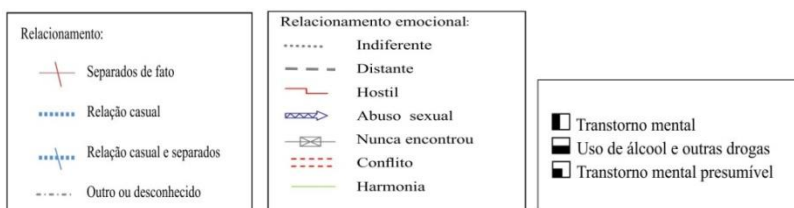
Aos treze anos, mãe e padrasto se separam e começam a dizer que Isis mantinha relações sexuais com ele. Diz que os vizinhos e os familiares de Ricardo inventaram essas histórias e isso a fez lembrar seu passado, ficando ainda mais triste e isolada. Isis foi então encaminhada ao Caps-i.

Está cursando o primeiro ano do ensino médio de uma escola particular e tradicional de Florianópolis, pois recebeu uma bolsa de estudo. Se sente pressionada para não perder a bolsa e se queixa de dificuldades para se concentrar e estudar. Está participando de um grupo de teatro na escola, o que a deixa contente: “*ali eu finjo ser alguém, mas é diferente, é um personagem*”. Faz planos de viajar pela América Latina e fazer faculdade de sociologia para compreender a vida de diferentes culturas. Já teve alguns namorados, mas nunca se apaixonou. Pensa em ser mãe, mas não quer ter um marido.

7.6 Adolescente 06: Janaína



Legenda:



Janaína tem dezessete anos, nasceu em Florianópolis e mora com os pais. É filha única. Diz que sua mãe lhe teve já com quarenta anos e não queria muito ter filhos, já tinha feito seis abortos. O pai, mais novo, é que insistiu para terem um filho. Sua mãe teve um problema grave de saúde no puerpério, tendo que permanecer internada por um tempo. Diz que quem cuidou dela no primeiro ano de vida foi a avó e os tios.

Aos dois anos, Janaína foi para a creche no período de manhã, e de tarde ficava na casa da avó já que a mãe sempre trabalhou fora de casa, o dia inteiro. Tiveram momentos em que mãe e filha moraram com a avó. Janaína gostava de lá, tinha muitos amigos na rua, suas primas mais velhas cuidavam dela e sua avó lhe dava tudo o que queria “(...) me tornei uma criança meio mimada, ela fazia tudo o que eu queria”.

O pai é alcoolista pesado, bebe todos os dias, chega em casa intoxicado e muitas vezes agressivo. Sentia falta de ter um pai presente e cresceu achando que sua mãe fora obrigada a tê-la e não queria cuidar dela.

Afirma que muitas pessoas da família tinham problemas com álcool (tia, avó e o pai). Sente que desde pequena é sobrecarregada com os problemas da família. Acha que sua mãe não sabe lidar com o pai e Janaína parece ter que exercer um papel de interlocutora entre o casal. Os pais já tentaram se separar por diversas vezes, mas a mãe sempre volta atrás: “(...) acho que isso também me afetou muito de crescer vendo esse amor estranho (...) ela não consegue se desprender dele.”

Gostava de ir à escola, nunca teve problemas para fazer amizades, porém se queixa de ter sofrido muito *bullying* por ser gordinha e baixinha. Teve épocas em que ficava mais isolada, não queria sair de casa, achava que todos iriam rir ou comentar alguma coisa: “quando eu saía de carro, fechava a janela para ninguém me ver”. Sentia-se diferente das outras meninas e isso a deixava triste e irritada.

Acha que comia muito por ser ansiosa e a avó que cuidava dela não restringia as comidas. Gostava de brincar mais com os meninos e de jogar bola. Quando estava em casa, se isolava no seu quarto. Nas férias costumava ir viajar para casa da tia em São Paulo onde se divertia, dava muita risada.

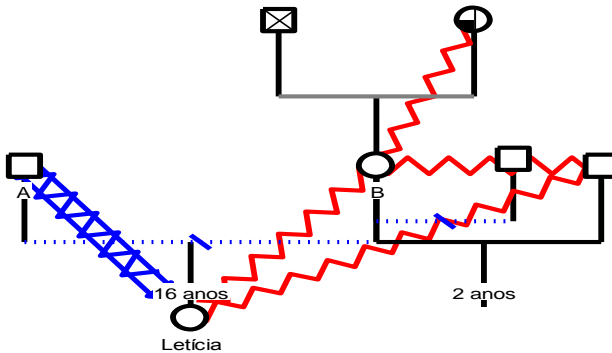
Na puberdade estava morando com a avó e lembra-se de ter ficado muito mais irritada e agressiva. Brigava com as primas e toda a família. Sentia muita raiva e tinha dificuldade de se controlar.

Quando a avó morreu, aos treze anos, ficou bastante triste. Aos catorze anos conheceu um menino, via redes sociais, que morava no Rio de Janeiro. Ficaram muito amigos e alguns meses depois começaram a namorar virtualmente e após nove meses, se encontraram. Diz que foi uma pessoa muito importante na sua vida, pois achava que nunca ninguém seria capaz de gostar dela.

Tiveram três encontros presenciais e depois das últimas férias em que ela ficou dois meses na casa dele, ele terminou o namoro. Foi muito difícil para Janaína lidar com a perda. Ela não esperava que isso fosse acontecer e não entende ao certo os motivos. Acha que colocou muito peso nele. Ficou muito triste, se isolou, não queria mais freqüentar a escola nem sair com os amigos. Tentou se matar e foi encaminhada ao Caps-i. Diz que sua irritabilidade, tristeza e as crises de raiva ficaram piores. Diz que quando ele terminou com ela, ela perdeu tudo o que tinha.

Passado seis meses do término do namoro e com o acompanhamento no Caps-i, Janaína retomou aos poucos os estudos e os amigos. Tem saído aos finais de semana e já conheceu outro rapaz, também através de redes sociais. Não sabe se vai conseguir passar de ano, mas pretende fazer faculdade de psicologia.

7.7 Adolescente 07: Letícia



Legenda:

Relacionamento:	Relacionamento emocional:	
Separados de fato	Indiferente	Transtorno mental
Relação casual	Distante	Uso de álcool e outras drogas
Relação casual e separados	Hostil	Transtorno mental presumível
Outro ou desconhecido	Abuso sexual	
	Nunca encontrou	
	Conflito	
	Harmonia	

Letícia tem quinze anos, nasceu em Campo Grande, MS. Mora em Florianópolis desde os cinco anos e tem um irmão de dois anos. Sua mãe engravidou quando tinha dezessete. Namorava um homem mais velho desde os doze anos.

Letícia passou a primeira infância sob os cuidados dos avós. Gostava muito do avô : *“Eu não conseguia ficar um dia sem ele (...) Ele brigava comigo, mas eu amava muito ele (...) A presença dele eu já me sentia muito feliz.”* A avó era brava e “louca”, brigava muito com ela e com sua mãe:

A minha vó, quando ela ficava brava, ela se mordida, até sair sangue...a boca toda, é horrível, e ela se bate, muito, dá soco na cara dela mesma (...) a minha avó é muito doida, ela fala muito

alto, as três horas da manhã ela ri, ela come, bate panela, decide lavar a louça...é louca (...).

Diz que ficava triste e chorava quando via a avó desta forma e não entendia por que isso acontecia.

Conta que o relacionamento entre a mãe e a avó nunca foi bom. A mãe trabalhava bastante. O pai era de família rica, era advogado. Letícia, às vezes, passava o dia com ele, mas não gostava, pois ele abusava dela e a ameaçava: *“A minha família toda era pobre, pobre, e ele falava pra mim que se eu contasse alguma coisa, eu ia tirar... ele ia tirar a minha mãe de mim e ele ia fazer mal pra minha mãe”*.

Aos cinco anos a mãe se mudou para São Paulo e Letícia e os avós vieram morar em Florianópolis. Sua tia estava fazendo doutorado e sua mãe trabalhava como prostituta. Gostava do local onde morava, tinha amigos na rua: *“Eu tinha dois amigos no bairro onde eu morava. Foi a única vez que eu tive amigos (...)”*.

Quando tinha nove anos, a mãe se casou e buscou Letícia para morar com ela. O relacionamento do casal era muito conflituoso, o marido da mãe a agredia fisicamente, eles bebiam muito. A mãe passou a xingá-la e agredi-la verbalmente quando estava bêbada. Letícia se sentia triste e com o adoecimento do avô começou a se queimar. Nesta época também não gostava de freqüentar a escola.

Aos onze anos o avô morreu e Letícia conta que ficou deprimida e tentou se matar: *“(...) aí eu entrei em depressão e aí eu tentei me matar, eu fiquei no hospital três dias, e eu fiquei um mês sem falar com a minha vó por que ela não deixou eu ver ele”*. Um tempo depois, sua mãe também tentou se matar, após término de um relacionamento. Quando isso aconteceu, a avó foi à São Paulo e elas retornaram para Florianópolis.

A mãe se envolveu noutra relacionamento conflituoso e em seguida voltaram para São Paulo onde a mãe começou a trabalhar e conheceu o atual marido, João. No início, ele a tratava muito bem, elas moravam em uma *“kit net”* e aos finais de semana ficavam na casa dele. Gostavam de passear, ir ao parque e ao zoológico. Ele a chamava de filha. Letícia se refere a esse momento como um tempo bom, sente saudades da harmonia entre a família.

Quando tinha treze anos, vieram para Florianópolis onde a mãe abriu um negócio próprio e teve um filho de João. Letícia conta que aqui eles começaram a brigar e surgiram os conflitos do casal, ela tentava bater nele e eles se xingavam. Diz que quando a mãe está nessas situações começa também a brigar com ela. Letícia se queixa que sua mãe é “louca”, como a avó, e se preocupa com seu irmão.

Diz que o clima em casa é de muitas brigas, o padrasto é muito agressivo e a mãe trabalha fora o dia todo e, às vezes, fica muito irritada e agressiva. Refere ter uma ou duas amigas em que confia. Geralmente estabelece relações conflituosas, briga muito, é possessiva e quando se sente preterida ou traída é agressiva e grosseira. É impulsiva ao brigar com as pessoas:

(...) essa minha amiga, era amiga mesmo, eu gostava dela mesmo, por que ela sempre me fez muito bem e quando a gente brigava, eu não fazia questão nenhuma de preservar a amizade dela... porque geralmente eu não faço questão nenhuma das pessoas. E aí a gente brigava, ficava sem se falar, aí depois a gente voltava a se falar.

Aos catorze anos teve o primeiro namorado com quem ficou por um ano e alguns meses e também estabeleceu com ele uma relação bastante instável:

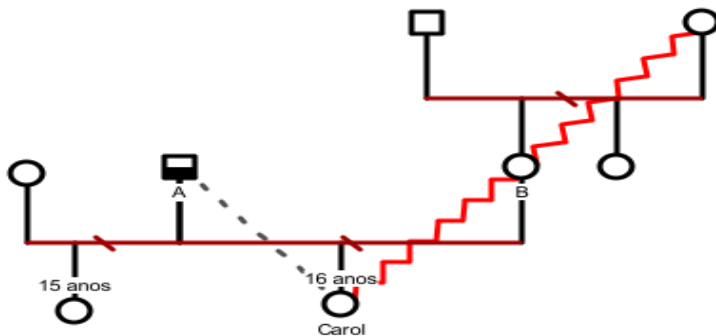
No começo, a gente brigava e eu me cortava muito, muito, muito... e teve umas três vezes que a gente brigou sério e eu tentei me matar (...) ele me irrita muito, muito, muito, muito! Mas eu não consigo ficar sem ele nem um dia, porque ele é meu melhor amigo, e ele é minha companhia.

Letícia acha que é “nervosa”, “neurótica” e “exagerada”. É muito chorona e impulsiva.

Refere que às vezes sente-se muito triste e não sabe o motivo, chora bastante. Gosta muito de ficar perto do seu irmão: “(...) *ele é tão ... um anjo, eu amo ele mais do que qualquer ser humano no mundo, eu amo ele tanto quanto eu amo meu avô ... eu adoro ficar com ele (...) e a minha mãe (...)*”.

Letícia começou a fumar maconha e diz que se sente mais calma. Quando sua mãe descobriu, a agrediu e a expulsou de casa. Um dia depois, Letícia retornou a casa e elas mantêm o mesmo padrão de relacionamento. Gostaria de fazer faculdade de Direito e morar em Boston.

7.8 Adolescente 08: Carol



Legenda:

<p>Relacionamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> —/— Separados de fato Relação casual Relação casual e separados Outro ou desconhecido 	<p>Relacionamento emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> Indiferente --- Distante — Hostil —> Abuso sexual —< Nunca encontrou --- Conflito — Harmonia 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Transtorno mental ■ Uso de álcool e outras drogas ■ Transtorno mental presumível
---	---	--

Carol tem dezesseis anos, nasceu num município da região metropolitana de Florianópolis e atualmente mora com a mãe. Sua mãe tinha vinte anos quando engravidou e o pai tinha dezessete e era usuário álcool e drogas. O casal morava numa casa próxima a casa da avó e viviam em situação precária: “(...) a casa era muito suja, tinha problema de higiene, tipo comida podre(...)”.

Com poucos meses de vida, após denuncia de negligência no Conselho Tutelar, a avó de Carol permaneceu com a guarda dela. Carol morou com a avó até os treze anos. Conta que tem lembranças boas de sua infância. O avô morava em outra cidade, a mãe se mudara para Florianópolis e a tia as visitava ocasionalmente. A avó era uma pessoa rígida e brava, mas gostava dela e afirma ter aprendido muitas coisas com ela.

Sentia falta da mãe e chorava muito quando tinha que se despedir, nos poucos momentos em que a mãe vinha visitá-la:

O que eu guardo pra mim mesma são mágoas mesmo... eu convivia com a minha vó, mas tipo, eu queria saber da minha mãe (...) eu abraçava ela, eu ficava com ela, depois eu mandava carta pra ela, e pra minha tia (...) quando a minha mãe ou a minha tia ficavam uns dois ou três dias, aí de manhã elas iam embora, e eu via, e daí eu já começava a chorar, eu levava bastante tempo pra parar (...) e fiquei assim acho que até os meus dez ou onze anos, depois eu não sentia mais nada.

Diz que a avó e a mãe não se davam bem e brigavam muito. A avó falava mal da mãe e afirmava que ela não queria saber da filha, no entanto, Carol defendia a mãe. Sentia-se dividida entre o amor da mãe e da avó. Chamava as duas de mãe, o que deixava a mãe irritada. Carol cresceu no meio desse conflito familiar: *“(...) era muita coisa aquela discussão toda, né (...) uma confusão entre família, que eu não podia ver, que eu não podia falar, que isso, que aquilo. Daí eu fiquei do lado da minha vó e daí eu não vi mais nada”*.

Aos treze anos, ganhou uma bolsa de estudo numa escola particular. Não se sentia bem, os colegas eram ricos e se sentia discriminada. Fez amizade com umas meninas e se tornou “emo”. Nesta época conta que entrou numa “loucura”, usava apenas roupas pretas e brancas, gostava de morcegos, parecia querer ser um bicho. Sentia muita raiva, de pequenas coisas e explodia com facilidade. Pensava muito em se matar. Passou a não aceitar mais as regras de sua avó e as brigas se tornaram constantes, até um dia em que Carol agrediu a avó e foi morar com a mãe.

Ficou sete meses com a mãe, mas também com muitas brigas e agressões e voltou a morar com a avó por alguns meses, até que voltou com a mãe, com quem está até hoje. A relação com ela é difícil, acha que a mãe oscila muito de humor e pela percepção de Carol, a mãe deve ter algum problema psiquiátrico. Às vezes sente que a mãe a provoca.

Desde a primeira mudança de escola aos treze anos, já passou por cinco escolas e diferentes casas. Diz que sua mãe gosta de se mudar. Diz que nunca teve dificuldade para fazer amizades e costuma ser possessiva e ciumenta. Carol diz que nunca confiou nas pessoas e era briguenta. Sente tristeza e muita raiva, principalmente depois dos treze anos. Acha

que tem dificuldade para se controlar. Há seis meses está namorando pela primeira vez, mas sua mãe e sua avó não sabem.

Atualmente frequenta a escola de noite e trabalha no período da manhã. Deseja ter sua independência e seguir sua vida sem interferência da família. Acredita que sua mãe ainda a trata como criança. Pensa em fazer faculdade de gastronomia e o que quer mesmo é ser feliz, mas não se mostra esperançosa em relação a isso.

8. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados foi dividida em três itens. Inicialmente, será analisada a percepção dos adolescentes em relação a suas famílias. Neste ítem, algumas questões foram destacadas e referem-se à organização e a estrutura familiar, bem como a descrição dos personagens da família e como estes se relacionam com o adolescente e também entre si. Em seguida, serão apresentados e discutidos os eventos estressores psicossociais narrados nas histórias de vida dos entrevistados e por fim a reflexão que os adolescentes fazem de si mesmos e a associação com os sintomas depressivos no seu contexto.

As falas apresentadas referem-se às narrativas transcritas e serão identificadas apenas pelos nomes fictícios dos adolescentes.

8.1 Família

8.1.1 Organização Familiar

Analisando as configurações familiares, observamos que metade dos pais dos adolescentes permaneceu casada. As três adolescentes, cujos pais se separaram, mantiveram relações distantes e esporádicas com seus progenitores do sexo masculino e nenhum deles assumiu seus deveres legais. Nesses casos, as mulheres tiveram que assumir sozinhas o papel de cuidadora dos filhos e mantenedora do lar e, certamente, se sobrecarregaram e o retorno à casa de suas mães, em alguns casos, acabou sendo necessário. Duas adolescentes foram criadas pelas avós maternas.

Os pais de uma das adolescentes nunca chegaram a ter uma relação estável. Apenas uma adolescente é filha única e seis adolescentes têm pelo menos um irmão de outro relacionamento do pai ou da mãe.

Esses dados estão de acordo com as atuais pesquisas que descrevem as organizações familiares contemporâneas (Carter e McGoldrick, 2001; Rudinesco, 2002). De acordo com Fonseca (2002), as taxas de casamento e fecundidade diminuíram 30 a 40 % desde a década de 70 e os números de divórcio aumentou em três a quatro vezes.

Devemos ter cautela ao analisar esses dados e atribuir relações causais. O fato de um casal permanecer junto não garante o adequado desenvolvimento infantil, da mesma forma que a separação também não desencadeia, necessariamente, uma patologia. No entanto, Carter e McGoldrick (2001) afirmam que o divórcio e a separação implicam numa ruptura no sistema familiar e mudanças na maneira como cada progenitor se relaciona com o(a) filho(a). O maior desafio nesta situação é a permanência dos laços parentais e a qualidade do contato com ambos os pais (Peck e Manocherian, 2001).

Sabemos que algumas características familiares podem ser consideradas como fatores de risco para o desenvolvimento infantil e aparecimento de problemas emocionais e de comportamento. Yap *et al.* (2014) realizaram uma revisão sistemática e uma meta-análise, com artigos publicados até 2010, sobre os fatores parentais em associação com depressão e ansiedade na adolescência. Este estudo concluiu que o cuidado pouco caloroso, maior conflito conjugal, super envolvimento, rejeição, baixa autonomia e monitoramento, são fatores que aumentam o risco do adolescente apresentar depressão. Ou seja, a qualidade da interação entre os membros da família é mais importante do que a configuração familiar em si.

Piko e Balázs (2012) também investigaram a influência do estilo parental na depressão na adolescência e as diferenças em relação ao gênero. Os autores concluíram que, para as meninas, o baixo suporte emocional do pai está associado a sintomas depressivos enquanto que para os meninos, o baixo suporte da mãe é que se associa a depressão na adolescência. Vejamos, então, qual foi a percepção dos adolescentes sobre suas mães, pais e avós.

8.1.2 As Mães

Seis adolescentes referem que a mãe trabalhava muito quando eram crianças e se lembram de ter que ficar sob os cuidados de outras pessoas. Apenas a mãe de Leo nunca trabalhou fora de casa e a mãe de Marina parou de trabalhar quando o segundo filho nasceu. Alguns adolescentes expressam esse descontentamento:

Minha mãe trabalhava o dia inteiro, ela praticamente não viveu com a gente (...) ela era

bem ausente (...) Eu criei um muro entre a gente ...ela não tinha tempo pra gente (...) Eu chorava até ela chegar em casa e aí quando ela chegava ...eu virava pro lado e fingia que tava dormindo...eu sentia saudade e sentia vergonha de sentir saudade... (Denise).

Desde criança eu ficava sozinha, passava dias e noites sozinha por que a minha mãe vivia trabalhando... (Janaína).

A minha mãe tinha 17 anos (quando Letícia nasceu), e ela trabalhava e nunca tava comigo. (Letícia).

A entrada da mulher no mercado de trabalho é uma das características que marcaram a família moderna. Não entendemos isso como causa direta de sofrimento, mas não podemos deixar de apontar que a ausência da mãe foi percebida como fato que fragilizou o cuidado e o bem estar dos filhos, na medida em que outros aspectos da rede social (vida comunitária, escola, etc) não desempenham funções complementares, fato recente do ponto de vista da história da vida privada (Sevcenko, 2012).

A partir das falas desses adolescentes, percebemos que eles relacionam a ausência da mãe como elemento que contribui para um sentimento de solidão e desamparo, além de dificultar uma relação de intimidade, segurança e conforto. É importante pensar também sobre quem assume o papel de amparo na ausência da mãe, bem como se esses “substitutos” conseguem exercer o cuidado de maneira adequada. As avós aparecem como alternativas dessa função em quatro casos, também as creches e o padrasto.

Neste sentido, vale mencionar que as discussões sociológicas a respeito das recentes mudanças da vida social, apontam o direito da mulher e a emancipação sexual como componente de um novo modo de vida e costumes. Este trabalho não irá aprofundar as discussões de gênero, mas é importante lembrar que a organização das famílias latino americanas ainda está ancorada no modelo nuclear, cuja percepção da ausência do papel familiar ainda é muito pouco relacionada com a falta de políticas públicas. Assim, parece mais fácil aos sujeitos reconhecer a ausência da função saudável da família, do que a ausência da função do Estado, das políticas de educação comunitária, de esportes coletivos nos bairros, de

espaços públicos de subjetivação, tais como grupos de música, laços comunitários etc.

Desta forma, não é de estranhar que os sujeitos desta pesquisa não tenham mencionado objetivamente esta falta, mas apenas os impactos da ausência parental em suas experiências de vida. Certamente o lugar da mãe é super valorizado em famílias onde há poucas funções de afeto, mas também é certo que o lugar da família – de modo geral – é aumentado, na medida em que outros componentes da rede social não existem ou são insignificantes na vida do sujeito.

De fato, estas questões não podem ser discutidas fora da lógica do capitalismo, que assegura um lugar de produtividade para as mulheres, e necessidades de consumo elevadíssimas para os cidadãos comuns, inclusive com inúmeras oportunidades de endividamento. Assim, seria impossível discutir o “lugar” da família, sem relembrar o papel do Estado e as alianças que este faz com os setores produtivos, colaborando para as diferentes formas de culturas locais. Por exemplo, estudar esse fenômeno da adolescência em Florianópolis – uma cultura de colonização açoriana, baseada na família nuclear, apoiada por parcas políticas de Estado para a juventude no Brasil, necessariamente deve ser uma discussão diferente daquela que um pesquisador encontraria em países do norte europeu, ou de cultura anglo-saxônica. Estas especificidades de cada cultura colaboram para as significações que os próprios sujeitos podem desenvolver sobre seus sofrimentos pessoais.

Neste sentido, considerando o grupo de sujeitos pesquisados e a grande relevância do papel da mãe como cuidadora, a saúde mental destas ocupa papel importante na percepção dos adolescentes, fato que apareceu de modo recorrente nas entrevistas. Seis adolescentes descrevem suas mães como emocionalmente instáveis ou frágeis:

Ela não é uma pessoa muito controlada, eu acho que ela... eu tenho certeza que ela é muito explosiva (...) eu sentia muita vergonha por que ela tava sempre brigando com todo mundo. (Marina).

Ela teve depressão pós-parto e só queria ficar fechada e não deixava eu sair de dentro de casa. (Leo).

Aí a gente veio pra cá e ela tentou se matar, aí ela falou pro meu pai que tinha traído ele com outro cara (...). Ela tava perturbada, achava que todo mundo tava perseguindo ela (...) Antes ela era assim com qualquer coisa e ficava batendo na gente. Hoje em dia ela não faz mais. Até porque se ela bater em mim eu bato de frente com ela (...) Eu ficava brava, eu sentia raiva. (Stela).

Ela às vezes fica muito frágil, a saúde dela é muito frágil, então eu evito falar sobre essas coisas para que isso não afete ela, eu não quero que ela fique mais doente (...) quando ela era menor ela apanhava muito, da minha vó, e ela não sabe quem é o pai dela, essas coisas assim que vão afetar muito ela, então talvez ela sinta o que eu senti (...) minha tristeza pode fazer ela lembrar das outras tristezas que ela tinha (...). (Isis).

Na minha opinião, ela é bipolar, por que pra pessoa mudar de humor, assim, de uma hora pra outra, né (...) Muita gente disse até que ela era doente, que ela tinha uma doença, qualquer coisa assim. Eu até vejo, tem dias que...ontem mesmo eu disse pra ela: tu é doida! Por que quando ela começa a falar ela não para mais de falar. (Carol).

Ela é louca...e agora ela fica nervosa e aí briga comigo...agora ela tá melhor, ta tentando controlar. Quando ela fica irritada...tú vê que ela ta falando de mim, mas ela...tenta não ser tão má, tão estúpida (...). (Letícia).

Essas falas, embora não possam ser usadas para diagnosticar um desequilíbrio mental das mães, mesmo porque não era esse o objetivo do presente estudo, revelam uma insegurança dos filhos em relação a suas mães. A instabilidade emocional da mãe (seja ela explosiva, frágil ou deprimida) provoca sentimentos conflituosos de raiva e culpa que a criança pode ter dificuldades para elaborar. Além disso, a instabilidade emocional materna pode gerar uma relação de apego inseguro (Ribas e Moura, 2004) bem como práticas educativas inconsistentes. Neste sentido, Nunes *et al.* (2013), afirmam que os problemas internalizantes na infância podem estar associados, no caso das meninas, às práticas parentais de muito controle psicológico. Esses dados também

reforçam os achados de algumas pesquisas empíricas que apontam os riscos da depressão materna para o aparecimento da depressão entre adolescentes. (Rice *et al.*, 2002; Tully *et al.*, 2008 e Rice *et al.*, 2010).

8.1.3 Os Pais

A ausência ou distanciamento do pai na vida desses adolescentes foi um dado comum na narrativa dos entrevistados, reforçando os achados de Piko e Balázs (2012) e Nunes *et al.* (2013) sobre o baixo suporte emocional do pai e a depressão em adolescentes:

Eu não conheci o meu pai, quando a minha mãe engravidou de mim ele foi embora. (Denise).

Na verdade eu achava que ele (padrasto) era o meu pai, eu não sabia que o meu pai era outra pessoa (...). (Isis).

Mesmo morando junto com os pais, Leo, Janaína e Marina gostariam que o pai fosse mais presente em suas vidas:

Eu sei que às vezes eu queria que ele fosse como o pai dos meus amigos, que eles eram legais com elas, eram carinhosos e o meu pai sempre foi reservado. (Marina).

Ele não passava o natal com nós, ele não passava páscoa, tipo, datas assim, ele sempre tava no maldito bar com os amigos (...). (Leo).

Nesses casos, o pai aparece como alguém distante. Seja por que usa drogas, bebe, tem algum transtorno mental ou fica com os amigos fora de casa. A percepção dos adolescentes é que são pais desinteressados:

O meu pai é alcoólatra, e aí quando eu nasci ele não tava nem lá, ele tava num bar, e já começou bem (...) Ele queria muito ter filho ...só que o pai queria a mim só que não me cuidava. (Janaína).

Ele nunca tá nem aí pra nada, ele não me incomodava por que ele nunca se importou com

quase nada, ele sempre foi bem aéreo. (Marina).

Isis, Carol e Letícia mantiveram contatos esporádicos e superficiais com o seu progenitor masculino durante a infância, sendo que uma delas foi abusada sexualmente pelo próprio pai:

(...) eu ficava na casa do meu pai, mas eu não gostava de ficar na casa do meu pai (...)Ele tem a idade da minha vó...e com 17 anos a minha mãe engravidou dele...e ele tem outros filhos e outras filhas...eu não tinha muito contato com ele, só quando eu ia visitar...não era legal, ele me ameaçava e ele passava a mão em mim. (Letícia).

Denise nunca conheceu o pai, que abandonara a mãe durante a gravidez. Para esta adolescente, o abandono paterno implicou em fantasias e idealizações da figura masculina e dificuldades emocionais e baixa auto-estima:

A coisa que eu mais quis na minha vida foi conhecer ele. Saber se ele gostava de mim... se ele ia conseguir me amar como todo mundo dizia que ele não ia conseguir. (Denise).

Este distanciamento da figura paterna, ainda hoje marca da maioria das famílias contemporâneas, certamente interfere no desenvolvimento infantil. Para os adolescentes entrevistados, a falta do pai, associada à instabilidade emocional da mãe reforça a percepção de vulnerabilidade afetiva durante suas vidas. Apesar das diferenças entre as teorias psicológicas, a importância do papel do pai para o desenvolvimento infantil é consenso.

De acordo com Manfroi *et al.* (2011), a função parental varia de acordo com a cultura e o tempo histórico, embora o papel primordial, e que remete às nossas origens filogenéticas, seja o de garantir a sobrevivência do seu descendente e conseqüentemente a preservação da espécie. Para a psicologia evolucionista, pai e mãe assumem papéis diferentes. Na espécie humana, o pai tende a permanecer próximo aos filhos e à companhia, protegendo-os dos riscos externos e provendo as condições de sobrevivência.

8.1.4 Os Padrastos

Para algumas adolescentes, a ausência do pai e a idealização de uma figura masculina foi transferida para o padrasto. Percebemos, no entanto, que essa relação inicialmente idealizada se torna conflituosa assim que os problemas conjugais aparecem:

Com o meu padrasto eu me senti mais acolhida (...) eu considerava ele o meu pai, a melhor pessoa do mundo (...) Ele me tratava como uma princesinha (...) A partir do momento que eu comecei a ver ele ameaçar a minha mãe, e as brigas deles...eu criei um sentimento ruim pelo meu padrasto. (Denise).

Ele me tratava super bem, o que é meu padrasto agora, ele me dava tudo, e brincava comigo, e a minha mãe bebia, mas ela já não me xingava (...)Eu ficava sozinha na casa dele ou lá em casa, e ele comprava doce pra mim e quando ele chegava a gente via filme junto, e a gente passeava, e era tudo bem.. aí a gente veio pra cá e eles começaram a brigar, brigar...e a mãe voltou a me xingar e ele também começou a me xingar. (Letícia).

Devemos também considerar os riscos da relação padrasto-enteada, uma vez que o interdito incestuoso não é tão forte como numa relação entre pai e filha. De acordo com Daly e Wilson (2005), a exposição de uma criança a pais não biológicos (*stepparents*) aumenta o risco de sofrer violência.

Como exemplo de situação extrema, Isis refere ter sido abusada sexualmente pelo padrasto desde os cinco anos de idade. Esta violência trouxe sérios problemas como, por exemplo, prejuízo de sua auto-estima, sentimento de culpa, medo, insegurança e desconfiança no contato com o outro:

Quando eu tinha uns 5-6 anos ele começou a fazer tipo, coisas comigo e eu não sabia o que era...eu ficava confusa (...) eu comecei a ficar com medo e triste por que ele dizia que se eu falasse pra alguém ele ia me bater muito. Ele me batia muito,

era por coisa que eu não entendia que ele me batia. Ele me batia muito mesmo. (Isis).

8.1.5 As avós

As avós assumem papéis importantes nas histórias de vida da maioria desses adolescentes. Duas adolescentes foram criadas pelas avós desde bebê (Letícia e Carol) enquanto as mães moravam em outro lugar. Nestes casos, as avós assumiram o papel de mães, embora as verdadeiras mães não tenham se afastado totalmente, gerando discordância e rivalidade entre elas.

Eu morava com a minha vó, desde que...desde quando eu...nasci mesmo. Os juízes me passaram pra minha vó, daí eu comecei a morar com ela. (Carol).

Eu nasci e morei com a minha vó...e minha mãe morava em São Paulo(...)Eu morava eu, ela e o meu avô e eu era bem feliz. (Letícia).

Denise morava com a mãe e a avó desde pequena e diz que ela é superprotetora e manipuladora:

A minha vó trata as mulheres muito mal, ela tenta proteger, mas acaba machucando... na nossa família a experiência com homens não é nem um pouco boa, por que ela era mãe solteira (...). Ela faz pressão psicológica dizendo que vai embora de casa, que ninguém liga para ela, que a hora que ela morrer quer ver o que vamos fazer sem ela... ela manipula a gente... a minha mãe mesmo não dá um passo pra não magoar ela... tem medo que ela vá embora. (Denise).

Marina, Stela, Isis e Janaína moraram com os avós em algum momento de suas vidas. Para elas, a casa da avó é percebida como um “refúgio” e um fator de proteção e apoio para a família numa situação de crise como briga conjugal, violência ou dificuldade financeira:

Eu sempre ficava com a minha vó enquanto a mãe trabalhava (...) eu amava muito ela (...). E tinha o

vó, eu não era assim tão próxima dele como eu era da vó, mas ele gostava muito, muito de mim, mesmo...ele deixava eu fazer tudo o que eu queria,ele via que eu tava emburrada, ele mandava comprar doce pra mim. (Marina).

(...) depois a minha mãe começou a brigar com a minha tia, aí eles compraram um terreno e aí a gente vendeu a casa ...aí a gente veio morar com a minha vó até a outra casa ficar pronta (...). Eu sinto saudades da vó. (Stela).

A gente veio morar com a minha vó, que ela (mãe) não tinha casa (...) Depois a gente voltou a morar com a minha vó de novo. (Isis).

Eu ia pra casa da minha vó, que é tipo, uma segunda mãe...minha vó me tratava bem, ela fazia tudo o que eu queria, tanto que eu me tornei uma criança mimada, por causa da minha vó (...). Eu vivia lá, sempre depois da escola eu ia pra lá, eu preferia ficar lá, por que preferia ficar num lugar calmo, sem brigas, sem nada, do que ir pra casa e ver toda aquela situação (...). Era o lugar onde eu era mais bem cuidada, que era dada atenção. (Janaína).

8.2 Estressores Psicossociais

Os eventos estressores, que incidiram na vida dos entrevistados e provocaram sofrimento, rupturas ou mudanças no ciclo de vida familiar, foram agrupados em três categorias: os conflitos familiares, a violência e as perdas.

8.2.1 Conflitos familiares

Como veremos a seguir, a maioria dos conflitos familiares relatados parecem ser graves e assumem grandes proporções na vida cotidiana desses adolescentes, causando sofrimento e prejuízos. Neste sentido, esses conflitos, em muitos casos, podem ser considerados como situações de violência. Para facilitar a apresentação e a discussão dos dados, primeiro serão analisadas as situações de conflitos que não

consideramos como situação de violência direta contra o adolescente e, em seguida, os conflitos familiares com características violentas serão discutidos no item de violência familiar.

Vários estudos (Hammen *et al.*, 2003 e Caspi *et al.*, 2003) confirmam que os conflitos familiares e o estresse crônico provocado pelas constantes situações de discórdias são fatores de risco preditivos para a depressão na adolescência. Dentre as situações relatadas por nossos adolescentes, identificamos cinco níveis de conflito familiar de acordo com o subsistema familiar envolvido: conflitos conjugais, conflitos entre progenitores e outros membros da família, entre mãe e avó, entre pais e filhos e avós e netos.

De uma forma geral, as relações conflituosas estão presentes em mais de um subsistema familiar e parecem estar correlacionadas (ver genogramas). A vivência cotidiana num ambiente de brigas e discórdias, percebida por nossos adolescentes, está associada a diferentes sentimentos e reações como:

Raiva:

(...) ele e a minha mãe tinham problemas bem ruins, ele usava drogas, ele bebia, ele batia na minha mãe, só que ela escondia isso da gente, então eu continuava achando ele o máximo, até que a minha vó começou a contar pra gente essas coisas...a partir do momento que eu comecei a ver ele ameaçar a minha mãe eu criei uma raiva...não conseguia mais chamar ele de pai (...) ela (vó) nunca gostou dele, ela sempre disse que ele era ruim e que fazia a minha mãe sofrer. (Denise).

A minha mãe sempre foi de avançar no pai, bater não por que ele nunca deixou, quando ela avança nele a gente separa...ele se irrita e aí ele tira ela longe...eu ficava brava, eu sentia raiva, dos dois (...). (Stela).

Estresse e sensação de sobrecarga emocional:

Era tudo separado um do outro e cada um faz a sua parte e tava tudo ok, só convivi ali dentro pra conviver...cada um num canto, todo mundo meio

estressado...eu só pensava em sair de lá, onde tava acontecendo essas coisas . (Leo).

(...) eu convivía com a minha vó, mas tipo, eu sempre queria saber da minha mãe (...) a minha vó proibía, tanto por parte de pai como por parte de mãe, tipo, eu não podia ver o meu pai, não podia ver a minha mãe (...) Era muita coisa, aquela discussão toda, né, que minha mãe, não, a minha vó, que ela falava pra minha mãe, que falava isso e aquilo e era, tipo, uma confusão, sabe? Uma confusão entre família, que eu não podia ver, que eu não podia falar, que isso, que aquilo. Daí eu comecei a ficar do lado da minha vó. (Carol).

Eu tive que aprender a solucionar os problemas dos outros. A minha mãe jogava os problemas dela em cima de mim e eu que tinha que resolver (...) eu tive que carregar o problema dele e dela (...) eu é que sustento essa família (...). (Janaína).

Culpa:

(...) mas aí os dois continuavam brigando muito, é que às vezes as brigas eram por minha causa porque eu fazia umas coisas erradas, mas tipo, quebrar copos, coisas bobas... Às vezes era por outras coisas que eu não sei o que era...mas como os assuntos que davam brigas mais violentas eu achava que era por minha causa (...) aí eu comecei a ficar culpada, ficar triste, não queria ir para escola, nos finais de semana eu ficava o dia inteiro na cama, eu ia levantar, não por preguiça, é por que eu pensava se eu não levantasse eu não faria nada de errado, aí ninguém brigaria comigo, então eu ficava na cama .(Isis).

tristeza:

(...) eu nunca falava pra ninguém, por que a minha mãe brigava com o meu pai de madrugada, quando eu era menor eu ouvia, por que eu tinha o sono leve, e aí ela brigava com ele de madrugada

e quando ele saía, ela saía atrás dele e eu saía atrás também (...) eu ficava chorando(...) do lado tinha o quarto da minha irmã, só que ela não acordava (...). (Stela).

Vergonha:

(...) a gente morava com o vô e com a vó e tinha muita briga por que a minha mãe brigou sempre com os meus tios, eles brigavam muito (...)eu sentia muita vergonha por que ela tava sempre brigando com todo mundo. (Marina).

As brigas conjugais foram relatadas com maior frequência e parecem estar diretamente relacionadas ao sofrimento dos adolescentes, possivelmente por sua proximidade, intensidade e implicações no comportamento parental. Como afirma Durtschiet *al.* (2010), as relações conjugais conflituosas se associam com práticas parentais hostis e agressividade na relação pais-filho: “Daí ela começou a namorar com o cara que ela já tinha namorado... e ela ficava puta com qualquer coisa e me xingava e voltou a beber.” (Letícia).

Por sua vez, McKinney *et al.*(2011), Piko e Balázs (2012) e Boudreault-Bouchardet *al.*(2013) avaliam que o alto controle e a disciplina parental dura (“*harsh discipline*”), caracterizada por agressões físicas e psicológicas, estão associados à baixa auto-estima em meninas, piora dos estados emocionais e aumento dos sintomas depressivos em ambos os sexos.

Quatro adolescentes contam que a relação com suas mães já foi ou é bastante conflituosa e seis entrevistados apontam algum tipo de conflito entre suas mães e suas avós. No caso de Letícia e Carol, que foram criadas pelas avós, as brigas entre mãe-avó se davam de forma mais intensa e hostil interferindo negativamente na interação mãe-filha e avó-neta, caracterizando difíceis conflitos transgeracionais:

(...) a minha vó falava que a minha mãe não queria saber de mim, ela não gostava, por que não sei o quê, e aí eu fiquei do lado dela (...) Então imagina, quando eu chamava as duas de mãe ? Ou quando eu chamava a minha mãe de Jú, e ela não gostava porque eu tinha que chamar a minha vó de vó e ela de mãe. (Carol).

(...) a minha vó fala que a minha mãe nunca gostou dela e a minha mãe fala que a minha vó nunca gostou dela..que nem eu a minha mãe! Igualzinho! (...) Eu já falei pra minha mãe que eu vou morar sozinha e que se meu irmão continuar assim ele vai morar comigo. Ela não vai enlouquecer o meu irmão que nem ela me enlouqueceu (...) ele não tem que ser louco que nem a mãe, que nem a irmã, que nem a vó, que nem o pai, que nem a família toda! (Letícia).

8.2.2 Violência

A violência é um tema complexo e segundo Assis *et al.*(2009) pode ser entendida como:

(...) um fenômeno que engloba todos os tipos de maus tratos físicos e emocionais, abuso sexual, negligência e ou exploração comercial que originem um dano real ou potencial para a saúde da criança, sua sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder. (p. 350)

Existem diferentes tipologias de violência e aqui utilizamos a classificação que agrupa as violências de acordo com o ambiente em que o fenômeno acontece: a violência familiar e a violência comunitária que engloba as vivências no meio escolar e nas ruas.

8.2.2.1 Violência Familiar

Para os adolescentes entrevistados, a violência familiar aparece de diferentes maneiras e gravidade variável. Três adolescentes referem ter sofrido abuso sexual por parte do pai, padrasto e namorado. A violência familiar aparece também em termos do abandono e negligência parental, bem como em forma de violência física e psicológica:

(...) eu fiquei só com a mãe e aí ela deixava eu fazer o que eu quisesse...aí mas, ela não fazia comida pra mim, quem fazia era as minhas amigas

(...) ela entrava por uma porta eu saía pela outra [Vocês não conversavam ? – Pesquisadora]. Não, quase nunca, por que ela não me dava atenção, por que ela saía. (Stela).

Eu tinha uma relação muito ruim com a minha mãe ...a gente brigava bastante...ela não se importava comigo. Era sempre o Francisco (irmão) e se tivesse alguma coisa acontecendo comigo, como no caso tava, ela não percebia. Eu achava ela irresponsável, a gente brigava bastante.. (Marina).

A minha mãe casou com um cara láe eu tive que ir por que ela não queria que eu ficasse com a minha vó (...) e aí ele batia nela, ele gritava, eles bebiam muito, muito, muito e ela brigava comigo, me chamava de lixo e dizia que eu devia ter sido abortada, e que eu devia morrer, me xingava muito, brigava muito comigo quando ela estava bêbada. (Letícia).

(...) ela me fez um monte de pergunta, por que que eu tinha acordado ela...e começou a me xingar: “ah, que guria chata, que chata”...ela fica falando que eu quero provocar ela...eu não posso fazer um barulho sequer...ela começa a reclamar...a dizer que eu sou isso, que eu sou aquilo...e quando some alguma coisa ela vira um bicho! (...) manter uma conversa entre eu e a minha mãe é totalmente impossível, a gente até conversa, fala essas coisas, mas tipo, conversar, conversa séria mesmo, aí é muito difícil.(Carol).

(...) aí ela bateu em mim com uma vara...e mandou eu levantar, eu tava deitada dormindo e ela mandou eu lavar a louça, aí eu fiquei brava e ela disse que eu não ia ficar lavando louça pra ela ficar saindo de casa e ela veio me bater...e minha irmã defendeu... aí minha vó se meteu e ela xingou ela...aí meu tio se meteu...e disse para ela ir embora...mas aí ela me fez ir com ela...antes disso eu já era triste, mas eu era triste sozinha, e daí depois ficou pior. (Stela).

De acordo com pesquisas recentes (Fleitlich e Goodman, 2001, Salvo *et al.*, 2005, Vitolo *et al.*, 2005 e Bordin *et al.*, 2006), a violência contra crianças e adolescentes está diretamente associada a problemas emocionais e de comportamento. Paula *et al.* (2008) encontraram que adolescentes expostos à violência familiar mostram-se três vezes mais propensos a apresentar problemas de saúde mental que os adolescentes expostos à violência urbana e comunitária, indicando a importância da qualidade das relações familiares para o bom desenvolvimento infantil. Durtschi *et al.* (2010) também apontam para o maior risco dessas crianças repetirem o padrão de violência nos seus relacionamentos íntimos caracterizando a transmissão transgeracional da violência.

Como podemos observar nos relatos destes adolescentes, a vivência de violência provoca sentimentos fortes e ambivalentes de tristeza, angústia, medo, raiva, culpa e indignação. Essas reações emocionais, naturalmente, dependem das características pessoais individuais bem como do momento do desenvolvimento infantil em que a violência ocorre.

No caso de Isis, por exemplo, que foi abusada e agredida desde os cinco anos, o sentimento que marca sua narrativa é o medo e a culpa, comuns entre as crianças pequenas devido a percepção egocêntrica do mundo. As crianças pequenas não têm capacidade de compreender os motivos de estarem sendo agredidas e tendem a achar que elas de fato estão erradas. Quando os pais xingam uma criança, reforçam ainda mais a percepção de inferioridade. Dessa forma, as crianças cronicamente agredidas tendem a ser mais inseguras, desconfiadas e sua auto-estima baixa, predispondo-as aos quadros depressivos e ansiosos (Coates e Messman-Moore, 2014).

8.2.2.2 Violência Comunitária

Em relação à violência comunitária, o *bullying* na escola foi relatado por cinco adolescentes. Os xingamentos e o comportamento discriminatórios parecem ter deixado marcas de sofrimento importantes nesses adolescentes. Denise e Janaina, que sofreram *bullying* de maneira mais intensa e por períodos mais prolongados, sentiam-se triste por não serem iguais as outras meninas, mas também sentiam raiva das

agressões. Ambas referem sentimentos de inferioridade e baixa auto-estima:

(...) tinha também o fato de eu ser gordinha e usar óculos e de não ser igual às meninas que tinham que estudavam comigo e então zuavam bastante comigo (...) eu me sentia muito excluída de todo mundo, eu achava que eu não me encaixava em nenhum lugar(...) na verdade eu achava que eu tinha que ser igual a elas mas eu não conseguia e acabava ficando frustrada e aos oito anos eu comecei a me cortar (...) e foi aumentando a agressividade das palavras das pessoas e a exclusão no colégio, foi aumentando também a frequência dos cortes e a gravidade (...). (Denise).

Eu também sofria *bullying* na escola, por que eu sempre fui gordinha e essas coisas, até hoje as pessoas tem preconceito com as diferenças, então eu sofria muito (...) e me xingavam de tudo...me tratavam mal, isso desde a creche...as pessoas me chamavam de gorda, baleia, saco de areia...até hoje eu lembro das crianças gritando no meu ouvido.Eu ficava muito mal, muito mal mesmo, por que eu não sabia como reagir, eu tava meio que indefesa, eu não sabia o que falar, eu ficava triste, eu chegava em casa e chorava e chorava e chorava e ainda tinha que agüentar o meu pai brigando com a minha mãe, e eu não tinha pra onde correr, e eu escrevia um caderno tipo Eu odeio a minha vida, com sete anos! (Janaína).

Outros adolescentes contam também que tinham dificuldades em se relacionar com os pares e se incluírem no grupo:

Eu não tinha amiguinhos lá no colégio, e eles não gostavam de mim também... Não tinha ninguém que queria brincar comigo... quando eu chegava perto, eles começavam a girar bem rápido pra eu não entrar (...). (Marina).

Stela, Letícia e Carol se queixam que a mudança de escola provocou dificuldades de interação com os colegas e discriminação, desencadeando os sintomas de depressão:

Por que eu tinha ganhado a bolsa pra estudar lá e alguns achavam que eu pagava pra estudar, alguma coisa assim. E diziam que eu era isso, que eu era aquilo (...) e daí qualquer coisinha já me incomodava (...) Eu me sentia diferente (...) achava que não era o meu lugar(...) aí eu me incomodava por que lá só tinha rico, né, e daí tinha um moleque que falava um monte pra mim (...) por que eu era pobre, que não tinha condições de ficar ali e não sei o quê (...). (Carol).

Lá em São Paulo a escola era grande e eu ficava quieta, não falava com ninguém e todo mundo me zoava (...). Me xingavam de metida e os guris ficavam passando a mão em mim, me zoando, por que eu era quieta...por que eu tava toda queimada...aí eu comecei a me cortar. (Letícia).

O que observamos é que enquanto sofriam violência dos colegas, esses adolescentes estavam vivenciando também situações de muitos conflitos pessoais e familiares. Portanto, não temos como analisar, neste trabalho, as conseqüências do *bullying* isoladamente. O que sabemos é que para esses adolescentes, a dificuldade de interação com os pares e as primeiras experiências no ambiente social fora dos limites da família não foram positivas.

Forster *et al.* (2013) realizaram um estudo longitudinal que investigou a associação entre aculturação, fatores familiares, *bullying* e depressão nos jovens hispânicos residentes nos Estados Unidos. Os autores apontam o *bullying* como sendo um fator mediador na associação entre os problemas familiares e o aparecimento da depressão, confirmando que a vitimização é um fator de risco para a depressão.

Assim como nos diz Carter e McGoldrick (2001), a família é o primeiro micro sistema social que envolve o sujeito e as relações que aí se estabelecem serão tidas como modelo para outros relacionamentos. Como vimos, nossos adolescentes vivenciaram situações de muitos conflitos familiares, abandono, negligência, hostilidade e violência. Tiveram dificuldades em estabelecer e manter vínculos seguros com seus cuidadores primários e por isso é natural compreendermos suas dificuldades de interação com os pares.

8.2.3 As perdas

Cinco adolescentes referem que a perda de uma pessoa muito querida, por morte ou separação, foi o que desencadeou os sintomas depressivos ou piorou o sofrimento que já vinham sentindo.

Eu tava muito triste, eu ficava o dia inteiro no quarto e eu dormia muito, muito, e eu não tinha vontade de fazer as coisas, eu tava engordando por que eu só dormia e comia, dormia a tarde inteira (...). Foi depois que a minha vó morreu. (Marina).

(...) eu namorava uma guria que foi embora, a única pessoa que eu tinha e ela foi embora, mas aí eu escondo como se fosse quase nada mas foi chato (...) eu fiquei pior do que eu já tava (...) Eu não dormia por uma semana quase, eu via aquelas coisas (...) eu não sentia vontade de fazer nada, só isolado. (Leo).

Eu me sentia sempre que ninguém gostava de mim... Era sempre eu que gostava, eu sempre me achava feia demais para qualquer pessoa, ruim de mais para qualquer pessoa, insuficiente, ninguém ia gostar de mim e que eu ia viver sozinha pra sempre...e pela primeira vez um menino gostou de mim e aí não foi possível não me apegar...ele se tornou meu pai que eu não tive, o meu melhor amigo, o meu namorado, o meu tudo sabe...aí quando ele terminou comigo eu fiquei “o que eu faço agora??O que eu tenho? Eu não tenho mais nada...daí parece que tudo do passado voltou, tudo tipo, meus medos e tudo o que eu não tinha e que eu me sentia sozinha e mal amada, e tudo voltou assim (...) foi e ta sendo muito difícil. (Janaína).

Meu vô ficou doente, aí eu queria morrer (...) e ele morreu em outra vez...e eu comecei a me queimar (...) Ninguém me deixou ver ele e ele morreu (...) aí eu entrei em depressão e tentei me matar. (Letícia).

Duas adolescentes acham que a mudança de escola, associada aos conflitos familiares, contribuiu para se sentirem deprimidas:

(...) aí eu não queria ficar mais lá, eu achava que lá não era o lugar certo pra mim (...) eu virei, com algumas gurias de lá que eram *emos*, daí acabei virando também (...) eu me sentia assim, totalmente diferente, eu acho que, eu não sei se eu não queria existir mais, ou o quê, que eu não me sentia feliz (...) tanto a mudança da escola quanto na família também (sobre os motivos de se sentir assim). (Carol).

E aquela escola era horrível, eu fui pro Instituto e foram os dois piores anos escolares da minha vida, eu tinha saído de uma escola que tinha cinquenta alunos e fui para uma que tinha cinquenta alunos por sala, então tipo, foi horrível! E daí quando a gente se mudou, e foi tipo, de uma casa grande pra um apartamento, de um colégio particular pra aquilo, foi horrível! (Marina).

Marina também associa sua tristeza ao momento em que o pai sai de casa “fugido”:

(...) ele tava tentando conseguir se aposentar . Só que daí ele foi pra Curitiba, tipo, ele fugiu (...) eu me senti muito traída, por que eu pensei que eu não podia confiar em ninguém, nem no meu pai, sabe? (Marina).

Como afirma Del Porto (1999), os primeiros episódios depressivos são desencadeados, geralmente, por uma perda real. Entendemos, no entanto, que a perda significou um evento disparador de um quadro de tristeza que, somado ao sofrimento que nossos adolescentes já vinham sentindo ao longo de suas experiências de vida, se transformou em sintomas.

8.3 Subjetividade e os sintomas de depressão

8.3.1 A construção da identidade

A reflexão sobre si mesmo que de acordo com a teoria de Piaget é uma “capacidade” do pensamento formal recém adquirido pelos adolescentes, e a busca de uma identidade estável aparecem em diversos momentos das narrativas.

Segundo Arpini, “pensar na construção da identidade, na formação dos sujeitos do ponto de vista psicológico, nos remete a pensar em suas relações familiares e com o meio social, bem como nas experiências pessoais de cada um” (2003, p. 49). A percepção que o adolescente tem de si mesmo necessariamente implica a percepção que ele tem do outro e como estabelecem essa relação, de modo que a formação da identidade depende do contexto (vínculos e demandas familiares, rede social ampliada, necessidades e valores sociais e culturais) e das características do próprio sujeito, como percebe e internaliza sua posição em relação ao outro e ao mundo.

Nas narrativas dos nossos adolescentes, é comum a percepção de que existe um jeito de ser que os caracteriza e os identifica desde pequenos, que segundo Pereira e Guzzo (2002), poderíamos chamar de traços de personalidade ou temperamento. Para os autores, o temperamento é uma dimensão do comportamento e da reação emocional individual, que está presente desde a infância, com substrato biológico e tendência a permanecer ao longo do desenvolvimento, representando parte da fundamentação da personalidade e cuja expressão pode variar e sofrer influências do meio. A personalidade, por sua vez, é constituída pelas características do temperamento somadas às motivações, valores e interesses do indivíduo.

Não iremos nos prolongar sobre as teorias do temperamento e da personalidade, mas consideraremos a existência de atributos pessoais, inatos ou adquiridos, que caracterizam a maneira com que o indivíduo lida com suas emoções. Neste sentido, é importante mencionar o estudo de Klein *et al.* (2011) que associa algumas características pessoais de personalidade e temperamento (evitação, ruminação e autocrítica rigorosa) como sendo precursoras ou fatores que predis põem o sujeito ao aparecimento de depressão.

Do nosso ponto de vista, as características pessoais devem ser analisadas de forma dialética dentro do contexto familiar e social. Mesmo porque, a metodologia utilizada nesta pesquisa valoriza a percepção do próprio sujeito e quando o adolescente se descreve e afirma ser de tal forma desde pequeno, entendemos que ele construiu essa imagem de si mesmo a partir das falas e das percepções dos outros, bem como a partir de suas próprias percepções, lembranças e experiências. Vejamos então, como os adolescentes percebem a si mesmo:

Algumas adolescentes dizem que se sentem inferior aos outros e se consideram carentes:

Eu sempre fui muito fraca pra lidar com os problemas e eu sempre tive aquele pensamento de “ninguém gosta de mim (...) Eu acho que eu sou carente ...e fraca por não saber lidar com as situações...eu sempre fui chorona, (...) Eu sempre me senti inferior a todo mundo, até às minhas primas...eu sempre senti que eu era menos que todo mundo. (Denise).

Eu era muito carente, então eu vivia fazendo escândalos, por que eu queria atenção, sabe? Por que os meus pais não me davam atenção (...). (Marina).

Estas duas adolescentes também referiram, em diversos momentos de suas narrativas, que se sentiam preteridas em relação aos irmãos e ambas tiveram dificuldades para se socializar na escola. Não temos como saber se essas disparidades afetivas de fato existiam, mas o sentimento de inferioridade e a baixa auto-estima estiveram presentes desde cedo nos laços familiares destes adolescentes. E o que será que faz uma criança não se sentir amada e querida? Para Denise, a ausência total do pai provocava sentimentos de insegurança e inferioridade, como se ele a tivesse abandonado e rejeitado. A interpretação egocêntrica, característica da criança pequena, gera culpa e levava Denise a questionar os motivos pelos quais o pai não gostava dela. A figura idealizada de um pai presente e de uma família “completa” era o modelo cuja falta provocava sofrimento. A percepção da falta foi carregada por esta adolescente em outros relacionamentos.

Marina também se queixa do distanciamento afetivo do pai e idealiza uma família como a de suas amigas, cujos pais eram “carinhosos e

legais”. Sua mãe, “explosiva” e briguenta devia ter dificuldades em identificar e reconhecer as reais necessidades de Marina, já que tinha que estar disponível para o irmão autista.

A dificuldade para confiar nas pessoas é também uma característica pessoal percebida por quatro adolescentes:

Na minha infância eu fui sempre sozinho (...) Eu era meio quieto, ficava na minha e no escuro, coisa, tipo, de ficar só num canto e não socializar dentro de casa (...) Desde pequeno eu era estressado,...eu sei que depois de grande quando ficavam me olhando, eu ficava estressado com isso...tipo, “to cagado?”, qualquer coisa não ficava tranqüilo, daí eu ficava olhando fixo pra pessoa até ela parar (...) Eu era meio deprimido, eu não fazia nada... o que as crianças normais faziam...não é que eu não tinha vontade, é aquela coisa...as vezes ela ...eu ficava preso dentro de casa e não saía (...) Quase sempre foi na minha vida isso...só que ...uma coisa de ficar fazendo nada, ficar quieto na tua (...) Eu não fazia amizade fácil, e sempre tirava nota boa, então eu acho que quem tirava nota ruim ficava com raiva de mim as vezes tipo “ah seu *nerdizinho*”! (Leo).

Eu era bem desconfiada também, tem coisas que de lá da infância, até hoje eu ainda tenho (...) Se alguma pessoa ta falando, olhando, eu já fico achando que ta falando de mim (...) eu não sou muito de confiar. (Carol).

Eu não gosto de ficar saindo muito na rua, por que as pessoas vão estar lá e fazem uma espécie de comentário, não sei por que, então eu fico na cama, em casa, eu fico horas no banheiro trancada, tipo, chorando (...) Por eu ter medo das pessoas...eu não confio nelas, eu nunca sei o que estão pensando, se elas falam a respeito de mim, isso me deixa desconfortável (...). (Isis).

Eu tenho muita dificuldade de lidar com as pessoas, eu tenho muito medo das pessoas, eu não confio nas pessoas, aí a relação sexual é um pouco complicada...eu choro (...) eu tenho muito medo

de confiar nas pessoas, eu não consigo acreditar, não consigo confiar nelas, é terrível ! Eu sempre acho que as pessoas vão tentar tirar proveito de mim, ou elas vão mentir, fazer coisas ruins, sei lá (...). (Marina).

Para Isis e Marina, a dificuldade de confiar nas pessoas está relacionada ao fato de terem sido violentadas, assim como o sentimento de culpa que aparece como elemento central na narrativa de Isis:

Eles brigavam muito ...e eu achava que era por minha culpa...até hoje, por que eu sempre acho que tipo, se tem alguma briga ou coisa do gênero eu acho que eu sou a culpada ou que se eu for fazer alguma coisa vão fazer mal pra mim. (Isis).

Outras adolescentes falam de suas dificuldades em conseguir controlar-se e avaliam ser impulsivas e explosivas:

Quando eu tô brigando com alguém eu não controlo, eu não consigo ficar quieta (...) Não controlo nada em mim, nem o meu corpo, nem nada...é a raiva, tudo, eu não controlo (...) Desde pequena eu sou assim (...) eu sempre fui meio esquentada, desde pequena, mas isso nunca me atrapalhou na escola que nem me atrapalha agora. (Stela).

Eu me tornei uma criança meio mimada (...) por causa da minha vó (...) Eu era muito explosiva, muito grosseira e era muito...não sabia direito como medir as minhas palavras. Eu tava sempre irritada, eu sempre descontava nos outros, até na minha vó, coitada. Ela fazia tudo por mim e eu vivia brigando com ela...eu era muito assim (...) Eu tenho um problema que eu não consigo controlar a minha raiva...até hoje eu não consigo controlar a minha raiva, eu grito, esperneio, eu bato a cabeça na parede...por que eu não consigo deixar isso dentro de mim (...). (Janaína).

Eu era bem perigosa (...) Eu aprontava muito, eu era, tipo, eu só convivia com algumas amigas minhas, tipo, eu tinha ciúmes de outras, de chegar

outras pessoas e fazerem amizade com elas e acabar se metendo (...) eu brigava e tudo. (Carol).

Eu era chorona e dramática(...) Qualquer coisa eu queria morrer, qualquer coisa eu queria matar (...) Eu não sou boa de fazer amigos, por que geralmente eu não gosto das pessoas (...) Eu geralmente não faço questão nenhuma das pessoas. (Letícia).

É importante ressaltar que as mães de Stela, Carol e Letícia são percebidas como sendo também pessoas impulsivas e pouco equilibradas sugerindo uma associação identificatória entre essas adolescentes e suas mães.

Assim, observamos que a percepção de si mesmo sempre envolve a relação com o outro. A família e a qualidade dos vínculos que aí se estabelecem mediarão a formação da identidade. As características dos relacionamentos intra-familiares direcionam a maneira como o sujeito percebe a si mesmo e conseqüentemente como irá estabelecer seus vínculos fora de casa.

Do ponto de vista psicológico, a socialização e o contato com o outro é marcada, desde os primórdios, por experiências e sentimentos opostos em relação a ser aceito ou rejeitado: amor x ódio. A criança deve, aos poucos e em muitos momentos com a ajuda dos adultos, aprender a enfrentar e modular suas inseguranças e angústias, integrando esses sentimentos contraditórios e tornando-se segura o suficiente para se constituir e afirmar. Esse movimento certamente dependerá do meio em que esta criança está inserida, das experiências de afeto e cuidado, das qualidades dos vínculos primários e íntimos e do manejo do adulto em relação à suas necessidades.

No caso de nossos adolescentes, no entanto, a ausência paterna e a percepção da instabilidade emocional da mãe podem ter contribuído para a percepção de desamparo e solidão. Na maioria das vezes, os momentos de tristeza e angústia, foram vivenciados em silêncio ou de forma turbulenta, e a percepção dos entrevistados é de que seus apoios eram frágeis ou inexistentes. Assim, o sentimento de culpa, desconfiança e a baixa auto-estima referida por alguns de nossos adolescentes, em interação com um ambiente familiar e social

desfavorável, podem ter contribuído para o aparecimento dos sintomas de depressão.

Frente aos desafios da vida cotidiana e dos grandes dilemas sociais, cada sujeito irá atravessar e lidar com as adversidades conforme sua singularidade. As estratégias de enfrentamento e a capacidade de regulação emocional, bem como as condições do meio (família e meio social), poderão predispor ou proteger o sujeito dos problemas emocionais.

8.3.2 As demandas sociais

Como nos lembra Arpini (2003), não podemos esquecer e nem minimizar as influências do ambiente social na construção e desenvolvimento dos pensamentos e percepções dos sujeitos em relação ao mundo e a si mesmos. Os problemas sociais que enfrentamos na atualidade, decorrentes do capitalismo, refletem na hiper valorização dos bens materiais e de consumo, vistos como sinônimos de felicidade, fruto do sucesso e desempenho individual, em detrimento dos valores morais e éticos da vida coletiva e do bem estar comum. Estes valores constituem o modelo identificatório para os nossos adolescentes:

A adolescência atual está profundamente desmoronada pelo tédio burocrático que emana da sociedade adulta: e mais ainda, talvez, pela inconsistência e hipocrisia dos valores estabelecidos; ela experimenta de modo extremamente vivo a grande questão do sentido da existência humana; ela talvez esteja profundamente marcada por esse sentimento de aniquilamento-suicídio possível da humanidade que fez nascer a bomba atômica. Encontra, contudo, na cultura de massa, um estilo estético lúdico que se adapta a seu nihilismo, uma afirmação de valores privados que corresponde a seu individualismo, e a aventura imaginária que mantém, sem saciá-la, sua necessidade de aventura (Morin *apud* Arpini, 2003 p. 46).

Os ideais individualistas e de concorrência geram uma necessidade de busca de desempenho a qualquer custo e alguns jovens parecem reagir

negativamente a tais exigências. Para Kehl (2011), a depressão é um estado em que o sujeito não se ajusta ao “Bem” estabelecido por certa sociedade de modo que, na atualidade, o deprimido é aquele que não consegue, ou não se sente capaz, de responder às expectativas de felicidade e ao imperativo do gozo.

Nas narrativas dos adolescentes, identificamos o sofrimento relacionado às expectativas em relação aos rigorosos padrões estéticos, intelectuais e materiais da vida contemporânea: ser magro, inteligente, bem sucedido e rico. A ausência dessas características faz ou fez o adolescente, em algum momento de sua vida, sentir-se culpado e inferior, como se realmente fosse pior, diferente ou sua vida muito mais “desgraçada”.

(...) eu não sou uma boa aluna então eu não vou ter um futuro muito bom, não que eu não seja uma boa aluna, é que eu não sou inteligente em tudo sabe (...) é uma coisa muito pesada sabe, você tem que ter as melhores notas, você tem que ser a melhor, você tem que estudar muito para passar no vestibular (...). (Isis).

(...) eu acho que eles achavam que eu era de um modo diferente deles (...) lá a gente usa um uniforme, mas eles são muito de julgar pela aparência. Se tu não tem um bom tênis, se tu não tem uma boa roupa, tu não é ninguém naquele colégio (...) até eu mudar de escola eu gostava muito de ir pra escola (...) mas aí, depois que eu mudei, eu não gostei mais, e nem aqui eu me dou muito bem na escola (...) eu perdi o gosto de estudar, eu perdi, na verdade, o gosto pela vida. (Stela).

(...) tinha também o fato de eu ser gordinha e usar óculos e de não ser igual às meninas que tinham, que estudavam comigo, e então zuavam bastante comigo por causa disso, e eu me sentia excluída de todo mundo, sabe, eu achava que eu não me encaixava em lugar nenhum (...) eu achava que eu tinha que ser igual a elas e eu não conseguia, eu acabava ficando frustrada e aos oito anos eu comecei a me cortar. (Denise).

(...) e isso sempre me incomodou: ser baixinha e ser gordinha (...) eu era sempre a diferente, a errada, a desgraçada da vida, assim. (Janaína).

Reafirmamos, no entanto, que as demandas sociais não se associam de maneira direta e determinante no sentido de produzir sintomas depressivos, mas interagindo com o sistema familiar e com as particularidades de cada sujeito favorecendo o sentimento de inferioridade, exclusão e solidão.

As demandas sociais além de influenciarem a percepção de si mesmo, podem ser também identificadas através das perspectivas de futuro de nossos adolescentes. Os desejos de fazer faculdade, se tornar independente, ser reconhecido e acima de tudo, ser feliz, constituem os planos de futuro desses jovens e representam as demandas sociais atuais da vida adulta:

(...) eu penso em fazer faculdade de gastronomia (...) e não ter que passar pelas mesmas coisas que meu pai e minha mãe passaram, né? (Carol).

(...) eu quero muito melhorar a vida da minha mãe, poder cuidar dela como ela cuidou de mim e ...tentar ser um pouco do que a minha vó acha que eu não posso ser. Por que ela não confia na minha capacidade, então eu tenho muita vontade de mostrar pra ela que eu posso ser alguma coisa melhor. (Denise).

(...) eu quero terminar a escola e eu quero fazer faculdade de direito, e eu quero morar sozinha em Boston. E deu. Eu quero ter um gato, ah, e ter um namorado, né, quase esqueci. O meu namorado. É isso (...). (Leticia).

Eu quero viajar, eu gosto muito de viajar, e fazer o que eu gosto sabe (...) eu não sei se sociologia seria legal, se eu, queria fazer História também, mas eu não sei o que eu vou fazer, mas eu queria fazer isso, e eu quero muito fazer artes cênicas, é legal, acho que eu ma daria bem. (Isis).

No entanto, algumas adolescentes não se sentem motivadas para seguir nesta direção:

Eu tinha o desejo de ser um orgulho pra minha família, tipo, sempre quis, né, ser melhor, pra ver que um dia eu fui capaz né, de ser melhor. E queria fazer um curso que eu (...) eu desejava passar em psicologia, em ir bem na escola, tipo, precisa... ser bem sucedido... no que quis (...). Só que hoje em dia eu não consigo dar tanta importância para isso, eu tô em pleno terceiro ano, mas não com a cabeça de terceiro ano (...) eu vejo todo mundo focado e eu não consigo me focar. Eu não consigo, eu fico tipo, sabe “ ah que merda de vida!”. (Janaína).

Eu não pretendo ter um futuro muito bom (...) o mundo hoje em dia é muito cruel (...) as pessoas são bravas, as pessoas julgam (...). Eu não tenho plano para o futuro, antes eu tinha, queria estudar, fazer varias faculdades, ser alguém importante (...) as vezes eu faço planos, mas ...a minha vontade de fazer...e de...seguir adiante passa bem rápido (...) eu tento, tento, tento tento e tem sempre alguma coisas (...) tem sempre alguma coisa pra atrapalhar. (Stela).

(...) o que eu quero mesmo e que eu não sinto isso é felicidade mesmo, eu não me sinto feliz totalmente (...) cada vez que eu me incomodo com a minha mãe, eu sinto que parece que, alguma coisa em mim, eu não vou conseguir ser feliz. (Carol).

Devemos lembrar que essas adolescentes entrevistadas estão passando pelo processo de construção de suas identidades e buscam o caminho da autonomia, assim como os outros adolescentes. É natural, portanto, que os conflitos familiares estejam presentes e sejam identificados como uma barreira para a conquista de sua independência (Pretto, 2001). Neste momento então, os laços sociais e os recursos comunitários se fazem ainda mais necessários, como garantia de segurança e suporte fora do meio familiar, auxiliando o adolescente nesse processo de identificação e autonomia. Para os nossos adolescentes, no entanto, os pontos de apoio fora da família não aparecem como significativos.

Dessa forma, em vários momentos, nos questionamos se esses adolescentes apresentavam um quadro depressivo propriamente dito ou

se esse sofrimento correspondia ao peso e as angústias da passagem pela adolescência, em seus contextos de vida e laços familiares fragilizados.

O que podemos afirmar é que a percepção desses adolescentes sobre o apoio insuficiente ou inadequado da família, os conflitos familiares e a violência sofrida, as perdas, as demandas sociais atuais e a escassez de recursos comunitários significativos que poderiam fortalecer os vínculos, o sentimento de pertencimento coletivo e de construção de cidadania, favoreceram o aparecimento dos sintomas de depressão nos adolescentes entrevistados.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como vimos, a depressão é um fenômeno complexo. O primeiro desafio é conseguir estabelecer um limite entre uma reação de tristeza “normal” e uma reação disfuncional e patológica frente à determinada adversidade; ou seja, quando que uma pessoa com sintomas de tristeza, angústia, anedonia, vontade de morrer etc. pode ser considerada “doente”.

O segundo desafio diz respeito à abordagem do quadro “patológico” de tristeza profunda. Desde a Antiguidade, as teorias Hipocráticas e Aristotélicas representam duas maneiras distintas de compreender esse fenômeno. Para Hipócrates, a não identificação de uma causa externa, que justificasse o sofrimento, seria o indício para o diagnóstico da melancolia, que era então considerada e tratada como uma disfunção orgânica.

Por outro lado, Aristóteles ressalta as características positivas da personalidade melancólica, mesmo considerando a melancolia, e não a personalidade melancólica, uma doença causada pelo acúmulo da bile negra no baço.

Seria interessante saber o que Hipocrates diria então sobre a reação de tristeza profunda secundária a uma causa externa identificada, já que a hipótese de melancolia fora descartada. Quando Kraepelin incluiu a melancolia no quadro de insanidade maníaco-depressiva, deixando o termo depressão para descrever um afeto, será que percorreu a mesma lógica Hipocrática?

Também para a psicanálise, os quadros de tristeza profunda se diferem entre a melancolia, que corresponde a um conflito da estrutura psíquica narcísica (sendo que alguns psicanalistas a consideram uma estrutura psicótica) e a depressão, considerada uma reação do sujeito a um meio desfavorável.

“Isso” que não é melancolia é o que Meyer chamou de “depressão exógena”. Neste sentido, Wakefield (2013) defende que o contexto deve ser levado em consideração para a realização do diagnóstico do transtorno depressivo, uma vez que a reação de tristeza profunda, secundária a uma situação de perda, deveria receber o status de outro transtorno.

E será que esse caminho iria solucionar tantas discórdias? Será que essas duas “formas“ de depressão (melancolia x depressão, depressão endógena x exógena) de fato se constituem como duas entidades distintas? Ou será ainda que existem inúmeras “depressões” cujas naturezas também podem variar?

As pesquisas recentes que investigam as “causas” da depressão na adolescência têm apontado para a complexa interação dos aspectos genético-biológicos com o ambiente, exigindo uma reflexão dialética a cerca do fenômeno. Essa questão torna ainda mais complicada a distinção entre depressão de causa interna (seja biológica ou psicodinâmica) e depressão exógena, uma vez que vários fatores de risco interagem e se somam aumentando as chances de um adolescente apresentar quadro depressivo.

Essas questões não seriam tão relevantes não fosse a noção atual, inclusive de senso-comum, de que os transtornos mentais são sinônimos de doença de causa orgânica. Na prática clínica, os transtornos mentais, em geral, têm sido diagnosticados e tratados como se fossem apenas desequilíbrios do sistema de neurotransmissores cerebrais.

Quando o contexto e a história de vida do sujeito são ignorados ou subvalorizados, os riscos da medicalização da vida e do sofrimento, tão necessário e fundamental para o desenvolvimento humano, tornam-se iatrogênicos.

A história da psiquiatria mostra que esta especialidade sempre esteve atrás dos avanços da medicina e demorou a ser incluída e considerada como uma especialidade médica. Até o século XVIII, os problemas mentais eram considerados desvios morais ou fruto de influências externas, espirituais e religiosas. A partir do século XIX, os achados anatomopatológicos aproximaram os transtornos mentais às doenças de causa orgânica e anatômica. Embora a psicanálise e as teorias psicodinâmicas tenham desestabilizado de certa forma tal paradigma positivista, os estudos genéticos e neuro bioquímicos, a partir dos anos 80, vêm reforçando a lógica cartesiana a cerca dos transtornos mentais.

A prática psiquiátrica continua calcada na noção unidirecional de saúde x doença e causa x efeito e ainda não absorveu os novos paradigmas de saúde que considera a complexa relação dialético-interativa entre o sujeito e o meio.

A indústria farmacêutica, com seus objetivos e lucros, estimula e financia a teoria dos neurotransmissores e muitos psiquiatras e clínicos seguem medicalizando o sofrimento, sem refletir e compreender o contexto (Caponi, 2014).

Neste sentido, nosso terceiro desafio foi compreender a psicopatologia a partir de um outro paradigma que não fosse reducionista. Na verdade, a pretensão inicial de compreender o contexto social foi maior que as reais possibilidades deste trabalho, em função da quantidade de material coletado, do tempo limitado para a elaboração de uma pesquisa de mestrado e da necessidade de aprofundamento teórico acerca das teorias sociais e psicológicas.

No entanto, alguns apontamentos puderam ser feitos e analisados de maneira sucinta. A reflexão histórica e social nos possibilitou contextualizar o sofrimento de nossos adolescentes. Não negamos as influências genéticas, nem biológicas que predisõem os sujeitos a reagirem e lidarem com as adversidades de determinada maneira, mas tentamos compreender essas características de uma forma integrada com as influências familiares e o contexto social mais amplo.

Naturalmente, a maioria dos eventos estressores e causadores de sofrimento narrados pelos adolescentes dizem respeito às suas famílias: à instabilidade emocional da mãe, à falta do pai e à violência sofrida em casa e na escola. O sentimento de solidão e desamparo esteve presente em todas as narrativas e parece que todos esperavam e desejavam ter recebido mais atenção e carinho de seus progenitores. Segundo a percepção dos adolescentes entrevistados, o sofrimento os acompanhou desde as lembranças da infância e os sintomas de depressão apareceram em situações de perdas importantes.

Ressaltamos também a predominância do sexo feminino dentre os adolescentes pesquisados. Assim como as pesquisas apontam, a prevalência da depressão na adolescência chega a ser duas ou três vezes maior entre as meninas e os fatores de risco variam conforme o gênero. Neste estudo, no entanto, não abordamos essas especificidades, já que nossa amostra foi composta por apenas um menino. Neste sentido, vale apontar que este adolescente foi o que menos relatou eventos estressores, apesar de referir a depressão materna, a ausência do pai e se perceber quieto e isolado desde sempre.

Como mensurar então o real impacto dos estressores já que isso depende da “sensibilidade” de cada um? Ao ouvir cada história de vida, identificamos diferentes percepções e diferentes sujeitos. Cada um sentindo, expressando e reagindo às adversidades e aos acontecimentos da vida de modo singular.

Não podemos deixar de apontar também, as influências do contexto social presentes na forma como o adolescente percebe o mundo, se relaciona com os outros, constrói sua identidade e narra suas perspectivas de vida para o futuro. Como afirma Birman (2005), o modo de vida na atualidade, com os valores individuais e de consumo, a superficialidade dos relacionamentos e a fragilidade dos laços familiares, é responsável pelo sentimento de desamparo entre os jovens.

Os espaços de convivência desses adolescentes se restringem à escola, à rua e às redes sociais virtuais, permeados também por violência e desrespeito. Os recursos comunitários como centros de cultura, esporte e lazer não fazem parte do meio social destes jovens e a participação em atividades coletivas como grêmio estudantil, grupo esportivo e outros também não foram mencionados, indicando novamente uma fragilidade dos laços sociais e da vida coletiva.

Outro fato que nos chamou a atenção foi a quantidade de vezes que os entrevistados se mudaram de cidade, residência e de escola, o que certamente contribuiu para o enfraquecimento dos vínculos e o sentimento de não pertencimento.

Felizmente, esses adolescentes encontraram no Caps-i um apoio onde puderam compartilhar suas angústias e os momentos de reflexão sobre si e sobre o mundo. Para a maioria, o Caps-i foi o primeiro lugar onde puderam falar sobre seus conflitos e onde as famílias também receberam apoio e puderam rever suas dinâmicas.

Alguns vínculos familiares, principalmente os avós e tios, também aparecem como sendo pontos de referência e apoio emocional e, possivelmente, atuaram como fatores de proteção contra comportamentos mais disruptivos e anti-sociais. Desse modo, apontamos para a necessidade das políticas públicas garantirem e fortalecerem os espaços públicos de educação, esporte, lazer, trabalho e saúde onde os vínculos sociais, coletivos e familiares possam ser construídos e enriquecidos.

Não podemos deixar de apontar os avanços da Política Nacional da Juventude (Brasil,2013), da criação do Sistema Único da Assistência Social, o SUAS (Brasil,2004) e das políticas de saúde com as Diretrizes Nacionais para Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens (Brasil, 2010) bem como os avanços da Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2005).

Sabemos, no entanto, que a execução dessas políticas depende também da gestão local e municipal. No caso das políticas de saúde mental do município de Florianópolis, a rede de atenção psicossocial para as crianças e adolescentes ainda é insuficiente. O município conta com apenas um Caps-i e as ações na Atenção Básica para essa faixa etária são reduzidas e pontuais; não existem leitos de internação para situações de crise, nem unidades de acolhimento para situações de rompimento ou graves conflitos dos laços familiares. Apontamos, portanto, a partir de tudo o que foi discutido neste trabalho, a necessidade da expansão e fortalecimento da atual rede de cuidado para crianças e adolescentes do município de Florianópolis.

Algumas limitações deste estudo devem ainda ser apontadas, mas que não invalidam as discussões feitas até aqui. Desde o início, optamos por não utilizar um instrumento de diagnóstico que diferenciasse os tipos de depressão, já que estávamos interessadas em compreender o sujeito que apresenta os sintomas de depressão e não necessariamente avaliar se ele tinha ou não um transtorno propriamente dito. Como o estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial, esperávamos que os sujeitos que lá estavam apresentassem sintomas de certa gravidade, merecendo ser acompanhados e tratados. Embora não tenhamos mensurado os sintomas através de um instrumento, a partir da narrativa de cada um, é possível avaliar que todos os adolescentes preencheriam os critérios diagnósticos para Transtorno Depressivo Maior (DSM) ou Episódio Depressivo (CID -10).

Por fim, mais do que atenção à saúde, esses adolescentes precisam ser vistos, ouvidos e compreendidos. As narrativas desses jovens representam, acima de tudo, as dificuldades enfrentadas por muitas crianças e adolescentes da atualidade: as mudanças e as fragilidades dos vínculos familiares; o distanciamento e enfraquecimento das funções parentais; as escassas redes de apoio social comunitário; a ausência de espaços públicos de convivência, livres de violência; a total falta de senso de coletividade além da perversidade da mídia e do marketing,

que insistem em vender sonhos e ilusões, reforçando os valores individuais, a busca de prazeres superficiais e imediatos em meio a tantas contradições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth edition (DSM-5), 2013.
2. Araújo, A.C. e Neto, F.L. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. **Rev. Bras. de Ter. Comp. e Cogn.**, v. 16, n. 1, p. 67- 82, 2014.
3. Arpini, D.M. **Violência e Exclusão: Adolescência em grupos populares**, Bauru: EDUSC, 2003.
4. Aries, P. **História Social da Criança**, 1973.
5. Assis, S.G.; Avanc, J.Q.;Pesce, R.P. *et al.* Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 349-361, 2009.
6. Bauman, Z. **O mal estar na pós-modernidade**, Editora Zahar, 1998.
7. Berlinck, M.T. e Fedida, P.A. A clínica da depressão: questões atuais. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v. 3, n.2, p. 9-25, 2000.
8. Birman, J. **Tatuando o desamparo**, Rio de Janeiro, 2005.
9. Bordin I.A.S.; Paula C.S.; Nascimento, R. e Duarte C.S. Severe physical punishment and mental health problems in an economically disadvantaged population of children and adolescents. **Rev Bras Psiquiatria**, v. 28, p. 290-296, 2006.
10. Boudreault-Bouchard A.M.; Dion J.; Hains J. *et al.* Impact of parental emotional support and coercive control on adolescent's self-esteem and psychological distress: Results of a four-year longitudinal study. **Journal of Adolescence**, v. 36, p. 695- 697, 2013.
11. Brasil, Lei Federal 8.069/1990 **Estatuto da Criança e do Adolescente**.
12. Brasil, Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.**Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental: Cuidar Sim, Excluir Não: Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social**, 2001.
13. Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social**, 2004.
14. Brasil, Secretaria Geral da Presidência da República, Secretaria Nacional de Juventude, **Políticas Públicas de Juventude**, 2013.
15. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas e estratégicas. **Diretrizes Nacionais para Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens**, 2010.

16. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental infanto-juvenil**. Textos Básicos em Saúde, 2005.
17. Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 3.088**, 2011.
18. Brasil, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde mental**, n. 34, 2013.
19. Calligaris, C. **A Adolescência**, São Paulo: Publifolha, 2000.
20. Caponi, S. **Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**, Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2014.
21. Carter, B. e McGoldrick, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**: Artmed, 2001.
22. Caspi, A.; Sugden, K.; Moffitt, T.E.; Taylor A. *et al.* Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. **Science**, v. 301, p. 386- 389, 2003.
23. Coates, A.A. e Mess man-Moore, T.L. A structural model of mechanisms predicting depressive symptoms in women following childhood psychological maltreatment. **Child Abuse Neglect**, v. 38, p. 103-113, 2014.
24. Conselho Federal de Psicologia. **Adolescência e Psicologia: Concepções, práticas reflexões críticas**, Brasília, 2002.
25. Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/2012. Link: conselho.saude.gov.br/resoluções/2012/reso466.pdf acessado em 20 de janeiro de 2015.
26. Couto, M.C.V.; Duarte, C.S. e Delgado, P.G.G. A saúde Mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n.4, p. 390-8, 2008.
27. Dalgalarondo, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**, Porto Alegre: Artmed, 2000.
28. Daly, M. e Wilson, M. The “Cinderella effect” is no fairy tale. **Trends in Cognitive Sciences**, v. 9, n. 11, p. 507–508, 2005.
29. Del Porto J.A. Conceito e Diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr. Depressão**, v. 21, 1999.
30. Denzin, N.K. **The research act**, 1978.
31. Denzin, N.K.; Lincoln, Y.S. *et al.* **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: Teorias e Abordagens**, 2010.
32. Durtschi, J.A.; Cui, M.; Lorenz, F.O. *et al.* Intergenerational transmission of relationship aggression: a prospective longitudinal study. **Journal of family psychology**, v. 24, n. 6, p. 688-697, 2010.

33. Ferreira, S.A.T. A evolução do conceito de depressão no século XX. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ, 2011.
34. Fleitlich, B.W. e Goodman, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 43, p. 727-734, 2004.
35. Fleitlich, B.W. e Goodman, R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. **BMJ**, v. 323, p. 599-600, 2001.
36. Fleck, M.P.A e Shansis, F. Depressão in **Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos**: Ed. Artmed, 2004.
37. Flick, U. **Uma introdução à Pesquisa Qualitativa**, 2007.
38. Fonseca, C. Olhares antropológicos sobre a família contemporânea. Participação na Mesa Redonda: “O lugar da família na ciência contemporânea: desafios e tendências de pesquisa”. **Congresso Internacional Pesquisando a Família**, Florianópolis, 24-26 de abril de 2002.
39. Forbes, E.E.; Hariri, A.R.; Martin, S.L. *et al.* Altered striatal activation predicting real-word positive affect in adolescent major depressive disorder. **Am J Psychiatry**, v. 166, p. 64-73, 2009.
40. Forster, M.; Dyal S.R.; Garbanati, L.B. *et al.* Bullying victimization as mediator of associations between cultural/familial variables, substance use and depressive symptoms among hispanic youth. **Ethn Health**, v. 18, n. 4, p. 415-432, 2013.
41. Freud, S. Luto e Melancolia (1917 [1915]) in **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Freud**, Rio de Janeiro: Imago, v. XIV, p.245-270, 1969.
42. Gomes, M.A. e Pereira, M.L.D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p. 357-363, 2005.
43. Goodman, R. e Scott, S. **Psiquiatria Infantil**, 2004.
44. Grossman, E. A Adolescência através dos tempos. **Adolescência Latino americana**, 1414/130/98/1
45. Guest, G.; Bunce, A. e Johnson, L. How Many Interviews Are Enough? : An Experiment with Data Saturation and Variability. **Field Methods**, v. 18, n. 59, 2006.
46. Hammen, C.; Brennan, P.A.; Keenan-Miller, D. *et al.* Severity, chronicity and timing of maternal depression and risk for adolescent off

- spring diagnoses in a community sample. **Arch Gen Psychiatry**, v. 60, p.253-258, 2003.
47. Hawker, D.S.e Boulton, M.J. Twenty years research on peer victimization and psychosocial maladjustment: a meta-analytic review of cross-sectional studies. **J. Child Psychol Psychiatry**, v.41, p.441-455, 2000.
48. Hilt, L.M.; Armstrong, J.M. e Essex, M.J. Early context and development of adolescent ruminative style: moderation by temperament. **CognEmot**, v. 26, n. 5, p. 916-926, 2012.
49. Jameson,F. **A lógica cultural do capitalismo tardio**, 1997.
50. Jovchelovitch S. e Bauer M.W. Entrevista Narrativa in Bauer, M.W. eGaskell, G. **Pesquisa Qualitativa com Texto, imagem e som: um manual pratico**, Petrópolis: Editora Vozes, 2002.
51. Kehl, M. R. A atualidade das depressões: como pensar as depressões sem o DSM IV in **O livro negro da psicopatologia**, Via Lettera, 2011.
52. Klein, D.N.; Kotov, R. e Bufferd, S.J. Personality and Depression: explanatory models and review of evidence. **Annu Rev Clin Psychol.**, v.7, p. 269-295, 2011.
53. Lopez-Duran, N.L.; Kovacs, M. e George, C.J. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in depressed children and adolescents: a meta-analysis. **Psychoneuroendocrinology**, v. 34, p. 1272-1283, 2009.
54. McGoldrick, M. As mulheres e o ciclo de vida familiar in Carter, B. eMcGoldrick, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**, Artmed, 2001.
55. McKinney, C.; Milone M.C. e Renk, K. Parenting and late adolescent emotional adjustment: mediating effects of discipline and gender. **Child Psychiatry Hum Dev**, v.42, p.463-481, 2011.
56. MacKinnon, R.A. e Michels, R. **A entrevista psiquiátrica na prática diária**, 1992.
57. Manfroi, E.C.; Macarini, S.M. e Vieira, M.L. Comportamento parental e o papel do pai no desenvolvimento infantil. **Rev. bras. crescimento desenvolv. Hum**, v. 21, n.1 , p. 59-69. São Paulo, 2011.
58. Mead, M.**Adolescencia y cultua em Samoa**, 1945.
59. Minayo, M. C. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**, 2008.
60. Moreira, V. eSloan, T. **Personalidade, ideologia e psicopatologia crítica**, 2002.
61. Morris, M.C.; Kouros, C.D.; Fox, K.R *et al.* Interactive models of depression vulnerability: The role of childhood trauma, dysfunctional

- attitudes and coping. **British Journal of Clinical Psychology**, v.53, p. 245-263, 2014.
62. Nunes, S.A.N.; Faraco, A.M.X. e Vieira, M.L. Attachment and Parental Practices as Predictors of Behavioral Disorders in Boys and Girls. **Paidéia**, v. 23, n. 56, p. 369-377, 2013.
 63. Organização Mundial da Saúde. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10**: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas, 1993.
 64. Organização Mundial da Saúde, Organização Panamericana da Saúde. **Relatório sobre saúde no mundo**, 2001.
 65. Organização Mundial da Saúde. link: apps.who.int/adolescent/second-decade/ acessado em 20 de julho de 2014.
 66. Paula C. S.; Vedovato, M.S.; Bordin I.A.S. *et al.* Mental health and violence among sixth grade students from a city in the state of São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n.3. p. 524-528, 2008.
 67. Peck, J.S. e Manocherian, J.R. O divórcio nas mudanças do ciclo de vida familiar in Carter, B. e McGoldrick, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**: uma estrutura para a terapia familiar, Artmed, 2001.
 68. Pereira, P.C. e Guzzo, R.S.L. Diferenças individuais: temperamento e personalidade: importância da teoria individual. **Rev. Estudos de Psicologia**, PUC-Campinas, v. 19, n. 1, p. 91-100, janeiro/abril 2002.
 69. Piko, B.F. e Balázs M.A. Control or involvement? Relationship between authoritative parenting style and adolescent depressive symptomatology. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v.21, p.149-155, 2012.
 70. Pretto, N.G. Transformações do sistema familiar na Adolescência in Carter, B. e McGoldrick, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**: uma estrutura para a terapia familiar, Artmed, 2001.
 71. Ribas, A.F.P e Moura, M.L.S. Responsividade materna e teoria do apego: Uma discussão crítica do papel de estudos transculturais. **Psicologia: Reflexão e crítica**, v.17, n.3, p. 315-322., 2004
 72. Rice, F.; Harold, G. e Thapar, A. The genetic aetiology of childhood depression: a review. **J Child Psychol Psychiatry**, v.43, p. 65-79, 2002.
 73. Rice, F.; Harold, G.T.; Boivin, J.; Van den Bree, H. *et al.* The links between prenatal stress and offspring development and psychopathology: disentangling environmental and inherited influences. **PsycholMed**, v. 40, p. 335-345, 2010.
 74. Rizzini I. Abordagem crítica da institucionalização infanto-juvenil no Brasil in **Caminhos para uma Política de Saúde Mental infanto-juvenil**. Textos Básicos em Saúde, Ministério da Saúde, Brasil, 2005.

75. Rocha, T.B.M.;Zeni, C.P.; Caetano, S.C. *et al.* Mood disorder in childhood and adolescence. **Rev.Bras.Psiquiatr**, v. 35 ,(suppl 1), p. 22-31, 2013.
76. Rudinesco, E. **A família em desordem**, Ed Zahar, 2002.
77. Salvo, C.; Silvaes, E.F.M. e Toni, P.M. Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 187-195, 2005.
78. Sevcenko, N. (org) **História da Vida Privada no Brasil**, São Paulo: Companhia das Letras, 2012.
79. Schechtman, A. Exortações as Mães: uma breve consideração histórica sobre Saúde Mental infantil no Brasil in **Caminhos para uma Política de Saúde Mental infanto-juvenil**.Textos Básicos em Saúde. Ministério da Saúde, Brasil , 2005.
80. Sposito, M.P. e Carrano, P.C.R. Juventude e Políticas Públicas no Brasil in UNESCO, Ministério da Educação, Secretaria de Educação continuada, alfabetização e diversidade. **Juventude e contemporaneidade**. Coleção educação para todos, 16, 2007.
81. Solomon, A. **O Demônio do meio dia**: uma anatomia da depressão, Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.
82. Sprinthall, N.A. e Collins, W. **A Psicologia do adolescente**: uma abordagem desenvolvimentista, Fundação CalousteGulbenkian, 2003.
83. Thapar, A. e Rice, F. Twin studies in pediatric depression. **Child Adolescent PsychiatrClin North Am**, v. 15, p. 869-881, 2006.
84. Thapar, A.; Collishaw, S.; Pine, D.S. e Thapar, A. Depression in adolescence. **Lancet**, author manuscript, 2012.
85. Teixeira, M.A.R. Melancolia e Depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. **Revista de psicologia da UNESP**, v. 4, n. 1, 2005.
86. Tully, E.C.; Iacono, W.G. e McGue, M. An adoption study of parental depression as environmental liability for adolescent depression and childhood disruptive disorders. **Am J Psychiatry**, v. 165, p. 1148-1154, 2008.
87. Vitolo, Y.L.; Fleitlich-Bilyk, B.; Goodman, R. e Bordin I.A. Parental beliefs and child-rearing attitudes and mental health problems among schoolchildren. **Rev. SaúdePública** , v. 39, p. 716-724, 2005.
88. Wakefield, J.C. e Horwitz, A.V. **A tristeza perdida**: como a psiquiatria transformou a depressão em moda, Sumus editorial, 2010.
89. Wakefield, J.C. DSM-5 grief scorecard: Assessment and outcomes of proposals to pathologize grief. **Word Psychiatry**, v.12, n.2 , 2013.

90. Wasserman, D.; Cheng, Q. e Jiang, G.X. Global suicide rates among young people aged 15-19. **World Psychiatry**, v. 4, p. 114-20, 2005.
91. Weeks, M.; Wild, T.C.; Ploubidis, G.B *et al.* Childhood cognitive ability and its relationship with anxiety and depression in adolescence. **Journal of Affective Disorders**, 152-154, p. 139-145, 2014.
92. Yap, M.B.H.; Pilkington, P.D.M.; Ryan, S.M. *et al.* Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. **Journal of affective disorders**, v.156, p.8-23, 2014.

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Ciências da Saúde
Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Trajetória de vida de adolescentes com sintomas de depressão: uma reflexão acerca do sofrimento psíquico.

Pesquisador Responsável: Andrea de Souza Noto

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal de Santa Catarina

Telefones para contato: (48) 3228-6095

Nome voluntário: _____

Idade: _____ anos

R.G. _____

Responsável legal _____

R.G. Responsável legal: _____

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “ Trajetória de vida de adolescentes com sintomas de depressão: uma reflexão a cerca do sofrimento psíquico”, de responsabilidade da pesquisadora Andrea de Souza Noto, sob orientação da professora Dra. Magda do Canto Zurba. O objetivo desta pesquisa é compreender como

os adolescentes com sintomas de depressão, de um centro de atenção psicossocial infantil de um município de sul do Brasil, percebem o seu sofrimento psíquico ao longo de sua vida. Os dados desta pesquisa poderão contribuir para melhor compreensão da depressão na adolescência e elaboração de políticas públicas para esta população.

Você está sendo convidado à participar de uma entrevista para falar sobre sua História de Vida. A entrevista será gravada em áudio para facilitar a posterior análise. A sua participação é absolutamente voluntária. A pesquisadora estará à disposição para qualquer esclarecimento, no entanto, em nenhum momento, poderá ser fornecido qualquer tipo de ajuda financeira e ou ressarcimento da pesquisa. Você é livre para recusar a dar resposta a qualquer questão durante a entrevista, parar ou desistir da participação a qualquer momento, sem prejuízo em seu tratamento no Caps-i.

As informações obtidas nesta pesquisa serão consideradas confidenciais e a privacidade do participante será garantida. Os dados serão analisados em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante salvaguardando, conforme o artigo 17 do Capítulo II do Estatuto da Criança e do Adolescente, o direito ao respeito e à inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade e da autonomia de crianças e adolescentes.

Os riscos desta pesquisa podem estar relacionados à mobilização dos sentimentos e emoções desencadeados durante o relato da História de Vida. Dessa forma, a pesquisadora, por ser médica psiquiatra, se compromete a realizar atendimento integral ao adolescente caso seja necessário e/ou realizar os devidos encaminhamentos na rede de atenção psicossocial junto aos serviços de referência em saúde mental para o participante.

Os resultados da presente pesquisa serão divulgados à instituição de saúde após a defesa da Dissertação, em data a ser agendada. Com os participantes, serão agendados horários para devolutiva dos resultados.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar do estudo, solicito sua assinatura em duas vias no referido Termo, sendo que uma delas permanecerá em seu poder.

Eu, _____, RGnº _____,
responsável legal por _____,
RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo
com a participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima
descrito.

Florianópolis, ____ de _____ de _____

Assinatura do responsável legal Andrea de Souza Noto



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Ciências da Saúde
Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, _____,

RG _____ declaro para os devidos fins, que concordo em participar voluntariamente do projeto de pesquisa intitulado “Trajetória de vida de adolescentes com sintomas de depressão: uma reflexão acerca do sofrimento psíquico”, realizado pela pesquisadora Andrea de Souza Noto, sob orientação da professora Dra. Magda do Canto Zurba vinculada à Universidade Federal de Santa Catarina.

Li e concordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto de pesquisa.

Florianópolis, _____ de 2014.

Assinatura do Adolescente voluntário