

FACULDADE DE CIÊNCIAS
CAMPUS UNESP DE BAURU
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO
DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM

CRISTIANE ARAÚJO DAMETO

ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO COM TRANSTORNOS
MENTAIS: FATORES DE RISCO, MECANISMOS DE PROTEÇÃO E
EFICÁCIA ADAPTATIVA

BAURU

2007

FACULDADE DE CIÊNCIAS
CAMPUS UNESP DE BAURU
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO
DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM

CRISTIANE ARAÚJO DAMETO

ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO COM TRANSTORNOS
MENTAIS: FATORES DE RISCO, MECANISMOS DE PROTEÇÃO E
EFICÁCIA ADAPTATIVA

Dissertação apresentada ao Departamento
de Pós-graduação em Psicologia do
Desenvolvimento e Aprendizagem para
obtenção do título de Mestre em
Psicologia, sob orientação da Prof.^a Dr.^a
Carmen Maria Bueno Neme.

BAURU

2007

CRISTIANE ARAÚJO DAMETO

ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO COM TRANSTORNOS MENTAIS: FATORES
DE RISCO, MECANISMOS DE PROTEÇÃO E EFICÁCIA ADAPTATIVA

Dissertação apresentada ao Departamento de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem para obtenção do título de Mestre em Psicologia, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Carmen Maria Bueno Neme.

Comissão Examinadora

Prof.^a Dr.^a Carmen Maria Bueno Neme
(Departamento de Psicologia da UNESP – Bauru)

Prof. Dr. Manoel Antonio dos Santos
(Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP)

Prof.^a Dr.^a Liliam D’Aquino Tavano
(Departamento de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – USP/ Bauru)

Agradeço primeiramente à minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Carmen Maria Bueno Neme, pela dedicação e paciência dispensadas durante os dois anos de trabalho.

Aos meus pais, que sempre me apoiaram e me incentivaram a ir em busca dos meus sonhos.

Ao meu marido, Rodrigo, pela compreensão em todos os momentos em que precisei ausentar-me e principalmente à minha filha Sofia, hoje com oito dias, que passou comigo momentos de ansiedade e alegria nos últimos meses de elaboração deste trabalho.

Agradeço, também, à equipe de saúde mental do CAPSi pela confiança dispensada, às adolescentes que concordaram em participar da pesquisa e as auxiliares de pesquisa, Mônica, Fabiana e Raquel.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dados demográficos das participantes.....	34
Quadro 2 – Adaptação ineficaz severa.	104
Quadro 3 – Adaptação ineficaz moderada.....	104
Quadro 4 – Adaptação ineficaz leve.	104
Quadro 5 – Fatores de risco (FR) e a EDAO.	105
Quadro 6 – Mecanismos de proteção e a EDAO.	106

RESUMO

O presente estudo investigou os fatores de risco e os mecanismos de proteção na história de desenvolvimento de 16 adolescentes com diagnósticos de transtornos mentais, em atendimento médico-psicológico em instituição de saúde mental. Foram realizados 16 estudos de caso por meio de entrevistas semi-estruturadas, realizando-se o levantamento de dados demográficos das adolescentes e de seus pais, dados de diagnóstico, do tratamento que realizam e a identificação dos fatores de risco e mecanismos de proteção, além da classificação de sua capacidade adaptativa atual, de acordo com a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO). Os resultados permitiram a identificação dos fatores de risco e dos mecanismos de proteção, os quais mostraram-se consistentes com os encontrados na literatura. As condições gerais das adolescentes mostraram-se mais positivas do que negativas, bem como a classificação adaptativa que obtiveram, ao contrário do que poderia ser esperado, em função de seus diagnósticos de transtornos mentais. Os resultados indicam a importância da família e das relações escolares como promotores do desenvolvimento de mecanismos de proteção, devendo-se também considerar os aspectos individuais como facilitadores ou não de desenvolvimentos menos suscetíveis aos riscos inevitáveis. As classificações adaptativas obtidas pelas entrevistadas e a análise dos fatores de risco e mecanismos de proteção identificados em sua história de desenvolvimento, são concordantes com o apontado na literatura, indicando a plasticidade e flexibilidade deste processo, bem como as dificuldades de se considerar os transtornos mentais na adolescência, em que o desenvolvimento continua ocorrendo e promovendo mudanças quantitativas e qualitativas significativas. Neste estudo, os resultados alcançados permitem sugerir a importância de programas de atenção à família e da melhoria das condições educacionais oferecidas a adolescentes, como condição fundamental para a superação de riscos em seu desenvolvimento e para o estabelecimento de recursos pessoais de proteção, necessários a um desenvolvimento mais saudável. Sugere-se a realização de futuros estudos que permitam o estabelecimento de possíveis relações de influência entre mecanismos de proteção e capacidade adaptativa atual, possibilitando maior esclarecimento a educadores e profissionais de saúde, em seus esforços de profilaxia e prevenção de problemas na área da saúde mental tanto para crianças como para adolescentes em desenvolvimento.

Palavras-chaves: adolescência, doenças mentais - diagnóstico, fatores de risco, mecanismos de proteção e EDAO (Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada).

ABSTRACT

The present study investigated the risk factors and the mechanisms of protection in the history of development of sixteen teenagers with diagnoses of mental disruptions, in medical-psychological attendance in mental health institution. Sixteen case studies were carried out through semi-structured interviews, realizing the survey of demographic data of the teenagers and their parents, diagnosis data and the treatment that they carry out and the identification of the risk factors and mechanisms of protection, besides the classification of its current adaptative capacity, according to the Operationalized Adaptative Diagnosis Scale (OADS). The results allowed the identification of the risk factors and the mechanisms of protection, which seemed themselves consistent with the others found in the literature. The general conditions of the teenagers showed themselves more positive than negative, as well as the adaptative classification that they obtained, unlike what could be expected, according their diagnoses of mental disruptions. The results indicate the importance of the family and the school relations as development promoters of mechanisms of protection, it also needs to be considered the individual aspects as easy ways or not of development less touchy to the inevitable risks. The adaptative classifications obtained by the interviewed teenagers and the analysis of risk factors and mechanisms of protection identified in their histories of development are in agreement with the pointed out in the literature, indicating the plasticity and flexibility of this process, as well as the difficulties of considering the mental disruptions in the teenage, which the development continues occurring and promoting quantitative and significative qualitative changes. In this study, the reached results allow to suggest the importance of the programs of attention to the family and the improvement of the educational conditions offered to the teenagers, as fundamental condition to the overcoming of risks in its development and for the establishment of personal resources of protection, needed to a healthier development. The realization of further studies are suggested which permit the establishment of possible relations of influence between mechanisms of protection and current adaptative capacity, possibiliting a greater clarifying to the teachers and health professionals, in their efforts of prophylaxis and prevention of problems in the mental health area, as many children as teenagers in development.

Key words: Teenage, Mental disruption, Risk factors, Mechanisms of protection, (OADS) Operationalized Adaptative Diagnosis Scale.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 TEORIAS DA CRISE	14
1.2 FATORES DE RISCO, MECANISMOS DE PROTEÇÃO E ADAPTAÇÃO.....	16
2. OBJETIVOS	27
2.1 GERAL	27
2.2 ESPECÍFICOS.....	27
3. MATERIAL E MÉTODO	28
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
REFERÊNCIAS	112
ANEXOS	115
ANEXO A – FICHA DE DADOS DO PRONTUÁRIO	115
ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA CLÍNICA COM AS ADOLESCENTES	116
ANEXO C – FICHA DE ENTREVISTA DIAGNÓSTICA ADAPTATIVA OPERACIONALIZADA (EDAO)	119
ANEXO D –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO	122

1. INTRODUÇÃO

As condições de saúde do ser humano relacionam-se a circunstâncias existentes em seu desenvolvimento, desde a gestação até as fases posteriores: o crescimento pré-natal, condições da mãe e da criança no momento do parto, alimentação, cuidados com a higiene, estimulação do desenvolvimento psicomotor e cognitivo e de suas relações afetivas e sociais.

A Psicologia Evolutiva estuda o desenvolvimento através das mudanças psicológicas que ocorrem ao longo da vida humana. Palácios (2004) atribui tais mudanças a três grandes fatores: a etapa da vida em que a pessoa se encontra; as circunstâncias culturais, históricas e sociais nas quais sua existência transcorre e as experiências particulares privadas de cada um e não generalizáveis a outras pessoas. Refere-se ao fato de que as habilidades e competências perceptivo-cognitivas das quais as crianças dispõem desde muito cedo estão a serviço da relação da criança com o mundo dos objetos e principalmente com o das pessoas.

A ciência do desenvolvimento tem sido vista como um importante caminho para se compreender os padrões de normalidade do desenvolvimento humano, mostrando que, quando as diferenças nas trajetórias de desenvolvimento são conhecidas, podem revelar o momento no qual as desordens biológicas, psicológicas ou sociais passam a interferir prejudicialmente sobre o desenvolvimento humano. O conhecimento dessas trajetórias possibilitará a criação de instrumentos preventivos no combate à instalação de patologias crônicas ao longo da vida dos indivíduos (COSTELLO; ANGOLD, 1996, apud ASPESI; DESSEN; CHAGAS, 2005).

De acordo com Aspesi, Chagas e Dessen (2005), considerar o desenvolvimento a partir do curso de vida torna muito difícil e delicada a tarefa de se distinguir o que é normal ou patológico no desenvolvimento, pois esse processo envolve interações complexas que influenciam no ajustamento futuro do indivíduo. Certas condições na relação indivíduo-ambiente poderão aumentar ou diminuir o risco de um processo patológico ser transferido de um estágio do desenvolvimento a outro.

Ao abordar questões consideradas polêmicas no desenvolvimento humano, tal como os conceitos de normal e patológico, Aspesi, Chagas e Dessen (2005) discutem também o conceito de crise e de risco e citam Masten e Garnezy (1985) que consideram condições de risco, situações que desencadeiam eventos que podem comprometer a saúde do indivíduo em relação ao ajustamento do contexto, do bem-estar e do desempenho social. Para estes autores, no curso da vida, ao enfrentar situações geradoras de alto nível de tensão, de crise ou de

rupturas em seus padrões relacionais, o indivíduo pode expressar vulnerabilidades. Tais vulnerabilidades, se apresentadas nos momentos de crise, aumentam a pré-disposição do indivíduo para interagir de forma menos adequada ou disfuncional em seu contexto. Se pensarmos, tal como Aspesi, Dessen e Chagas (2005) na prevenção como a não exposição do indivíduo a condições de risco, a realização desta se torna praticamente impossível, pois durante a vida, o ser humano inevitavelmente passa por situações de estresse e crises relacionadas ao seu desenvolvimento. Neme (2005) coloca que a maneira como o indivíduo lida com as adversidades da vida ou situações de risco é que determinará seu potencial de dano à saúde. Neste sentido, para que as situações de risco não acarretem grande vulnerabilidade ao indivíduo, este deve desenvolver mecanismos de proteção para responder adequadamente nestas situações.

Aspesi, Dassen e Chagas (2005), fazem referência à utilidade dos estudos epidemiológicos sobre os padrões de doenças mentais, ressaltando sua importância para um enfoque desenvolvimental em psicopatologia. Para estes autores, os epidemiologistas vem há muito tempo trabalhando com generalizações de perfis de morbidade e validade de categorias diagnósticas, além de aspectos relacionados à estabilidade e à mudança na manifestação de doenças ao longo do tempo, por meio de estudos longitudinais e transculturais. Para Aspesi, Dassen e Chagas (2005), as ferramentas utilizadas pelos epidemiologistas são importantes, pois permitem o mapeamento dos caminhos das crises normativas, de rotas no desenvolvimento de patologias e de fatores de risco presentes em diferentes situações, bem como o estabelecimento de relações entre crise, vulnerabilidade, risco e prevenção.

Paralelamente aos estudos epidemiológicos, a teoria psicanalítica também contribui para a compreensão do desenvolvimento humano, apontando elementos estruturantes ou não de um desenvolvimento saudável. Dentre outros fatores relevantes, a Psicanálise aponta a qualidade ou tipo de relação da mãe com a criança na primeira infância, especialmente na idade de zero a cinco anos, como sendo fundamental para a saúde física e psíquica da criança. Segundo Winnicott (2001), a privação da relação mãe-criança, é reconhecida pela literatura psicanalítica, como um dos principais fatores para o surgimento de graves comprometimentos no desenvolvimento da saúde mental.

Ao abordar o desenvolvimento individual e a família, Winnicott (2001) discute fatores apontados como positivos e necessários para a saúde mental. A grande mudança que se testemunha no primeiro ano de vida refere-se à aquisição de independência. A independência se realiza a partir da dependência, e esta, a partir de algo a que se pode chamar de dupla dependência; dependência absoluta em relação ao ambiente físico e emocional. Com um ano

de idade, a criança já é capaz de manter viva a idéia da mãe e dos cuidados que recebeu. Essa passagem da fase de dependência para a de independência é progressiva e só ocorrerá se houver, numa outra pessoa que substitua a mãe, uma adaptação muito sensível às necessidades da criança. A relação da mãe com a criança e certas condições ambientais é que irá possibilitar a integração da personalidade da criança, o que ocorrerá progressivamente até um ano de idade, com a aquisição de um *status* de indivíduo.

Para Winnicott (2001), ao final do primeiro ano de vida, o mundo interno da criança já se tornou uma organização definida sendo ela geralmente capaz de realizar interpretações próprias com base em suas experiências pessoais: a visão que a criança tem do mundo externo baseia-se no padrão da realidade pessoal interna.

De acordo com Winnicott (2001), a espontaneidade e a capacidade criativa estão relacionadas à forma como o mundo se apresenta às crianças, representado pelas figuras parentais. A frustração desmedida na criança ainda muito pequena pode limitar sua espontaneidade, porém a frustração empregada adequadamente será a base principal para o desenvolvimento do autocontrole, da moralidade e da capacidade de se preocupar com o outro. A presença da mãe ou de alguém que realize a maternagem de forma adequada, é uma pré-condição necessária à realização do desenvolvimento destas capacidades altamente sofisticadas e sua atitude deve comportar atenção e aceitação dos esforços imaturos feitos pela criança.

Assim como a criança passa por diferentes situações que podem configurar-se como de risco, a adolescência é identificada como uma das mais reconhecidas e estudadas crises normativas do desenvolvimento. Knobel (1981) considera a adolescência, uma síndrome normal do desenvolvimento, destacando o aspecto de contradição, ao associar os conceitos de síndrome (entidade clínica) e de normalidade (fora da patologia). Ao ampliar seu conceito, Knobel (1981) assinala que a adolescência é vista como etapa aparentemente seminormal e semipatológica pelo fato de que as normas de conduta estão sendo ainda estabelecidas, manejadas e regidas pelos adultos e sob este ponto de vista – a intercorrelação das gerações – é que a adolescência é vista desta forma. Porém, frente a estudos que consideram variáveis mais objetivas, sob o ponto de vista da psicologia evolutiva e da psicopatologia, a adolescência aparece como etapa coerente, lógica e normal.

Embora cada etapa do desenvolvimento esteja sujeita a aspectos psicofisiológicos e influências socioculturais, a adolescência, é em geral considerada importante fase desenvolvimental, podendo ser permeada de fatores de risco, bem como também oportunidade para o desenvolvimento de mecanismos de proteção.

A despeito do fato de que o desenvolvimento continua por toda a vida do indivíduo, comprometimentos psíquicos originados na infância podem manifestar-se em diferentes e importantes crises durante o desenvolvimento, nas quais ocorrerá a necessidade de readaptação a novas condições e a uma nova realidade (KNOBEL, 1981).

Na prática de atendimento de adolescentes com transtornos mentais, a observação clínica indica que a primeira crise psicótica, em alguns casos, acontece na adolescência. Nesta fase do desenvolvimento, o amadurecimento físico e os conflitos emocionais associados às diferentes tarefas psicossociais levam à necessidade de reorganização da personalidade do indivíduo, em busca de um novo equilíbrio. Nesta fase, o indivíduo vive uma situação de vulnerabilidade e crise e, dependendo das condições biopsicossociais presentes, bem como da existência ou não de mecanismos de proteção, um transtorno mental pode manifestar-se.

Para Knobel (1981), os fatores intrínsecos relacionados à personalidade do adolescente são os que determinam, na realidade, as diferentes manifestações do comportamento que interessam para seu tratamento e para a compreensão geral dos problemas psiquiátricos e psicopatológicos deste período de vida.

Em geral, em nossa cultura, o adolescente passa por desequilíbrios e grandes instabilidades, o que o configura uma entidade semipatológica denominada por Knobel, (1981, p. 9) “síndrome normal da adolescência”, a qual é perturbada e perturbadora para o mundo adulto, porém absolutamente necessária para o adolescente que, neste processo, irá estabelecer sua identidade.

Knobel (1981, p. 26) define adolescência como:

...a etapa da vida durante a qual o indivíduo procura estabelecer sua identidade adulta, apoiando-se nas primeiras relações objeto-parentais internalizadas e verificando a realidade que o meio social lhe oferece, mediante o uso dos elementos biofísicos em desenvolvimento à sua disposição e que por sua vez tendem à estabilidade da personalidade num plano genital, o que só é possível quando consegue o luto de identidade infantil.

Os padrões que se manifestam no adolescente normal têm relação com os que se manifestam em vários tipos de distúrbio mental, muitas vezes dificultando o diagnóstico precoce de transtornos mentais na adolescência; ou ainda, diagnosticando-se o adolescente normal como portador de algum transtorno mental e submetendo-o a tratamentos medicamentosos que podem provocar danos irreversíveis ao seu desenvolvimento.

Comparando o adolescente normal com o indivíduo psicótico, Winnicott (2001) aponta alguns padrões de comportamento do adolescente normal que podem ser também observados no indivíduo psicótico: no adolescente normal é comum o comportamento de levar as coisas ao pé da letra; reagir com intensidade de sentimentos, o que pode ser confundido com a dificuldade do psicótico em ter flexibilidade, a incapacidade ao meio termo. Outro comportamento que pode ser confundido é a sensação de vazio ou a necessidade de sentir-se real, presente no adolescente, que pode ser confundida com a despersonalização e depressão do psicótico, além da atitude questionadora do adolescente que pode ser confundida com comportamentos anti-sociais do delinquente.

Ao abordar o desenvolvimento humano e as tarefas desenvolvimentais em cada etapa, Erikson (1956) considera que na adolescência ocorre uma mudança fundamentalmente crítica, configurando-a como uma etapa de crise normativa. Assim como Erikson, a maioria dos estudiosos psicanalíticos, considera a adolescência como uma fase crítica, estabelecendo conceitos teóricos referentes a esta crise normativa do desenvolvimento.

1.1 TEORIAS DA CRISE

O conceito de crise de desenvolvimento formulado por Erikson (1959), designa períodos da evolução do indivíduo em que o comportamento é “dediferenciado”. São períodos de transição e surgem nas etapas do desenvolvimento normal da personalidade em que uma fase é qualitativamente diferente da anterior, ocorrendo tensões cognitivas e afetivas.

Abordando a patologia no desenvolvimento humano, considerada a partir da perspectiva do curso da vida, Aspesi, Dessen e Chagas (2005) mencionam que os períodos de transição no desenvolvimento constituem-se momentos de crise normativa. Segundo Minuchin (1985), o conceito de *crise normativa* deve ser utilizado para se fazer referência aos momentos de transformações que ocorrem ao longo do tempo no ciclo de vida familiar, em que há perda de um equilíbrio já obtido e o estabelecimento de um novo equilíbrio, baseado nas diferenciações que a nova condição ou situação provocou. A patologia pode ser gerada nos problemas que ocorrem neste processo de perda e restabelecimento de novo equilíbrio, como forma de ajuste às novas demandas de cada período de transição.

Para Caplan (1997), a resistência ao distúrbio mental pode ser reforçada se o indivíduo ampliar seu repertório de habilidades eficazes para resolver problemas. Desta forma, o

indivíduo pode utilizar meios menos regredidos, irrealistas ou socialmente inaceitáveis para lidar com dificuldades que podem levar ao desencadeamento de sintomas neuróticos ou psicóticos como forma de evitar ou simbolicamente dominar seus problemas.

Dentre os recursos que facilitam o enfrentamento de dificuldades de vida, encontra-se o autoconhecimento. Para Simon (1989), o autoconhecimento não se transmite por meios pedagógicos comuns, mas apenas mediante experiências de interação humana emocionalmente significativa. O indivíduo com um pouco mais de autoconhecimento poderá contar com maior segurança na hora de lidar com as adversidades.

Os fatores geradores de crise, no entanto, não são apenas externos. Para enriquecer a concepção de crise com aspectos psicodinâmicos, Simon (1989) cita a teoria de Melanie Klein (1975), na qual a autora iguala os fatores de crise às pressões internas ou externas extremas. Para Klein, os sentimentos de intensa angustia às vezes de pânico, que assaltam o sujeito em crise, poderiam não ser devidos apenas à falta de soluções para o novo, mas à projeção e identificação do novo com fantasias ameaçadoras provocadas por figuras aterrorizantes presentes no inconsciente e que emergem nesses estados de extrema tensão emocional.

Ampliando a compreensão acerca do conceito de crise, Simon (1989) propõe que esta se relaciona ao aumento ou à redução significativa do espaço no universo pessoal significativo dependendo da experiência de cada pessoa. Para Simon (1989), universo pessoal é o conjunto formado pela pessoa (dimensão psicossomática), acrescido da totalidade de objetos externos (outras pessoas, bens materiais ou espirituais e situações socioculturais).

Simon (1989) dividiu o conceito de crise em crise por perda ou aquisição, onde ambas têm a angustia diante do novo e desconhecido, porém diferenciam-se nos sentimentos; na crise por perda, os sentimentos predominantes são de depressão e culpa, e na crise por aquisição, podem predominar os sentimentos de dúvida e insegurança quanto à capacidade ou adequação.

De modo geral, a teoria psicanalítica também aponta as situações de crise como necessárias para o desenvolvimento de habilidades para uma melhor adaptação. O concurso da realidade provoca a angustia para predispor o ego a fazer o dispêndio de energia necessário para enfrentar os dissabores e trabalhar para manter a adaptação estável em longo-prazo.

Refletindo sobre as mudanças graduais e bruscas da adaptação humana, Simon (1989, p. 72) cita as contribuições de Ana Freud (1936), para quem, independentemente da força do ego, há certas adaptações que só se realizam sob o impacto de crises e/ou por mudanças bruscas. O novo, de um modo ou de outro e variando conforme o indivíduo, transforma-se num conteúdo que ameaça explodir ou abalar a personalidade, gerando o pavor da mudança

catastrófica. Portanto, na teoria psicanalítica, a crise seria a pré-condição necessária para a ocorrência de mudança significativa. É impossível evitar-se tais crises, e delas resulta o progresso ou regressão, tendo em vista que elas podem constituir-se em fatores de risco ao desenvolvimento saudável, dependendo da forma como são enfrentadas, dos recursos utilizados para seu enfrentamento e das possibilidades de adaptação resultantes deste processo.

1.2 FATORES DE RISCO, MECANISMOS DE PROTEÇÃO E ADAPTAÇÃO

A literatura sobre os fatores de risco aponta várias experiências consideradas estressantes no desenvolvimento infantil e entre as mais citadas estão: divórcio dos pais, perdas de entes próximos, abuso físico e sexual, pobreza, holocausto e catástrofes naturais, guerras e outras formas de trauma (TELES, 2005).

Os fatores de risco relacionam-se com todos os eventos negativos de vida e, quando presentes, aumentam a probabilidade de o indivíduo apresentar problemas físicos, sociais ou emocionais. Os riscos psicológicos podem mudar de acordo com o momento de vida em que o indivíduo está e suas conseqüências também, não sendo possível estabelecer uma relação de causa-efeito, pois é preciso identificar os mecanismos que influenciaram, ligando o risco à conseqüência em determinado ponto da história do indivíduo. O que se destaca na resposta do indivíduo as situações negativas da vida, que são inevitáveis, são os níveis de exposição e dos limites individuais de cada um, ou seja, sua visão subjetiva, sua percepção, interpretação e sentido atribuído ao evento estressor é o que o classifica ou não como condição de estresse. Sendo assim, o que para um pode ser entendido como perigo, para outro pode ser apenas um desafio (YUNES; SKYMANSKY, 2001).

Ao abordar os fatores de risco no desenvolvimento, Gauy e Costa Júnior (2005) citam alguns pesquisadores deste tema, como Bronfenbrenner e Ceci (1994), Oliveira (1998), Rutter et al. (1999), Plomin (2000), indicando três grandes grupos de fatores de risco: fatores de risco **sociais**, denominados distais, que se referem a condições contextuais básicas de nutrição, moradia, lazer, escola, bem como experiências de privação, violência e religiosidade, entre outras; fatores de risco **familiares**, denominados meio-proximais, que se referem às condições de interação familiar, tais como nível de autoridade parental, existência de transtornos mentais e/ou problemas físicos entre membros familiares e sistemas de punição/coerção física; fatores de risco **pessoais**, denominados proximais, que se referem às

características do indivíduo, tais como temperamento, personalidade, percepção, habilidades cognitivas e estratégias de manejo frente a situações adversas. Os fatores de risco ambientais podem estar associados a diversos contextos da interação indivíduo-ambiente, influenciando o funcionamento humano e os resultados comportamentais do desenvolvimento.

Segundo Sapienza e Pedromônico (2005), outros fatores podem tornar o indivíduo vulnerável, como, prematuridade, desnutrição, baixo peso, lesões cerebrais, atraso no desenvolvimento, família desestruturada, minoria social, desemprego pobreza, dificuldade de acesso à saúde e educação. Crianças com desvantagens socioeconômicas cujas mães sejam também jovens, solteiras e pobres ou que tenham vindo de famílias desorganizadas (riscos psicossociais); ou ainda crianças que tenham pais com desordens afetivas, esquizofrenia, desordens anti-sociais, hiperatividade, *deficit* de atenção, e isolamento (ricos genéticos) são potencialmente vulneráveis aos eventos estressores e são consideradas crianças em risco para problemas de desenvolvimento.

Segundo Rutter (1999), as pesquisas enfatizam a importância do ponto de vista da família, tanto na redução, como no aumento dos riscos. O processo de risco envolve um funcionamento familiar complicado e tende a ter ambientes menos adequados. A interação entre vários fatores de risco no desenvolvimento da criança e as diferenças individuais podem aumentar a suscetibilidade da criança à situação de risco. Para o autor os eventos agudos podem provocar efeitos negativos em curto prazo, mas nem sempre a longo prazo. Por exemplo, a hospitalização de uma criança por menos de uma semana, geralmente não está associada a seqüelas posteriores, no entanto pessoas expostas à adversidade crônica, têm mais dificuldade em lidar com eventos agudos. O efeito de repetidas hospitalizações seria maior se associado a adversidades psicossociais do que em circunstâncias mais favoráveis de vida.

A capacidade que algumas pessoas têm para a superação de situações adversas tem chamado a atenção para o conceito de resiliência. Para Rutter (1999), o conceito de resiliência é bastante amplo e o autor enfatiza que é diferente da simples aquisição de competência social ou auto-eficácia, ou ainda saúde mental positiva. O termo resiliência designa o grau de possível superação psicológica e não algo como um funcionamento acima do normal.

Abordando as contribuições das teorias biológicas do desenvolvimento humano, Gauy e Costa Júnior (2005, p. 59) mencionam os trabalhos de Bronfenbrenner (1988; 1989), nos quais este autor aponta a necessidade de se investigar os mecanismos de influências no desenvolvimento que são afetados pelas interações entre os fatores de risco do contexto e os fatores de risco do organismo, quando se avalia o impacto do ambiente sobre o desenvolvimento do indivíduo.

Um estudo brasileiro sobre resiliência em adolescentes, realizado por Trombeta e Guzzo (2002), reúne vários conceitos e contribuições de diferentes autores presentes na literatura sobre fatores de risco e mecanismos de proteção. Rutter (1987) e Winfield (1995) citam a pobreza crônica associada a condições de gestação e parto; falta de acesso à escola e condições de emprego como importantes fatores de risco, além de apontarem as características do tipo de temperamento individual, como baixa tolerância à frustração; mau humor; passividade; senso de inferioridade; comportamento destrutivo; baixa auto-estima; ego frágil, inseguro e instável; cinismo e hostilidade; pobre habilidade de comunicação; depressão; tentativa de suicídio e abuso de álcool e drogas.

Tendo em vista a necessária utilização dos resultados de pesquisas sobre saúde e desenvolvimento, no que se refere à possibilidade de se prevenir doenças, considera-se de importante o conhecimento das condições que podem representar risco ao desenvolvimento do indivíduo, bem como a identificação das condições que podem protegê-lo de tais riscos.

Segundo Pesce et al. (2004), os mecanismos de proteção são pontos-chave para o restabelecimento do equilíbrio e para a demonstração da presença de competências para se lidar com situações adversas, diante de fatores geradores de desequilíbrio. Observando que muitas crianças escapam das conseqüências negativas do risco, foram intensificados estudos focados em variáveis que podem operar nesse resultado positivo nas situações de vida. Os autores citam o estudo realizado por Werner e Smith (2001), que acompanharam indivíduos desde o nascimento até a idade de 40 anos e puderam observar claramente a relação entre fatores de risco e proteção. Concluíram que entre as pessoas consideradas resilientes, quanto maior a quantidade de desvantagens e estresse acumulados ao longo da vida, mais fatores de proteção foram necessários durante a infância e juventude para equilibrar os aspectos positivos e negativos de suas vidas e aumentar os aspectos positivos no desenvolvimento. Como mediadores, os autores destacaram, características de temperamento da criança e de sua família e suporte emocional dentro e fora da família. Os adultos resilientes eram descritos na primeira infância como pessoas mais afetuosas, ativas, de boa índole e fáceis de lidar e quando adolescentes tenderam a mostrar melhor autoconceito; autocontrole; facilidade em interagir com amigos, professores e inserir-se em grupos.

Para Rutter (1979), conhecer e entender as razões pelas quais as crianças não são afetadas por condições adversas e de privação, pode ser um importante instrumento para os profissionais da saúde trabalharem melhor com a prevenção. Como o foco da maior parte dos estudos tem sido a doença e o que está errado, as influências positivas no desenvolvimento

têm sido negligenciadas nos estudos, o que faz com que não se tenha condições de saber como ajudar crianças que sofreram ou sofrem com situações difíceis.

Os mecanismos de proteção foram definidos por Rutter (1981), como sendo as influências que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais a determinados riscos ou desadaptação. A característica essencial desses fatores é a modificação catalítica da resposta do indivíduo à situação de risco. Esses fatores podem não apresentar efeitos na ausência de um estressor, pois o seu papel é o de modificar a resposta do indivíduo em situações adversas, mais do que favorecer o desenvolvimento normal.

Rutter (1987) ressalta que o termo “processo” e “mecanismos” são preferíveis a “variáveis” ou “fator”, porque algumas variáveis podem atuar como fator de risco em uma situação, mas ser fator de proteção em outra. Ou seja, o termo *mecanismo* dá sentido de dinamicidade ao termo, que designa algo que não é fixo ou estático.

Na construção de sua concepção sobre a importância dos processos de proteção, em várias situações de vida, Rutter (1987) afirma que não há uma “química do momento” mas o que importa é a maneira como a pessoa lida com as transições e mudanças da vida, o sentido que ela mesma dá às suas experiências, e como ela atua diante das circunstâncias adversas.

Rutter (1971) apontou como mecanismos de proteção os padrões de estresse, o número e a frequência das experiências estressantes e a interação entre estes fatores; as diferenças individuais geradas por fatores constitucionais e pela experiência; as experiências positivas fora de casa; a construção da auto-estima; a existência de oportunidades; o nível apropriado de controle e a estrutura do meio ambiente; a aquisição de habilidades para lidar com diferentes situações e a existência de relações interpessoais positivas.

Os recursos financeiros também são apontados por Winfield (1995) como possível mecanismo de proteção, argumentando que a falta dele é, muitas vezes, o motivo da saída da escola e da perda de outras possibilidades favorecidas pela escola, tais como seus recursos e relações humanas que ela pode favorecer para desenvolvimento saudável da criança.

Com relação à importância da escola, Rutter (1979) e Garnezy (1987) colocam como mecanismos de proteção ligados a ela, as possibilidades de estabelecimento de relações estáveis da criança com um adulto; as condições oferecidas pela escola para favorecer a aquisição de competências cognitivas e sociais por meio de técnicas efetivas em sala de aula, planejamento de atividades, oportunidades para que aluno assuma responsabilidades e manutenção de uma atmosfera pró-social.

De acordo com Trombeta e Guzzo (2002), a maioria dos pesquisadores que pesquisa e escreve sobre mecanismos de proteção divide-os em três grandes grupos: condições do

próprio indivíduo; condições familiares e condições ambientais. Como condições do próprio indivíduo, as características mais citadas são: auto-estima positiva; temperamento fácil e maleável, ou flexibilidade; controle interno; habilidades pró-sociais e habilidades para lidar com as próprias emoções (GROSSMAN et al., 1992; LUTHAR, 1993; THOMPSON; CALKINS, 1996 apud TROMBETA; GUZZO, 2002).

Com relação aos mecanismos de proteção relacionados à saúde e à aparência pessoal, Trombete e Guzzo (2002) citam trabalhos de Rack e Patterson (1996), que relacionam mecanismos de proteção e a recuperação rápida de doenças infantis; Garnezy (1991), que os relaciona à história de boa saúde do indivíduo e Herrenkol, Herrenkol e Egolf (1994), que colocam que a atratividade física e a boa aparência geram respostas positivas do meio e melhoram a auto-estima.

Considerando os mecanismos de proteção com relação às condições familiares, Garnezy (1991) e Grossman (1992), consideram como características importantes da família para a formação de mecanismos de proteção, a coesão, a estabilidade, a flexibilidade, a adaptabilidade, a consistência, a independência, a identidade própria, o respeito e ainda o fato de todos os membros compartilharem dos mesmos objetivos, expectativas, valores e crenças.

Considerando as características dos pais, Trombete e Guzzo (2002) mencionam que pais amorosos e competentes, que fazem elogios, são interessados e preocupados, participam da vida escolar dos filhos, têm expectativa positiva para o futuro dos filhos, possuem auto-estima positiva e estão satisfeitos com a vida, favorecem o desenvolvimento de mecanismos de proteção. Pais com estas características conseguem estabelecer uma boa comunicação com os filhos e criar um clima familiar facilitador.

O trabalho de Bowlby (1990) sobre o estabelecimento de vínculos entre a criança e seu cuidador, estabelece a importância de existir uma relação próxima com pelo menos um dos pais; cuidado e atenção no primeiro ano de vida; poucas separações do primeiro cuidador e ausência de abuso físico, como condições necessárias para o bom vínculo da criança com o adulto.

Além das relações familiares, as condições socioambientais gerais também são importantes como mecanismos de proteção. Ao apontar os mecanismos de proteção ligados às condições socioambientais, Trombete e Guzzo (2002) citam aspectos importantes como: comunicação aberta, oferecimento de limites definidos e realistas, tolerância aos conflitos, garantia de privacidade, demonstração de respeito, reconhecimento, aceitação, busca de reconciliação, receptividade a novas idéias e oferecimento de oportunidade de experiências de

sucesso, além da possibilidade de conviver com um círculo de amigos bem estabelecidos, onde o contato humano e empático acontecesse com pelo menos um adulto significativo.

Ampliando o conjunto de aspectos pesquisados sobre o desenvolvimento de mecanismos de proteção, Trombeta e Guzzo (2002) apontam outras características que aparecem freqüentemente na literatura, tais como: expectativa de sucesso no futuro; senso de humor; otimismo; entusiasmo; mente aberta e receptiva a novas idéias e experiências; disciplina pessoal e responsabilidade; reconhecimento e desenvolvimento dos próprios talentos; identificação com modelos positivos; busca de autonomia, capacidade de comunicar sentimentos de forma adequada, estabilidade emocional, engajamento em diferentes atividades e comportamento direcionado a metas.

Num trabalho sobre resiliência em idosos sobreviventes do holocausto, que vivem no Brasil, Job (2000) recolheu da literatura e do depoimento destes sobreviventes, algumas características consideradas fundamentais para a superação desta extrema adversidade: esperança; saúde; crença, fé e sentido para a vida; suporte social, solidariedade e ajuda; bom humor, dentre outras como coragem, criatividade, independência, auto-estima, adaptabilidade, determinação, capacidade de comunicação, inteligência, aprendizagem, trabalho, múltiplos interesses e vontade de viver.

Winfield (1995) aborda quatro processos ou mecanismos de proteção que promovem a resiliência: a redução dos efeitos negativos das situações de risco – é possível alterar o impacto do risco, já que muitos dos fatores de risco não são independentes dos processos cognitivos e da avaliação do próprio sujeito; redução da reação negativa ao risco – através de mudanças nos padrões de cuidado com a criança, oferecendo alta qualidade afetiva e continuidade nos relacionamentos e o estabelecimento e manutenção da auto-estima e da auto-eficácia. Dentre as experiências afetivas e cognitivas que influenciam em situações de alto risco estão os relacionamentos afetivos que oferecem segurança a harmonia e a realização, com sucesso, de tarefas importantes para o próprio indivíduo, além do oferecimento de oportunidades diversificadas no processo educacional para que o indivíduo possa chegar até o nível superior.

Considerando que o desenvolvimento humano é um processo de aquisição cumulativa de competências cada vez mais complexas, as quais buscam atender as necessidades do organismo e as exigências do ambiente, tais competências constituem o principal resultado de um processo dinâmico de adaptação.

De acordo com a literatura, ainda resta esclarecer se as conseqüências positivas observadas em crianças que passaram por situações de risco estão associadas a uma maior

exposição aos fatores de risco; à redução da vulnerabilidade ou a resiliência. Abordando esta questão, Mastem e Coastworth (1995, p. 715-752), sugerem cinco hipóteses relacionando a competência individual (fator protetor) e as psicopatologias, são elas:

- Recursos e vantagens podem contribuir para o desenvolvimento de atitudes para a promoção de competências e o alívio dos sintomas psicopatológicos. Aqui se incluem o comportamento dos pais e as habilidades intelectuais e socioeconômicas.
- As adversidades podem desgastar a competência e, ao mesmo tempo, aumentar os sintomas psicopatológicos.
- Bases genéticas de psicopatologia nos pais proporcionam um ambiente inadequado para a criança, o que pode influir na vulnerabilidade da criança aos transtornos. O ambiente adverso também pode interferir na competência.
- É possível que fatores que facilitam o desenvolvimento da competência passem a ter um papel protetor na melhoria dos efeitos das situações de risco. Por exemplo: o monitoramento parental democrático pode aumentar a realização acadêmica, enquanto diminui os efeitos das variáveis negativas no desenvolvimento psicopatológico.
- A competência pode funcionar tanto como risco quanto como fator protetor para subsequente psicopatologia. Isso porque a competência pode tanto aumentar a resiliência de uma criança ao estresse como, ao contrário, falhas na competência podem aumentar a vulnerabilidade à angústia e a outros sintomas psicopatológicos em um contexto de risco.

Discutindo questões sobre normalidade e psicopatologia, Knobel (1981) menciona que o conceito de normalidade está pautado na adaptação ao meio, o que não significa submeter-se ao mesmo, mas sim a capacidade do indivíduo em utilizar os recursos existentes para o alcance de suas satisfações básicas, numa interação permanente que procura modificar o desagradável ou o inútil, através do alcance de substituições para o indivíduo e a comunidade.

Dada a importância da adaptabilidade para o desenvolvimento saudável, o conceito de adaptação foi escolhido por Simon (2005) para avaliar indivíduos e estabelecer diagnósticos e prognósticos. Para isto, elaborou uma escala denominada Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), visando avaliar funcionalmente vários dados psíquicos referentes

à história de vida passada, o presente e o prognóstico de futuro, permitindo a seleção de intervenções breves, de acordo com as classificações obtidas com a utilização da EDAO. Para Simon (2005), a vida coloca permanentemente situações angustiantes e, para o indivíduo manter-se vivo, tem que se adaptar, buscando soluções.

Por adaptação, Simon (1989), entende um conjunto de respostas de um organismo vivo, em vários momentos, a situações que o modificam, permitindo a manutenção de sua organização (por mínima que seja) compatível com a vida, de tal forma que a adaptação é a condição para a sobrevivência. Enquanto há vida inferimos que há algum modo de adaptação existindo. Para ser adequada, a adaptação deve levar a novas respostas para situações sempre novas, tendo em vista que na vida nada se repete.

Adaptação eficaz é um conceito utilizado por Simon (1989) e refere-se a respostas adequadas que o indivíduo pode apresentar em diferentes setores da vida frente a situações de crise: o setor afetivo; o setor relacional; o setor orgânico; o setor produtivo e o setor sócio-cultural.

Para uma resposta ser considerada adequada, deve solucionar o problema do indivíduo de modo satisfatório para ele, de forma a não provocar conflitos sócio-culturais ou intrapsíquicos (mantendo coerência entre a solução encontrada e os valores internos). A resposta considerada eficaz deve estar coerente com o tipo de problema a ser resolvido.

Durante o desenvolvimento o ser humano se depara com várias situações de risco, sejam elas decorrentes das crises normativas ou de estresse ligado a acontecimentos não previstos (KNOBEL, 1981). O conjunto de condições internas e externas que emergem ou são utilizadas pelo indivíduo para lidar adaptativamente com estas situações, diminuem sua vulnerabilidade a doenças e, ao mesmo tempo, incrementam sua capacidade adaptativa.

Considerando a epidemiologia de transtornos psiquiátricos por gênero e por etapa de desenvolvimento, a consulta à literatura indicou a inexistência de estudos epidemiológicos em adolescentes. Foram encontrados estudos sobre transtornos psiquiátricos em mulheres, que também incluem patologias encontradas em adolescentes do sexo feminino.

Num estudo epidemiológico sobre transtornos mentais em mulheres, Andrade, Viana e Silveira ((2006) relataram que na idade adulta emergem grandes diferenças entre homens e mulheres com relação aos transtornos mentais. A mulher apresenta vulnerabilidade marcante a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo. A depressão é, comprovadamente, a doença que mais causa incapacidade em mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. A morte por suicídio é a segunda

causa de morte mundial para mulheres na faixa etária de 15 a 44 anos de idade, sendo precedida somente por tuberculose.

Segundo Andrade, Viana e Silveira (2006), estudos epidemiológicos têm demonstrado a influência do gênero na incidência, prevalência e curso de transtornos mentais e do comportamento. Mulheres apresentam maiores taxas de prevalência de transtornos de ansiedade e do humor, e homens apresentam maior prevalência de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas.

Uma das observações mais documentadas em estudos epidemiológicos é a maior prevalência da depressão em mulheres do que em homens, com uma média de duas mulheres para cada homem. Pesquisas epidemiológicas com adolescentes e crianças comentadas por Andrade, Viana e Silveira (2006), demonstram que a diferença de gênero na incidência de depressão maior se manifesta primeiramente entre os 11 e os 14 anos, assim se mantendo no decorrer da vida adulta, sugerindo papel importante dos hormônios sexuais, especialmente considerando que outras situações de variações hormonais também têm sido associadas ao humor depressivo, como período pré-menstrual; puerpério; menopausa; uso de contraceptivos orais e terapias de reposição hormonal.

Neste estudo de Andrade, Viana e Silveira (2006), são apontadas algumas possíveis causas relacionadas à maior incidência da depressão em mulheres, tais como: pressões sociais, estresse crônico e baixo nível de satisfação associados ao desempenho de papéis tradicionalmente femininos, ou pela forma diferencial entre os gêneros de lidar com problemas e buscar soluções. Outro argumento que tem sido amplamente divulgado para explicar a diferença de gêneros é que as mulheres teriam maior facilidade para identificar sintomas, admitir que estão deprimidas e de buscar ajuda, comparativamente aos homens.

Fatores de risco associados à depressão têm sido identificados, incluindo história familiar, adversidade na infância, aspectos associados à personalidade, isolamento social e exposição a experiências estressantes (ANDRADE, VIANA; SILVEIRA, 2006),

Segundo Andrade, Viana e Silveira (2006), outro quadro comum em mulheres mais jovens é a depressão atípica, caracterizada principalmente por sintomas vegetativos reversos, como hipersonia e hiperfagia. Os transtornos de ansiedade também aparecem nos estudos epidemiológicos como de maior prevalência nas mulheres. A diferença de gênero é mais acentuada para os casos de fobias de animais, escuro e lugares fechados. Fobias de altura, avião e sangue não aparecem diferentemente entre os sexos. Para fobia social, embora as prevalências sejam maiores em mulheres, a procura de tratamento é maior entre os homens.

Para Andrade, Viana e Silveira (2006), existem várias explicações para as diferenças encontradas entre os gêneros; entre eles, os fatores como maior aceitação cultural do medo e comportamento de esquivar-se em mulheres e diferentes padrões adaptativos, enquanto que os homens tendem a usar substâncias como a nicotina e o álcool, como automedicação, o que poderia mascarar a sintomatologia primária.

Os transtornos alimentares, particularmente a anorexia e a bulimia nervosa, são causas importantes de morbidade e mortalidade em adolescentes do sexo feminino e em mulheres jovens. Esses transtornos estão associados a consequências clínicas e psicológicas devastadoras incluindo retardo no crescimento e desenvolvimento, infertilidade, osteoporose e morte. Estes transtornos são prevalentes em adolescentes e em adultos jovens, pertencentes a todos os grupos étnicos, sendo aproximadamente dez vezes mais comuns em mulheres do que em homens (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

Para Andrade, Viana e Silveira (2006), o papel da história familiar no desenvolvimento dos transtornos mentais ainda não está suficientemente esclarecido, pois os resultados dos estudos mostram-se inconsistentes ou inconclusivos.

De acordo com Kernberg, Weiner e Bardenstein (2003), a pesquisa epidemiológica indica alta prevalência de Transtornos de Personalidade entre indivíduos na faixa etária de 9 a 19 anos, embora não se encontrem estudos que investiguem o desenvolvimento destes transtornos em jovens.

Em adultos, os Transtornos de Personalidade, têm sido apontados como responsáveis por profundo e contínuo impacto na vida do indivíduo. Segundo Kernberg, Weiner e Bardenstein (2003), todos os resultados de pesquisas e os achados clínicos enfatizam fatores evolutivos iniciais no desenvolvimento destes transtornos.

Em função de concordâncias e discordâncias encontradas na literatura sobre o desenvolvimento de psicopatologias em crianças e adolescentes, Kernberg, Weiner e Bardenstein (2003), sugerem a necessidade de estudos sistemáticos e de pesquisas numa perspectiva evolutiva, visando identificar relações entre aspectos de personalidade e diferentes fases do desenvolvimento.

Considerando a complexidade envolvida na conceituação e na definição dos fatores de risco e dos mecanismos de proteção encontrados na literatura, no presente estudo serão utilizados os conceitos apresentados por Rutter (1971, 1979, 1981, 1987, 1999), por serem os mais citados e utilizados nas pesquisas sobre este tema, além das contribuições de Trombetta e Guzzo (2002), por se adequarem aos objetivos propostos. O conceito de adaptação utilizado,

assim como a classificação adaptativa realizada baseou-se no trabalho de Simon (1989, 2005), com a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO).

Os processos adaptativos em diferentes áreas e contextos de vida, bem como a adaptação em situações de crise, sejam elas próprias do desenvolvimento ou não, parecem poder ser auxiliados por mecanismos de proteção psicológica, desenvolvidos ao longo do desenvolvimento, especialmente durante a infância. Considera-se a relevância da pesquisa sobre a exposição a fatores de risco e o possível desenvolvimento de mecanismos de proteção na história de vida de adolescentes do sexo feminino com algum tipo de transtorno mental, bem como a identificação da ineficácia adaptativa destas adolescentes, tendo em vista a possibilidade de que possam ser auxiliadas quanto ao incremento de suas capacidades adaptativas pessoais, prevenindo riscos futuros aos possíveis filhos destas adolescentes. O presente estudo visa conhecer a eficácia adaptativa de adolescentes com transtorno mental, buscando estabelecer possíveis relações compreensivas entre a eficácia adaptativa avaliada e possíveis mecanismos de proteção identificados a partir do relato de suas histórias de vida.

A identificação de mecanismos de proteção e de suas possíveis relações com a eficácia adaptativa nos setores afetivo-relacional; da produtividade; do funcionamento orgânico e sócio-cultural poderá instrumentalizar os profissionais de saúde para a realização de intervenções preventivas e terapêuticas por meio de psicoterapias breves. O conhecimento dos principais mecanismos de proteção disponíveis às adolescentes, por parte dos profissionais de saúde que as atendem, pode permitir um trabalho que aumente sua capacidade para lidarem com situações de crise futuras, tal como a maternidade. O incremento dos mecanismos de proteção pode interromper a reprodução de padrões familiares patológicos, considerando que as adolescentes do sexo feminino podem ser mães no futuro e terão papel fundamental na prevenção de transtornos mentais em seus filhos.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

Investigar os fatores de risco no desenvolvimento de adolescentes do sexo feminino com transtornos mentais, o desenvolvimento de mecanismos de proteção e a eficácia adaptativa atual destas adolescentes.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Identificar fatores de risco na história de desenvolvimento das participantes.
- b) Identificar mecanismos de proteção possivelmente desenvolvidos pelas adolescentes.
- c) Investigar a eficácia adaptativa das participantes nos setores afetivo-relacional; produtividade; sociocultural e orgânico, de acordo com a EDAO.
- d) Estabelecer possíveis relações compreensivas entre a efetividade adaptativa e os mecanismos de proteção identificados.

3. MATERIAL E MÉTODO

A pesquisa, de natureza qualitativa, incluiu a análise quantitativa de dados demográficos das participantes e de seus pais; de dados referentes aos transtornos mentais e dos tratamentos que realizavam na instituição de saúde mental onde os dados foram coletados.

Segundo Martins e Bicudo (1989), a pesquisa qualitativa não se preocupa com generalizações, princípios e leis. A generalização é abandonada e o foco da sua atenção é centralizado no específico, no peculiar, no individual, almejando sempre a compreensão e não a explicação dos fenômenos estudados. Essa mudança do que é considerado primordial na pesquisa, dá origem, no caso do estudo qualitativo, ao uso e ao desenvolvimento de uma variedade de recursos e de técnicas, ao mesmo tempo em que, muitas vezes, deixa de lado questões lógicas e metodológicas.

O estudo de caso configura-se como o conjunto de informações sobre o paciente, os quais buscam retratar sua realidade o mais completa e profundamente possível, considerando a totalidade de condições presentes na situação (Ludqué e André, 1986, apud Neme, 1999).

Neste estudo, optou-se pelo estudo de caso, tendo em vista a proposta de se identificar possíveis fatores de risco e de proteção na história de vida das adolescentes participantes, considerando-se a inexistência de instrumentos destinados a este tipo de investigação. Além disto, foram incluídos outros dados considerados relevantes, tais como os de identificação da família, dados demográficos, dados referentes aos transtornos mentais e aos tipos de tratamento atual realizados, configurando-se um conjunto de informações destinadas a revelar o mais completamente possível a condição total das participantes.

Participantes: 16 adolescentes do sexo feminino, na faixa etária de 14 a 18 anos, solteiras, com algum tipo de transtorno mental, realizando tratamento num ambulatório público de saúde mental. O número de adolescentes entrevistadas representou 80% do total de adolescentes em atendimento no ambulatório de saúde mental no período de coleta de dados (setembro a dezembro de 2006) e que atenderam os critérios de idade e estado civil escolhidos nesta pesquisa.

Com relação à idade considerada como adolescência, a literatura consultada apresenta diferenças. Para Aberastury (1981), o termo adolescência se aplica especificamente ao período da vida compreendido entre a puberdade e o desenvolvimento completo do corpo, cujos limites se fixam, geralmente entre os 13 e 23 anos. Embora se costume incluir ambos os

sexos no período compreendido entre os 13 e os 21 anos, as observações indicam que em adolescentes do sexo feminino, este período se estende dos 12 aos 21 anos e em rapazes, dos 14 aos 25 anos em termos gerais.

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa (Bueno, 2000), adolescência significa o período da vida entre a puberdade e a idade adulta, compreendido entre os 14 e 18 anos. Discutindo os critérios de faixa etária no período da adolescência, Bee (1997); Coll (2004); Pereira (2005) mencionam as variações existentes e citam o critério da Organização Mundial da Saúde (OMS), compreendendo a faixa etária entre 10 e 19 anos.

Neste estudo, considerou-se a faixa etária de 14 a 18 anos, de acordo com o encontrado no Dicionário de Língua Portuguesa (BUENO, 2000) e à organização de atendimentos por faixa etária existente no CAPSi.

O critério do estado civil “solteira” foi estabelecido por se avaliar que as experiências atuais de adolescentes casadas poderiam ser bastante diferentes das experiências das adolescentes solteiras, com relação ao tema de adaptação pesquisado.

Local: Centro de Atenção Psicossocial Infantil. (CAPSi) da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Bauru (SP).

Instrumentos:

- a) Ficha de dados de prontuário (ANEXO A).
- b) Roteiro de Entrevista Clínica (ANEXO B).
- c) Ficha de Entrevista Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada - EDAO (ANEXO C).

Procedimento:

Para a coleta de dados:

Foram selecionados prontuários de adolescentes femininas solteiras, na faixa etária de 14 a 18 anos, com quaisquer tipos de diagnóstico de transtorno mental, em tratamento no CAPSi onde os dados foram coletados no período de setembro a dezembro de 2007, de acordo com os critérios de elegibilidade da amostra para este estudo. Foram identificadas 20 pacientes em atendimento que preenchiam os requisitos exigidos para a composição da amostra deste estudo e que já estavam agendadas para consultas médicas e demais atendimentos com os profissionais da instituição.

Para a coleta de dados, foram treinadas três auxiliares de pesquisa (alunas do último ano de Graduação do Curso de Psicologia da UNESP-Bauru e de Curso de Formação em Psicoterapia Breve coordenado pela pesquisadora), as quais ajudaram na coleta de dados. Para o treinamento destas auxiliares, procedeu-se à leitura do projeto de pesquisa, ao

esclarecimento dos objetivos do estudo e ao treino para a realização da entrevista por meio de *rolle playing* e observação direta, junto da pesquisadora, em situação real de entrevista.

A pesquisadora e as auxiliares de pesquisa compareceram ao ambulatório nos horários previstos para atendimento de rotina das pacientes, e após o atendimento, abordaram-nas, informando sobre o estudo e seus objetivos e convidando-as a participar. Nenhuma das adolescentes estava acompanhada de seus pais ou responsáveis, tendo sido necessário o envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO D) aos pais, por intermédio das adolescentes para que, em caso de concordância, fossem assinados e devolvidos à pesquisadora, antes da realização da entrevista. Mediante a concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas adolescentes e seus responsáveis, as adolescentes foram entrevistadas, nos dias em que compareciam ao ambulatório para suas consultas.

As entrevistas foram realizadas individualmente, nas dependências do ambulatório, de acordo com o roteiro de entrevista elaborado e as respostas foram anotadas pelas pesquisadoras na presença das entrevistadas durante o procedimento de entrevista. As entrevistas foram realizadas em apenas um encontro com duração de mais ou menos uma hora.

Para a análise dos dados:

Os dados anotados, obtidos nas entrevistas com as adolescentes, foram lidos, categorizados e analisados de acordo com o sistema operacionalizado descrito por Simon (1989, 2005) e com os conceitos de risco e de mecanismos de proteção estabelecidos por Rutter (1971, 1979, 1981, 1987, 1999), conforme os objetivos propostos no estudo.

Foram quantificados os dados demográficos referentes às adolescentes e os dados referentes às suas famílias, históricos de vida e dados relacionados aos transtornos mentais diagnosticados por profissionais do CAPSi (constantes dos prontuários) e aos tratamentos atuais.

Foram realizados 16 estudos de caso e, em cada caso, foram identificados os possíveis fatores de risco e os mecanismos de proteção na história de vida relatada, bem como foram identificadas as situações-problema em cada setor adaptativo avaliado, de acordo com o sistema operacionalizado de Simon (1989).

Para a obtenção de maior confiabilidade nos resultados referentes à eficácia adaptativa, solicitou-se a avaliação de um juiz independente: uma psicóloga que concordou em colaborar e que dispunha de familiaridade com a Escala Adaptativa de Simon (EDAO). As

respostas obtidas nas entrevistas com as adolescentes em relação aos quatro setores adaptativos do sistema diagnóstico adaptativo operacionalizado (EDAO): afetivo-relacional (AR), produtividade (Pr), sociocultural (SC) e orgânico (Or), foram organizadas de acordo com a adequação das repostas e classificadas conforme a eficácia adaptativa.

O setor **afetivo-relacional** compreende os sentimentos, atitudes e ações com relação a si próprio e ao semelhante; o setor **produtividade** está relacionado ao trabalho, estudo ou qualquer atividade produtiva, mesmo de natureza artística, filosófica ou religiosa, considerada como ocupação principal do sujeito no período avaliado; o setor **sócio-cultural** abrange os sentimentos, atitudes e ações com relação à estrutura emocional, aos recursos comunitários e aos valores e costumes do ambiente em que vive e o setor **orgânico** compreende o estado e funcionamento do organismo do sujeito, bem como seus sentimentos e ações em relação ao próprio corpo. Segundo Simon (2005, p. 26) a experiência mostrou que dos quatro setores que compõem o conjunto da adaptação, o setor Afetivo-Relacional, tem maior influência na totalidade adaptativa, além de interagir quase sempre decisivamente nos outros três setores, bem como o setor da Produtividade, vem em segundo lugar em importância e abrangência na determinação do conjunto adaptativo. A exclusão dos setores Sociocultural e Orgânico da quantificação explica-se porque, quando são considerados adequados, geralmente acompanham a mesma classificação de AR e Pr. E, quando o indivíduo é considerado pouquíssimo adequado em SC ou Or, dificilmente nos setores AR e Pr seria considerado adequado.

De acordo com a EDAO, existem três tipos de respostas possíveis:

Resposta adequada: quando o sujeito apresenta uma solução e esta proporciona satisfação e é coerente com os valores internos e os valores da cultura em que vive desde que esses sejam compatíveis com a declaração dos direitos humanos inseridos na carta da ONU.

Resposta pouco adequada: quando o sujeito apresenta uma solução que atende apenas a um dos aspectos considerados essenciais em detrimento de outro. Ou seja, a solução que dê satisfação, mas causa conflito de valores intra ou extrapsíquico; ou então, a solução está de acordo com os princípios do sujeito e sua cultura, mas não lhe proporciona satisfação.

Resposta pouquíssimo adequada: quando a solução encontrada pelo sujeito é insatisfatória, e ainda provoca conflitos internos ou externos para o mesmo. Admite-se, então que quanto mais o conjunto de respostas for adequada, mais eficaz será a adaptação do sujeito.

Há, portanto, uma primeira divisão na escala classificatória da adaptação em dois grandes grupos: **adaptação eficaz** e **adaptação não eficaz**.

A classificação baseada na eficácia adaptativa realizada por meio da EDAO, permite estabelecer uma correspondência aproximada com as classificações nosológicas clássicas em psicopatologia (SIMON, 1989, p. 9). Ao Grupo 1 da EDAO (adaptação eficaz) corresponderiam a personalidade “normal”, com raros sintomas neuróticos ou caracteriológicos; ao Grupo 2 (adaptação ineficaz leve) corresponderiam alguns sintomas neuróticos brandos, ligeiros traços caracteriológicos e algumas inibições; ao Grupo 3 (adaptação ineficaz moderada), corresponderiam alguns sintomas neuróticos, inibição moderada, alguns traços caracteriológicos; ao Grupo 4 (adaptação ineficaz severa), corresponderiam os sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracteriológicos; e ao Grupo 5 (adaptação ineficaz grave), corresponderiam as neuroses incapacitantes, borderlines, psicóticos não agudos e extrema rigidez caracteriológica.

A análise e a categorização dos fatores de risco e dos mecanismos de proteção, neste trabalho, baseou-se nos conceitos correspondentes de Rutter (1999, 1987, 1981, 1971) e foram realizadas de acordo com as etapas descritas.

As respostas obtidas nas entrevistas com as adolescentes foram organizadas em termos de situações de risco identificadas nos relatos da história de vida das entrevistadas, e em termos de mecanismos de proteção, conforme aparecem nas repostas e relatos das adolescentes (redução de reações negativas a eventos da vida; estabelecimento e manutenção da auto-estima e auto-eficácia; manutenção de relações de apego seguras; cumprimento de tarefas de sucesso; criação de oportunidades favorecedoras de superação da adversidade, dentre outros).

Após a análise dos resultados obtidos nas entrevistas com as adolescentes, estes foram comparados qualitativamente, buscando-se obter relações compreensivas entre os dados.

Os resultados obtidos após a análise qualitativa de cada entrevista, serão comunicados à equipe terapêutica do CAPSi, que procederá à comunicação e utilização terapêutica das informações relevantes com as adolescentes participantes que se encontram em atendimento.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para apresentação dos resultados, cada adolescente entrevistada recebeu um número de identificação (casos de 1 a 16) e será assim identificada na descrição dos resultados.

Os resultados e discussão foram organizados da seguinte forma: Dados de prontuário, Dados de entrevistas clínicas, os 16 estudos de caso das participantes (fatores de risco, mecanismos de proteção e EDAO), Relação dos fatores de risco e mecanismos de proteção identificados na história de vida das participantes e Classificação Adaptativa x Mecanismos de proteção e Fatores de risco.

I – Dados de Prontuário

A – Dados Demográficos das participantes

Das 16 pacientes entrevistadas, três (18,75%) encontravam-se na faixa etária entre 14 e 15 anos (casos 6, 9, 16); 10 (62,5%) entre 15 anos e 7 meses e 17 anos e 6 meses (casos 2, 3, 4, 5, 7, 11, 12, 13, 14, 15) e três (18,75%) na faixa etária entre 17 anos e 7 meses e 18 anos (casos 1, 8, 10).

Em relação ao nível de escolaridade uma das adolescentes tinha o Ensino fundamental completo (caso 6) e uma, o Ensino fundamental incompleto (caso 9); 11 (68,75%) tinham o Ensino médio incompleto (casos 2, 3, 4, 5, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16) e 3 (18,75%) tinham o Ensino médio completo (casos 1, 8, 10). Apenas 3 adolescentes (18,75%) trabalhavam e estudavam (casos 6, 7, 8) e 13 (81,25%) não trabalhavam, apenas estudavam (casos 1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16).

Em relação à idade dos genitores masculinos, 50% dos pais tinham idade entre 37 e 47 anos (casos 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 16); dois (12,50%) tinham entre 48 e 58 anos (casos 1, 11) e três (casos 18,75) tinham entre 59 e 69 anos (2, 14, 15). Duas entrevistadas não souberam informar a idade de seus pais (casos 3, 5) e o pai de uma adolescente era falecido (caso 6).

Sobre a escolaridade dos genitores masculinos, quatro adolescentes (25%) não souberam informar a escolaridade de seus pais (casos 3, 5, 8, 11). Apenas um dos pais completou o ensino superior (caso 7) e um não tinha escolaridade alguma (caso 14); três dos pais (18,75%) tinham o ensino fundamental incompleto (casos 1, 2, 9); três pais (18,75%) tinham o ensino médio incompleto (casos 4, 13, 15) e quatro (25%) completaram o ensino médio (casos 6, 10, 12, 16).

Em relação à ocupação dos genitores masculinos, duas das adolescentes não souberam informar (casos 3 e 5); 50% dos pais realizavam atividade técnica (casos 1, 2, 4, 8, 9, 10, 12, 16); apenas uma exercia atividade de nível superior (caso 7); três (18,75%) exerciam atividade sem qualificação profissional (casos 11, 13, 14); uma estava aposentado (caso 15) e uma faleceu após a aposentadoria (caso 6).

Quanto à idade das mães, apenas uma das mães tinha idade acima de 54 anos (caso 15); sete das mães (43,75%) estavam entre os 30 e 40 anos (casos 4, 5, 8, 10, 12, 13, 16); cinco mães (31,25%) encontravam-se na faixa etária entre 41 e 47 anos (casos 2, 6, 7, 9, 14), e três (18,75%) entre os 48 e 54 anos de idade (casos 1, 3 e 11).

Sobre a escolaridade das mães três delas (18,75%) não completaram o ensino fundamental (casos 2, 4, 11); 3 (18,75%) das 16 mães tinham o ensino fundamental completo (casos 3, 10, 16); três (18,75%) não completaram o ensino médio (casos 1, 8, 9) e 7 (43,75%) completaram o ensino médio (casos 5, 6, 7, 12, 13, 14, 15).

Em relação à ocupação das mães, dez (62,50%) eram “do lar” e trabalhavam em casa (casos 1, 2, 4, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16); 5 das mães (31,25%) trabalhavam no comércio (casos 3, 5, 6, 7, 12) e apenas 1 era acompanhante de idoso (caso 8).

Quadro 1 – Dados demográficos das participantes.

caso	Idade			Escolaridade			Ocupação		
	Adolesc.	Pai	Mãe	Adolesc.	Pai	Mãe	Adolesc.	Pai	Mãe
1	17ª7m-18anos	48-58a	48-54a	E.M. comp.	E.F. inc.	E.M. comp.	Estud.	Ativ. Técnica	“do lar”
2	15ª7m-17ª6m	59-69a	41-47a	E.M. inc.	E.F. inc.	E.F. inc.	Estud.	Ativ. Técnica	“do lar”
3	15ª7m-17ª6m	NO	48-54a	E.M. inc.	NO	E.F. comp.	Estud.	NO	comercio
4	15ª7m-17ª6m	37-47a	30-40a	E.M. inc.	E.M. inc.	E.F. inc.	Estud.	Ativ. Técnica	“do lar”
5	15ª7m-17ª6m	NO	30-40a	E.M. inc.	NO	E.M. comp.	Estud.	NO	comercio
6	14-15anos	falecido	41-47a	E.F. comp.	EM. comp	E.M. comp.	Est + trab	falecido	comercio
7	15ª7m-17ª6m	37-47a	41-47a	E.M. inc.	E.S. comp	E.M. comp.	Est + trab	Ativ. Nível Sup.	comercio

8	17ª7m- 18anos	37- 47a	30- 40a	E.M. comp.	NO	E.M. inc.	Est + trab	Ativ. Técnica	Acomp. idoso
9	14- 15anos	37- 47a	41- 47a	E.F. inc.	E.F. inc.	E.M. inc.	Estud.	Ativ. Técnica	“do lar”
10	17ª7m- 18anos	37- 47ª	30- 40ª	E.M. comp.	EM. com p	E.F. comp.	Estud.	Ativ. Técnica	“do lar”
11	15ª7m- 17ª6m	48- 58a	48- 54a	E.M. inc.	NO	E.F. Inc.	Estud.	Serviços Gerais	“do lar”
12	15ª7m- 17ª6m	37- 47a	30- 40a	E.M. inc.	E.M. com p.	E.M. comp	Estud.	Ativ. Técnica	comercio
13	15ª7m- 17ª6m	37- 47a	30- 40a	E.M. inc.	E.M. inc.	E.M. comp	Estud.	Serviços Gerais	“do lar”
14	15ª7m- 17ª6m	59- 69a	41- 47a	E.M. inc.	Nen hum a	E.M. comp	Estud.	Serviços Gerais	“do lar”
15	15ª7m- 17ª6m	59- 69a	+ 54	E.M. inc.	E.M. inc.	E.M. comp	Estud.	Aposent.	“do lar”
16	14- 15anos	37- 47a	30- 40a	E.M. inc.	E.M. com p.	E.F. comp.	Estud.	Ativ. Técnica	“do lar”

B – Dados referentes ao tratamento médico-psicológico das participantes

Entre as adolescentes que fizeram parte da pesquisa, 12 (62,50%), iniciaram o tratamento no CAPSi, ou seja não fizeram nenhum tratamento anterior (casos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 16) e as demais (25%) já haviam feito outros tratamentos anteriores médico-psicológicos anteriores (casos 1, 10, 11, 12).

As adolescentes entrevistadas estavam inseridas em diferentes tipos de tratamento no CAPSi, sendo que metade da amostra fazia psicoterapia de grupo (casos 3, 4, 6, 7, 12, 13, 15, 16); 3 (18,75%) faziam psicoterapia de grupo associada ao uso de medicamentos (casos 9, 10, 11); 4 (25%), participavam da psicoterapia de grupo, das oficinas e tomavam medicação (casos 1, 2, 5, 8) e apenas uma (caso 14) participante realizava todos os tipos de tratamento oferecidos no CAPSi (terapia individual, psicoterapia de grupo, oficinas e tratamento medicamentoso). Esta adolescente tinha diagnóstico de fobia social, fazia tratamento há um ano e apresentava queixa atual de ansiedade, apesar de achar que melhorou com o tratamento.

Metade das participantes tinha iniciado o tratamento no CAPSi há menos de seis meses (casos 4, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 16); três (18,75%) estavam em tratamento entre seis meses e um ano (casos 2, 3, 5); três (18,75%) faziam o tratamento entre um e dois anos (casos 1, 8, 14) e duas estavam em tratamento há mais de dois anos (casos 10 e 15).

Entre as oito (50%) pacientes que faziam tratamento com medicação, cinco (31,25%) delas tomavam antidepressivos (casos 2, 5, 8, 9, 14); três (18,75%) delas tomavam antipsicóticos (casos 1, 2, 10); apenas uma fazia tratamento com anticonvulsivante (caso 11); uma tomava calmantes (caso 1) e uma era tratada com Lítio (caso 2). A adolescente 1 tomava antipsicóticos e calmante e a adolescente 2 tomava antidepressivo, antipsicótico e Lítio.

A adolescente 1, estava em tratamento no CAPSi com o diagnóstico de esquizofrenia paranóide, mas refere que já fez tratamento para anorexia e tentativa de suicídio quando tinha 12 anos de idade, tendo iniciado o tratamento no CAPSi no final de 2005.

A adolescente 2, tinha diagnóstico de anorexia nervosa e fazia tratamento para depressão, tentativa de suicídio e para o transtorno alimentar.

Com relação aos diagnósticos das 16 adolescentes participantes da pesquisa, realizado pela equipe de saúde mental do CAPSi, encontrou-se: transtornos mentais como a esquizofrenia paranóide (casos 1 e 10); transtornos depressivos como as depressões leves e moderadas (casos 7, 8, 12, 13 15 depressão leve e 3, 9 e 11, depressão moderada); transtornos da ansiedade como fobia social e fóbico-ansiosos (casos 14 e 16); transtornos alimentares como a bulimia e anorexia nervosa (casos 2 e 4); transtorno do estresse pós traumático (caso 6) transtorno obsessivo compulsivo (caso 05) sendo que as depressões atingiram 50% das adolescentes. Segundo o CID 10 – Classificação Internacional das Doenças (1993), as diferentes formas de esquizofrenia atingem mais ou menos igualmente os sexos, mas o começo tende a ser mais tardio nas mulheres. E esse tipo é mais tardio que as formas hebefrênica e catatônica. Em relação à depressão, as apresentações atípicas são mais comuns na adolescência. No grupo dos transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes, diagnosticados nas participantes, encontram-se as fobias sociais, outros transtornos fóbico-ansiosos, outros transtornos obsessivo-compulsivos e transtornos do estresse pós-traumático.

Segundo Andrade, Viana e Silveira (2006), a maioria dos transtornos fóbicos-ansiosos, excluindo as fobias sociais, é mais comum em mulheres, que em homens. As fobias sociais se iniciam na adolescência. Diferentemente das outras fobias, as fobias sociais são igualmente comuns entre homens e mulheres. O transtorno obsessivo-compulsivo é igualmente comum entre homens e mulheres e freqüentemente a aspectos anancásticos proeminentes na

personalidade de base. O início é usualmente na infância e no começo da vida adulta. A anorexia e bulimia nervosa ocorrem mais comumente em garotas adolescentes e em mulheres jovens, mas garotos e homens jovens podem ser afetados mais raramente, assim como podem ser afetadas crianças que estão próximas da puberdade e mulheres próximas da menopausa. A manifestação da bulimia tende a ser ligeiramente mais tardia.

II – Dados da Entrevista Clínica com as adolescentes

A – Histórico e Evolução da Doença

Segundo relato das adolescentes, os motivos que as levaram a procurar o tratamento no CAPSi foram: sintomas psicóticos como delírios e alucinações, choro intenso, tentativa de suicídio (caso 1); passava muito tempo sem se alimentar, muita tristeza e tentativa de suicídio (caso 2); rebeldia, tristeza, choro intenso, desmotivação, agressividade e pensamento de morrer (caso 3); bulimia, vômito e começo de anorexia (caso 4); ansiedade e vômito após as refeições (caso 5); dificuldade em fazer amizades, ser muito acanhada e chorar muito sem saber porquê (caso 6); mau humor, querer tudo o que vê, estar um pouco triste e deprimida pelas coisas que sua mãe fala (caso 7); oscilação de humor, hiperatividade, sono excessivo por alguns dias e insônia em outros (caso 8); tristeza (caso 9); ter ficado depressiva após o término do namoro, chorava muito (caso 10); crises convulsivas (caso 11); ser muito perfeccionista e se cobrar muito (caso 12); estar muito deprimida, isolada, não conseguir sair de casa e fazer amigos, sempre tem que sair acompanhada de alguém, chora bastante (caso 13); muita ansiedade, mal estar, pânico de ficar com muitas pessoas e de sair de casa, tristeza intensa (caso 14); dores nas costas e muita vontade de chorar (caso 15); anorexia e ansiedade provocada pela expectativa de uma cirurgia do septo (caso 16). A queixa mais comum entre as adolescentes estava relacionada aos transtornos depressivos, como depressão, choro e tristeza atingindo 50% das participantes (casos 2, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 15); outra queixa apresentada pelas adolescentes estava relacionada aos transtornos de ansiedade, como ansiedade, medo de ficar sozinha e pânico, presente em 5 (31,25%) adolescentes (casos 5, 8, 13, 14, 15),; 2 (12,5%) apresentaram queixa de crise nervosa e convulsão (casos 11 e 12); 5 (31,25%) queixaram-se de transtorno alimentar (casos 1, 2, 4, 5, 16)); 3 (18,75%) tinham queixa de ideação suicida ou tentativa de suicídio (casos 1, 2, 3) e 1 apresentava queixas e sintomas psicóticos de delírio e alucinação (caso 1). Três adolescentes apresentaram relatos indicativos de comorbidade. As queixas da adolescente 1 referiam-se ao transtorno alimentar e ideação ou tentativa de suicídio, além de delírios e alucinações; a adolescente 2, tinha queixas referentes aos transtornos depressivos e alimentar, além de ideação ou tentativa de suicídio; a

adolescente 5 apresentou queixas relacionadas ao transtorno de ansiedade e transtorno alimentar.

Neste estudo não houve a preocupação em realizar uma investigação diagnóstica, nem comparar os relatos das pacientes quanto aos motivos pelos quais buscaram este tratamento, com os diagnósticos formulados na instituição. O diagnóstico não foi escolhido como critério para a seleção das participantes.

Segundo estudos epidemiológicos sobre os transtornos mentais em mulheres, realizado por Andrade, Viana e Silveira (2006) os transtornos de ansiedade e depressivos, apresentam maiores taxas de prevalência em mulheres. No presente estudo, os sintomas depressivos e ansiosos atingem mais de 50% das adolescentes. A presença de alguns fatores de risco na história do indivíduo, são associados por Andrade, Viana e Silveira (2006) ao desenvolvimento da depressão. Tais fatores são facilmente constatados nos relatos das adolescentes participantes, como adversidades na infância, aspectos associados à personalidade, isolamento social e exposição a experiências estressantes.

A anorexia e bulimia nervosa, presente em 2 dos 16 casos, são relacionadas à adolescência e segundo Andrade, Viana e Silveira (2006), são causas importantes de mortalidade em adolescentes do sexo feminino.

Das 16 adolescentes entrevistadas, 11 (68,75%) delas não fizeram nenhum tratamento anterior ao atual (casos 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 13, 14, 15, 16) e entre as demais, 5 (31,25%), já haviam feito tratamento anterior com o uso de medicamentos (casos 1, 7, 10, 11, 12), indicando que a maior parte das adolescentes buscaram tratamento no CAPSi após a primeira crise.

Com relação à avaliação das entrevistadas quanto à evolução do tratamento atual, 10 (62,5%) disseram que só melhoraram (casos 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15); 5 (31,25%) disseram que melhoraram, mas tiveram uma crise desde o início do tratamento (casos 1, 2, 4, 5, 12) e uma (caso 16) disse que está “na mesma”, pois estava iniciando o tratamento no dia que foi realizada a entrevista para a pesquisa. A maior parte das adolescentes relatou que só melhorou ou melhorou após o início do tratamento, sendo que 5 delas referiu uma crise após ter iniciado o tratamento. Este resultado pode ser compreendido em função da busca precoce por atendimento, ou seja, logo após a primeira crise, pois segundo a observação clínica, quanto mais cedo se inicia o tratamento, melhor é o prognóstico (casos 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 13, 14, 15).

Quanto aos motivos atribuídos à evolução do tratamento, a adolescente de no. 4 relacionou a crise que teve durante o tratamento à sua ansiedade; a adolescente de no. 12

atribuiu sua crise ao término de um namoro; as participantes 1, 2 e 5 não sabiam dizer o motivo da crise durante o tratamento e as que disseram que só melhoraram (62,5%), não apresentaram motivo para esta evolução (casos 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15). Quanto à adolescente de n.º 16, não foi possível avaliar este item, visto que estava iniciando o tratamento no dia da entrevista.

Das 16 adolescentes entrevistadas, 9 (56,25%) tinham sido encaminhadas ao CAPSi por seus familiares (casos 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 13) e as demais (43,75%) foram encaminhadas por clínicos gerais ou profissionais de outras especialidades de centros de saúde (casos 4, 5, 11, 12, 14, 15, 16). Sobre este dado podemos entender que o fato da maior parte das adolescentes terem sido levadas para atendimento por seus familiares, pode indicar que a família estava atenta às necessidades da paciente. Segundo Trombeta e Guzzo (2002), pais interessados e preocupados com seus filhos favorecem o desenvolvimento de mecanismos de proteção.

B – Dados sobre o funcionamento e constituição familiar

Entre as adolescentes entrevistadas, 12 (75%) relataram que têm irmãos, (casos 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15) e apenas 4 (25%) são filhas únicas (casos 5, 12, 13, 16).

Apenas adolescentes referiram 2 morar com a família nuclear e outros parentes (casos 5 e 16), as 14 restantes (87,5%) referiram morar com apenas com a família nuclear (casos 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15).

Quanto ao sustento da família, 2 das 16 adolescentes disseram que contribuíam com as despesas da casa (casos 7 e 8); 4 (25%) das disseram que a casa era sustentada apenas pelo pai (casos 4, 9, 13, 14); 6 (37,5%) disseram que o pai e outros familiares (avós, irmãos, etc.) sustentavam a casa (casos 1, 2, 10, 11, 15, 16); 2 (12,5%) disseram que a mãe e outros familiares sustentavam a casa; 1 disse que eram o padrasto e a mãe (caso 12) e 1 (caso 5) disse que eram outras pessoas (tios, avós, etc) que sustentavam a casa.

Sobre a ocorrência de doenças graves (físicas e/ou mentais) e acidentes graves na família, 7 entrevistadas (43,75%) responderam que sim (casos 1, 2, 5, 6, 11, 13, 15) e as demais (56,25%) disseram que não tinha acontecido nenhum acidente ou doença grave com seus familiares (casos 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 16). Acidentes e as doenças físicas e mentais em membros da família podem ser considerados fatores de risco. Gauy e Costa Junior (2005), citam resultados de pesquisas, destacando entre os fatores de risco familiar, a existência de transtornos mentais e/ou problemas físicos entre membros familiares. Para Sapienza e

Pedromonico (2005), crianças que têm pais com desordens afetivas são potencialmente vulneráveis aos eventos estressores, representando risco ao desenvolvimento.

Quanto ao relacionamento entre os membros da família, 7 entrevistadas (43,75%) avaliaram como “bom em geral” (casos 2, 6, 10, 12, 13, 14, 15); 3 (18,75%) avaliaram como “em geral, um pouco conflituoso” (casos 3, 8, 16); 2 (12,5%) consideraram o relacionamento familiar “em geral muito conflituoso” (casos 5 e 11) e 4 (25%) delas disseram que existiam “pequenos desentendimentos” entre alguns membros (casos 1, 4, 7, 9).

Sobre a forma como os pais se relacionavam com os filhos, 50% das entrevistadas disseram que era através do diálogo (casos 2, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 15); 2 (12,5%) delas disseram que era através de diálogo e castigo (casos 4,12); 3 (18,75%) consideravam o pai autoritário (casos 4, 11, 16); 5 (31,25%) disseram que a mãe era autoritária (casos 5, 8, 11, 13, 16); uma adolescente disse que foi seu pai quem a educou, pois a mãe tem doença mental (caso 1) e 2 disseram que foi somente a mãe quem educou pois o pai estava ausente (casos 3 e 12).

Pode-se constatar nestes relatos, a qualidade da relação familiar, a forma, predominante de se relacionar entre os familiares das participantes. Segundo Rutter (1999), a família tem um importante papel tanto na redução quanto no aumento dos riscos. O processo de risco envolve um funcionamento familiar complicado e tende a ter ambientes menos adequados. Para Gauy e Costa Junior (2005), as condições de interação familiar e o nível de autoridade parental podem representar risco familiar, porém pais amorosos e competentes, que fazem elogios, que participam da vida escolar dos filhos, são citados por Trombeta e Guzzo (2002) como favorecedores do desenvolvimento de mecanismos de proteção, pois conseguem estabelecer uma boa comunicação com seus filhos e criar um clima familiar facilitador.

C – Informações disponíveis sobre as condições de saúde e de relações afetivo-familiares no período de gestação e nascimento da paciente

Com relação às condições de saúde física da mãe na gestação e parto, 5 adolescentes (32,25%) disseram que suas mães tiveram risco de parto prematuro (4, 8, 11, 12, 13) e uma informou que a mãe teve anemia durante a gestação (caso 14); 7 (43,74%) responderam que suas mães estavam bem de saúde no período de gestação e parto (casos 2, 3, 5, 6, 7, 9, 15) e 3 (18,75%) não souberam informar sobre o estado de saúde de suas mães (casos 1, 10, 16).

Quanto à saúde mental de suas mães neste período, uma adolescente disse que sua mãe tinha doença mental (caso 1); uma não sabia informar (caso 10) e as outras 14 (87,50%) disseram que suas mães estavam bem mentalmente neste período (casos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16). Em relação ao tipo de parto que as mães das pacientes tiveram, três

das 16 adolescentes disseram que nasceram prematuras, sendo que destas, as adolescentes 8 e 11 nasceram de cesariana e a 12 nasceu de parto normal. Dentre as 13 restantes, 3 disseram que nasceram de parto normal (casos 10, 12, 16) e 10 disseram que foi de cesariana (casos 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14, 15). Para Sapienza e Pedromonico (2005), a prematuridade torna a criança mais vulnerável a situações de estresse, representando então, um fator de risco ao seu desenvolvimento.

Das 16 adolescentes, 14 (87,50%) disseram que o pai estava presente no período de gestação e parto e 2 disseram que o pai estava ausente (casos 5 e 14). A paciente 5 relatou que o pai se afastou da família durante a gestação e no caso 14, a adolescente disse que o pai trabalhava demais e por isso não estava presente durante o parto.

Quanto ao que as adolescentes sabiam sobre o relacionamento dos pais e demais familiares no período de sua gestação e parto, 50% disseram que não havia conflito (pelo que sabiam). Destas (casos 1, 2, 6, 7, 9, 10, 14, 16), 4 disseram que souberam que havia conflitos conjugais entre os pais (casos 3, 5, 11, 12); 2 (casos 4 e 13) disseram que havia conflito com a família de origem (do pai ou da mãe) e 2 não souberam informar (casos 8 e 15).

D – Informações disponíveis sobre condições da mãe no puerpério

Em relação às condições da mãe no puerpério, 8 entrevistadas (50%) disseram que a mãe tinha boa saúde ou passou bem, sem problemas (casos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 14, 16) apenas uma (caso 1) relatou que a mãe estava doente (doença mental); 6 (37,5%) adolescentes disseram que sua mãe contou que teve problemas de saúde física neste período (casos 1, 2, 7, 11, 12, 13). A paciente 13 disse que sua mãe ficou internada um ano depois de seu nascimento devido a complicações no parto e 2 não souberam informar (casos 10 e 15)

Estes dados indicam a presença de possíveis privações sofridas por 6 adolescentes nos primeiros anos de vida. Para a psicanálise, a relação da criança com a mãe nos 5 primeiros anos de vida é fundamental para a saúde física e psíquica da criança. Segundo Winnicott (1997), a privação dessa relação, é reconhecida pela literatura psicanalítica como um dos principais fatores para o surgimento de graves comprometimentos no desenvolvimento da saúde mental, visto que a frustração desmedida da criança ainda muito pequena pode limitar o desenvolvimento de sua espontaneidade. Winnicott (1997) coloca que a presença da mãe é pré-condição para o desenvolvimento do autocontrole, da moralidade e da capacidade de se preocupar com o outro.

Sobre o relacionamento dos pais neste período 12 (75%) das 16 adolescentes entrevistadas, disseram que acham que o relacionamento era bom (casos 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 16) e 4 (25%) disseram que havia poucos conflitos (casos 3, 8, 10, 14).

Sobre terem sido amamentadas por suas mães, 11 entrevistadas (68,75%) disseram que foram amamentadas (casos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 15, 16); 3 (18,75%) disseram que não foram amamentadas por suas mães (casos 1, 11 e 14), sendo que a adolescente 11 disse que sua mãe não a amamentou porque não gostava e 2 adolescentes não souberam informar (casos 10 e 12), sugerindo que a maior parte das entrevistadas parece ter sido adequadamente atendida pela mãe em suas necessidades físicas e psicológicas, visto que a amamentação materna fortalece a imunidade da criança e facilita a formação de vínculos afetivos seguros.

E – O que sabe ou lembra sobre seus dois primeiros anos de vida

Sobre a ocorrência de algum acidente ou doença grave neste período, 10 (62,5%) entrevistadas disseram que não tiveram nenhuma doença ou acidente grave (casos 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 16); 4 (25%) disseram que tiveram doenças ou acidentes (casos 3, 9, 12 e 14), sendo que a adolescente 14 referiu que teve anemia no primeiro ano de vida e ficou muitos períodos internada no hospital e 2 não souberam informar (casos 1 e 10). Estes resultados indicam que a maior parte das adolescentes não teve problemas de saúde ou acidentes quando bebê. Apenas o caso 14 apresentou um quadro mais grave de doença. Segundo Rutter (1999), a exposição à adversidade crônica, pode tornar o indivíduo mais vulnerável diante de eventos agudos, e cita como exemplo a hospitalização prolongada ou a ocorrência repetida da mesma como situações com maior probabilidade de se constituírem fatores de risco.

Em relação à alimentação nesta fase do desenvolvimento, todas as entrevistadas disseram que não tiveram nenhum problema.

Quanto à idade em que começaram a andar e falar, 3 entrevistadas disseram que foi antes de 1 ano de idade (casos 7, 8, 12,); 5 disseram que foi entre 1 ano e 1 ano e 6 meses (casos 2, 3, 5, 9, 14); 2 disseram que foi entre 1 ano e 7 meses e 2 anos de idade (casos 4, 15) e apenas uma relatou que começou a andar com mais de 2 anos e que a mãe disse que ela tinha medo que tinha medo (caso 6). Cinco adolescentes não souberam informar (casos 1, 10, 11, 13 e 16). Indicando que aparentemente a maior parte delas, ou seja, 15 adolescentes tiveram o desenvolvimento até esta idade, dentro da normalidade.

Com relação à pessoa que mais cuidou ou esteve presente neste período, 11 entrevistadas (68,75%) disseram que foi a mãe (casos 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 16); 2 disseram que foram os avós (casos 13 e 16); 2 disseram (casos 3 e 11) que foram outras

peessoas (tios, irmãos) e 1 não soube informar (caso 10). Verifica-se que os primeiros cuidados, na maior parte das adolescentes, foi realizado pela mãe, indicando, um importante fator de proteção, tal como apontado na literatura psicanalítica, que destaca essa relação como fundamental para saúde física e psíquica da criança. Para Bowlby (1990), o vínculo com o cuidador, o cuidado e a atenção nos primeiros anos de vida, além de poucas separações do principal cuidador, podem ser importantes para o desenvolvimento de mecanismos de proteção.

Quanto à informação referente a com quem dormiam nesta fase, 50% das entrevistadas disseram que dormiam com a mãe (casos 1, 4, 5, 9, 12, 14, 15, 16); 2 disse que dormia com o irmão (casos 3 e 7); 3 com a irmã (casos 2, 6, 11) e 1 não soube informar (caso 10).

Quanto à informação referente à atividade de brincar neste período da infância, 14 das 16 adolescentes (87,5%) disseram que brincavam (casos 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16) e 2 não souberam informar (casos 1 e 4). Dos três grandes grupos de fatores de risco citados por pesquisadores do tema, estão os fatores de risco sociais, que se referem às condições contextuais básicas. Entre esses fatores, os autores citam o lazer como necessidade básica ao bom desenvolvimento. No caso a criança a atividade de brincar é fundamental para seu desenvolvimento e equilíbrio (WINNICOTT, 2001).

Em relação a como consideraram sua infância neste período, 10 adolescentes (62,25%) disseram que achavam que sua infância foi feliz (casos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 13 e 16); 2 disseram que foi muito feliz (casos 14 e 15) e 4 (25%) disseram que foi pouco feliz (casos 1, 8, 9, 11). Independentemente dos fatos positivos ou não ocorridos na infância das participantes, a avaliação subjetiva que fazem sobre este período, considerando-o feliz, pode ser entendido como indicador positivo no contexto geral de seu desenvolvimento.

F – O que sabe ou lembra da sua infância dos 2 aos 7 anos de idade

Todas as adolescentes entrevistadas relataram que brincavam nesta fase. Com relação às pessoas com quem as adolescentes brincavam, apenas 1 disse que brincava sozinha (caso 3); 7 (43,75%) delas disseram que brincavam com parentes e vizinhos (casos 2, 4, 7, 8, 11, 14, 15); 5 (31,25%) disseram que brincavam com parentes (casos 1, 5, 6, 9, 10) e 2 disseram que brincavam com amigos, vizinhos e parentes (casos 13 e 16). A possibilidade de brincar favorece condições mais saudáveis de desenvolvimento as crianças (WINNICOTT, 2001).

A maioria (87,5%) das adolescentes disse que seu relacionamento com os pais e irmãos era bom neste período da vida (casos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16) e

apenas 2 disseram que o relacionamento era regular (casos 7 e 11), indicando avaliação positiva e seu relacionamento com os familiares neste período.

Sobre o estado de saúde das adolescentes neste período da infância, 9 disseram que foi bom, sem doenças ou problemas (casos 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 15) e 7 (43,75%) disseram que foi regular, com algumas doenças sem gravidade (casos 3, 4, 5, 11, 12, 14, 16).

Sobre a ocorrência de problemas relacionados à alimentação nesta fase, 15 (93,75%) das adolescentes disseram que não tiveram problemas e apenas uma (caso 5) disse que teve problemas neste período, relacionados à obesidade. Estes resultados indicam que, na maior parte dos casos, a infância transcorreu sem problemas graves de saúde.

No período compreendido entre os 2 e 7 anos de idade, as adolescentes relataram ter sido cuidadas por diferentes pessoas. Apenas uma adolescente disse que foi mais cuidada pelo pai e pela mãe (caso 15); 9 (56,25%) disseram que foi a mãe quem esteve mais presente (casos 1, 4, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 16); 2 disseram que foram cuidadas pelos irmãos mais velhos (casos 2 e 3); 2 disseram que foram cuidadas por outras pessoas, tios, etc. (casos 6,11) e 3 disseram que foram mais cuidadas pelos avós (casos 5, 8, 16). A adolescente 16, disse que tanto a mãe quanto os avós estavam presentes neste período de sua vida.

A presença dos pais, de avós e de adultos que substituem os cuidados parentais é importante elemento favorecedor de desenvolvimentos afetivos saudáveis, quando esta presença é adequada e corresponde às necessidades da criança (WINNICOTT, 2002).

Em relação a quem a adolescente considerava que a educava ou dava ordens, apenas uma participante disse que foram os pais (caso 15); 11 (68,75%) disseram que foi apenas a mãe (casos 1, 2, 3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 16); 2 disseram que foi apenas o pai (casos 9 e 14) e 2 disseram que foram os avós (casos 5 e 8).

Esses dados mostram que nem sempre quem cuidava ou estava mais presente neste período, foi considerado o principal educador ou figura de autoridade. As participantes 2 e 3 que eram mais cuidadas por seus irmãos mais velhos, relataram que eram educadas por suas mães; no caso das pacientes 9 e 14, que ficavam mais com suas mães, relataram que eram educadas pelo pai, e no caso da participante 16, que foi mais cuidada pelos avós, mas que disse que quem a educava era sua mãe.

O diálogo foi a modalidade educativa mais citada entre as participantes. Treze adolescentes (81,25%) disseram que foram educadas com conversas e diálogo (casos 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15); apenas a adolescente 16 disse que apanhava muito de sua mãe e a participante 5 disse que sua educação foi baseada em castigos, mas não em castigos físicos e 1 não soube informar (caso 10).

Quanto a como consideraram sua infância nesta fase, 9 das 16 entrevistadas (56,25%) disseram que sua infância foi feliz (casos 4, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 16), 2 acharam que foi muito feliz (casos 1 e 14); 4 (25%) acharam que foi pouco feliz (casos 2, 5, 9, 11) e 1 não soube avaliar (caso 3).

Estes resultados indicam que para a maior parte das adolescentes, a relação familiar foi considerada boa, ou seja, sem conflitos ou com poucos conflitos. O diálogo prevaleceu na forma de educar e as adolescentes consideraram sua infância feliz. Como já mencionado, segundo Rutter (1999), a família pode ser um importante colaborador para a redução ou aumento dos fatores de risco. De acordo com os dados obtidos no presente estudo, pode-se sugerir que a família, nessa fase de vida das entrevistadas parece ter contribuído para a redução dos riscos aos quais foram expostas. Para Garnezy (1991) e Grossman (1992), algumas características da família são importantes para o desenvolvimento de mecanismos de proteção. Entre as características que se pode identificar nas famílias das adolescentes estão a coesão, a estabilidade, a flexibilidade e a adaptabilidade.

G – Início da escolarização

Em relação à idade em que as adolescentes iniciaram a escolarização, 10 (62,5%) disseram que começaram a ir à escola antes dos 6 anos (casos 1, 3, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16) e 6 (37,5%) disseram que foi depois dos 6 anos (casos 2, 4, 6, 8, 14, 16). Indicando que a maioria frequentou a pré-escola e que todas tiveram acesso à educação formal na fase adequada. A frequência à escola pode facilitar o desenvolvimento de competências e habilidades importantes. A escola parece ter sido um fator de proteção, pois segundo os relatos das adolescentes, não demonstraram dificuldades relacionadas à mesma.

Sobre como foi sua adaptação nos primeiros dias de aula, 9 adolescentes (56,25%) disseram que foi ótima, sem dificuldades (casos 2, 3, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 15); 6 (37,5%) disseram que tiveram muita dificuldade, não queriam ir, choravam e tinham medo (casos 1, 4, 5, 7, 10, 14) e 1 disse que teve algumas dificuldades iniciais (caso 16).

A maioria das adolescentes (87,50%) relatou que não teve que mudar de escola por problemas com colegas, professores ou por outras dificuldades (casos 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13 e 15) apenas 2 disseram que tiveram problemas (casos 2 e 7). A adolescente 2, disse que sua mãe a mudou de escola por causa de brigas, mas não se lembra como foi ou com quem foi; a adolescente 7 disse que mudou de escola na 1ª série pois não gostava de ir na escola, mas depois se acostumou.

Em relação à dificuldade ou facilidade que tinham em acompanhar as aulas, 13 participantes (81,25%) disseram que acompanhavam com facilidade (casos 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16); 2 disseram que tiveram algumas dificuldades (casos 5 e 14); e apenas 1 disse que tinha dificuldades para acompanhar as aulas (caso 15).

Sobre a facilidade ou dificuldade em fazer amizades na escola, 11 adolescentes (68,75%) disseram que faziam amizades com facilidade (casos 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16); 3 disseram que tiveram algumas dificuldades de relacionamento na escola (casos 2, 5, 13) e 2 disseram que tiveram dificuldades para fazer amigos (casos 1 e 14).

Quanto à dificuldade de relacionamento com professores e/ou autoridades escolares, apenas 1 das adolescentes disse que teve dificuldade com professores e/ou diretores na escola (caso 14) e as demais participantes (93,75%) relataram que não tiveram problema algum.

Quanto ao desempenho escolar, apenas 1 participante disse que já reprovou por motivo de faltas, pois saía muito com as amigas no horário de aula (caso 3) e as demais (93,75%) referiram não ter reprovado na escola.

H – Situações ou vivências positivas e negativas ligadas à escola

A maioria das adolescentes (87,50%) relatou que as relações de amizades, com colegas e professores, festas e outros relacionamentos sociais em geral foram os principais fatores ou situações positivas que vivenciaram relacionadas à escola. Dentre estas 14 entrevistadas que apontaram o relacionamento social como principal situação positiva na escola (casos 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16), 5 delas apontaram também a obtenção de conhecimento como fator positivo (casos 1, 5, 6, 8, 9). As adolescentes 6, 9 e 14, além do relacionamento social e obtenção de conhecimento, apontaram também a satisfação na aprovação escolar. As adolescentes 2 e 4 disseram que não tinham nenhum fator positivo para relatar, ligado à escola.

Em relação a situações negativas ligadas à escola, 4 adolescentes (25%) apontaram a dificuldade com professores e/ou diretores, embora tenham apontado o relacionamento social como fator positivo relacionado à escola (casos 5, 8, 9, 11). As dificuldades com os colegas foram apontadas por 3 participantes, que também apontaram como fator positivo ligado à escola, o relacionamento social (casos 8, 9, 16); 3 adolescentes disseram que ter que acordar cedo era o ponto negativo ligado à escola (casos 3, 7, 10); 1 adolescente citou sua dificuldade na aprendizagem como aspecto negativo (caso 15); 1 referiu o medo da violência (caso 1); 2 relataram as “gozações” que sofriam dos colegas (casos 2 e 14); 1 referiu-se à bagunça que os colegas faziam na sala de aula como ponto negativo (caso 12) e 3 participantes não

apontaram nada de negativo (casos 4, 6, 13). A adolescente 4 não apontou fatores positivos nem negativos ligados à escola, dizendo que “não se lembrar de nenhum fator específico”, que “foi tudo normal”.

Rutter (1979) e Garnezy (1987) colocam a escola em destaque quanto ao desenvolvimento de mecanismos de proteção. Como atribuições ligadas à escola que facilitam estes desenvolvimentos e identificadas nos relatos da pacientes, os autores colocam as possibilidades de estabelecimento de relações estáveis da criança com um adulto; as condições oferecidas pela escola para favorecer a aquisição de competências cognitivas e sociais por meio de técnicas efetivas em sala de aula, planejamento de atividades; oportunidade para que os alunos assumam responsabilidades e manutenção de uma atmosfera pró-social.

Winfield (1995), ao abordar a importância do dinheiro, como possível mecanismo de proteção, argumenta que a falta dele é o maior motivo de evasão escolar, impedindo o aluno de ter acesso às possibilidades, recursos e relações humanas oferecidas pela escola.

I – Eventos mais significativos, negativos e positivos relatados, referentes ao período de 7 anos até a idade atual

Como eventos significativos positivos, apenas 2 adolescentes disseram que foi o tratamento realizado no CAPSi (casos 2 e 5); 6 disseram que o relacionamento familiar foi positivo nesta fase (casos 4, 5, 8, 10, 12, 13, 16); 6 disseram que os relacionamentos sociais foram positivos neste período (casos 1, 10, 12, 14, 15, 16); 1 apontou como fator positivo a melhora em suas condições materiais de vida (caso 14); 4 disseram que foi o conhecimento/aprendizagem que obtiveram (casos 2, 5, 11, 12); 1 apontou as comemorações festivas familiares como aniversários e casamentos (casos 6 e 9); 3 falaram da aquisição de bens materiais e terem ganho animais de estimação (casos 1, 9, 11); 2 disseram que nada aconteceu de bom ou não se lembravam (casos 3 e 7). Nos relatos das adolescentes pode-se identificar a presença de possíveis mecanismos de proteção, como a resposta adequada ao tratamento no CAPSi, demonstrando capacidade de superação a situações adversas; o bom relacionamento familiar e os relacionamentos sociais. Pesce et al. (2004) destacam a facilidade em interagir com amigos e professores e de inserir-se em grupos como aspectos protetores. Trombetta e Guzzo (2002) citam as habilidades pró-sociais como importantes para o desenvolvimento de resiliência. As adolescentes também referem a obtenção de conhecimento e aprendizagem relacionados ao aproveitamento dos recursos escolares, a aquisição de bens materiais ou melhora nas condições de vida como eventos significativos

importantes Segundo Sapienza e Pedromônico (2005), fazer parte de minorias sociais, o desemprego e a pobreza, dificultam o acesso à saúde e à educação e tornam o indivíduo mais vulnerável a situações de risco.

Quanto às situações negativas relatadas pelas adolescentes nesta fase dos 7 anos até hoje, a perda ou ausência de laços afetivos apareceu em 50% dos relatos das adolescentes sendo que 3 citaram a ausência do pai (casos 8, 10, 13); 2 falaram da ausência da mãe (casos 5 e 15); 2 falaram da morte ou afastamento de familiares (casos 2 e 6) e 1 falou da morte de um animal de estimação (caso 5). A adolescente 5 também apontou a doença da mãe como fator negativo. Seis adolescentes disseram que o relacionamento familiar foi negativo nesta época (casos 4, 5, 9, 11, 14, 16); 3 falaram que foi o relacionamento social (casos 10, 13, 14) e 3 disseram que nada aconteceu de negativo ou não souberam relatar (casos 3, 7, 12).

Estes dados indicam que as perdas afetivas e o relacionamento familiar foram apontados pelas adolescentes como principais pontos negativos neste período pesquisado da sua história de vida. As perdas afetivas, sejam na primeira infância ou no decorrer da vida do indivíduo podem caracterizar fatores de risco, além dos conflitos familiares.

J – Autodescrição: qualidades auto-atribuídas e auto-estima avaliada

As adolescentes foram questionadas sobre as características de uma lista mencionada pela entrevistadora que consideravam ter ou não como importantes em sua personalidade. As características constantes nesta questão foram as apontadas na literatura como indicativas de mecanismos de proteção quando positivas (RUTTER, 1971, 1979, 1981, 1987, 1999) ou, na condição negativa, como fatores de risco (TROMBETA; GUZZO, 2002). Aspectos apontados nesta lista: humor; otimismo/pessimismo; flexibilidade; receptividade a mudanças ou ao novo; modo de enfrentar as dificuldades; interesse por atividades variadas; capacidade de reconhecer seus sentimentos de raiva, medo, tristeza, afetos e comunicá-los aos outros; capacidade de estabelecer e cumprir metas; o que pensa de si mesmo (a) e auto-estima. Sete adolescentes (43,75%) disseram que se consideravam tímidas, introvertidas e tristes (casos 1, 3, 6, 9, 14, 15, 16); 9 (56,25%) disseram que se consideravam extrovertidas, alegres e otimistas (casos 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12); 6 (37,0%) disseram ser flexíveis (casos 2, 4, 10, 12, 13, 14); 5 (31,25%) disseram que se acham autoritárias e inflexíveis (5, 7, 8, 9, 11); 5 disseram que são pessoas que gostam de ajudar os outros (casos 5, 10, 12, 14, 15); 2 disseram que são pouco otimistas (casos 1 e 3) e 4 (25%) se qualificaram como determinadas (casos 4, 8, 15, 16).

Das que se disseram tímidas, introvertidas e tristes, a adolescente 1 também se qualificou como pouco otimista; a adolescente 3 também se considera extrovertida, alegre e pouco otimista (disse que fica alegre, triste, pouco otimista, que gosta de mudanças e se irrita com facilidade; é inconstante); a participante 9 disse também que é inflexível e autoritária; a 14 disse que também é flexível e gosta de ajudar as pessoas; a 15 disse que também gosta de ajudar as pessoas e é determinada e a 16 também se considerou determinada. Dentre as adolescentes que disseram ser extrovertidas, alegres e otimistas, a 2 também disse que é flexível; a 4 também se considera flexível e determinada; a 5 disse que é também inflexível e gosta de ajudar as pessoas; a 7 e a 8 também disseram que são inflexíveis; a 10 e a 12 disseram que também são flexíveis e gostam de ajudar as pessoas; a 11 também disse que é inflexível e a adolescente 13 disse apenas que é flexível.

Em relação à questão da auto-estima, 11 adolescentes (68,75%) deram respostas que foram avaliadas pela pesquisadora como indicativas de auto-estima positiva (casos 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16), mencionando: *“Aceito bem o novo. Quando tenho dificuldades, converso com minha mãe, pai, irmãos e amigos. Eu danço na escola, faço caminhada e gosto de cantar na escola. Quando posso cumprir com as coisas, cumprio, mas quando não dá não insisto muito. Penso em casar e ter filhos. Sou bonita de corpo e rosto, saudável. Sou explosiva quando me fazem algo, eu vou atrás do porquê, tiro satisfação. Sou amiga, gosto das pessoas que gostam de mim também”*.

“Acho que sou extrovertida, aceito bem as mudanças, sou otimista, e também acho que tenho boa auto-estima”.

Cinco entrevistadas (31,25%) deram respostas que foram avaliadas como indicativas de baixa auto-estima (casos 1, 3, 4, 8, 15), mencionando: *“Faço várias atividades, sou otimista, flexível, percebo meus sentimentos e converso com minha mãe. Tenho metas e planos. Acho que tenho auto-estima baixa”*.

“Me acho tímida, com humor triste, não gosto de mudanças; choro e me fecho diante das dificuldades. Acho que sou pouco flexível”.

Entre as características auto-atribuídas, relatadas pelas adolescentes pode-se encontrar possíveis fatores de risco e também mecanismos de proteção pessoais. Para Rutter (1987) e Winfield (1995) as características pessoais que indicam fatores de riscos e que estão presentes nos relatos das adolescentes, são a baixa tolerância à frustração; o mau-humor; a passividade; o comportamento destrutivo; a baixa auto-estima, o ego frágil, inseguro e instável; cinismo e hostilidade; pobre habilidade de comunicação; a depressão; a tentativa de suicídio e o abuso de álcool e drogas. Segundo Pesce et al. (2004), os adultos considerados resilientes foram

adolescentes com tendência a mostrar melhor auto-conceito, mais auto controle e mais facilidade para interagir com amigos, professores e em grupos. Características relatadas pelas adolescentes e consideradas mecanismos de proteção pessoal, segundo resultados de pesquisas citados por Trombeta e Guzzo (2002), encontram-se a auto-estima positiva; a flexibilidade; o otimismo; a mente aberta e receptiva a mudanças e a novas experiências; disciplina pessoal e responsabilidade; busca de autonomia; engajamento em diferentes atividades e comportamento direcionado a metas. No trabalho de Job (2000) com idosos sobreviventes do holocausto, no qual o autor identifica importantes mecanismos de proteção atuantes na extrema experiência adversa que viveram, encontra-se alguns que também foram encontrados nas adolescentes pesquisadas, tais como: solidariedade e ajuda; auto-estima; adaptabilidade; determinação e capacidade de comunicação.

Levando-se em conta que a amostra estudada, de 16 adolescentes em tratamento no CAPSi correspondeu a 80% do total de adolescentes em tratamento nesta instituição, considerou-se pertinente apresentar uma síntese dos resultados demográficos e de identificação dos familiares e dados do tratamento de forma quantitativa e em percentuais, identificando-se todos os resultados que foram iguais ou superiores a 50% da amostra estudada.

Resultados encontrados em 50% das respostas na amostra estudada, conforme relatos das participantes

Idade do genitor masculino, de 37 a 47 anos.

Ocupação de nível técnico do genitor masculino.

Pacientes que fazem psicoterapia de grupo.

Pacientes que iniciaram tratamento no CAPSi há menos de 6 meses.

Pacientes que tomavam medicação.

Pacientes com queixas relacionadas a transtorno depressivo.

Uso do diálogo como método educativo das participantes.

Ausência de conflitos familiares importantes no período da gestação e parto das pacientes.

Mãe com boa saúde no puerpério.

Desenvolvimento da marcha: andaram até 1 ano e 6 meses de idade.

Dormiam com a mãe até 2 anos de idade.

Perda ou ausência de laços afetivos como fator mais negativo apontado no período dos 7 anos até idade atual.

Resultados encontrados em mais de 50% (até 80%) das respostas na amostra estudada, conforme relatos das participantes

Idade das adolescentes na data da entrevista: 15 anos e 7 meses a 17 anos e 6 meses (62,5%)

Escolaridade das adolescentes: Ensino médio incompleto (68,75%).

Mães que trabalham em casa (“do lar”): 62,5%.

Adolescentes que iniciaram tratamento no CAPSi (75%)

Adolescentes que não fizeram nenhum tipo de tratamento anterior ao atual (68,75%)

Evolução positiva no tratamento, sem intercorrências (“só melhoraram”): 62,5%

Foram levadas ao CAPSi por familiares (56,25%)

Têm irmãos (75%)

Ausência de acidentes ou doenças graves (56,25%)

Nasceram de parto cesariana (75%)

Bom relacionamento dos pais no puerpério (75%)

Amamentação materna (68,75%)

Ausência de acidentes ou doenças graves nos 2 primeiros anos de vida (62,5%)

Cuidadora principal até os 2 primeiros anos: mãe (68,75%)

Consideram os dois primeiros anos de vida como período feliz (62,25%)

Boa saúde dos 2 aos 7 anos (56,25%)

Maior presença da mãe na educação da criança dos 2 aos 7 anos de idade (56,25%)

Mãe como responsável pela educação (68,75%)

Consideram como feliz o período dos 2 aos 7 anos de idade (56,25%)

Início da escolarização antes dos 6 anos de idade (62,5%)

Boa adaptação inicial na escola (56,25%)

Faziam amizade com facilidade (68,75%)

Relacionamento com a família ou relacionamentos sociais como fatores mais positivos dos 7 anos até idade atual (75%)

Consideram-se extrovertidas, alegres e otimistas (56,25%)

Auto-estima positiva (68,75%)

Resultados encontrados em mais de 80% das respostas na amostra estudada, conforme relatos das participantes

Só estudavam na época da entrevista (não trabalhavam): 81,25%

Moram apenas com a família nuclear (87,5%)

Boa saúde mental da mãe na gestação (87,5%)

Brincavam nos 2 primeiros anos de vida (87,5%)
 Brincavam dos 2 aos 7 anos de idade (100%)
 Brincavam acompanhadas de outras crianças e/ou adultos (93,75%)
 Bom relacionamento com pais e irmãos dos 2 aos 7 anos de idade (87,5%)
 Ausência de problemas alimentares dos 2 aos 7 anos de idade (93,75%)
 Diálogo como ação educativa principal (81,25%)
 Não teve que mudar de escola por problemas ou dificuldades (87,5%)
 Nenhuma dificuldade de relacionamento com professores ou autoridade escolar (93,75%)
 Não reprovaram na escola (93,75%)
 Relações de amizade como principal fator positivo relacionado à escola (87,5%)

Estes resultados indicam que a maioria das 16 adolescentes entrevistadas (mais de 80%), apresentou uma história de vida que sugere maior adequação do que inadequação ao que é apontado na literatura sobre desenvolvimento humano (ASPESI; DESSEN; CHAGAS, 2005), no que se refere a condições favoráveis ao desenvolvimento saudável.

Os relatos de mais de 80% das adolescentes, sugerem famílias estruturadas e atentas às necessidades de saúde, de socialização e educacionais dos filhos, com predomínio de relações mais positivas do que negativas e tendo o diálogo como principal ação educativa. No que se refere à escola, a maioria das adolescentes não apontou dificuldades relevantes, não teve reprovação escolar e pôde dedicar-se apenas aos estudos, sem necessidade de trabalhar.

Estes dados são sugestivos de condições favorecedoras ao desenvolvimento de mecanismos de proteção, de acordo com a literatura pesquisada (RUTTER, 1987).

III – Estudos de Caso das 16 participantes: fatores de risco, mecanismos de proteção e EDAO

Os Fatores de Risco e os Mecanismos de Proteção foram identificados conforme as definições apresentadas por Rutter (1971, 1979, 1981, 1987, 1999) e a Classificação Adaptativa seguiu as orientações de Simon (2005).

A avaliação do juiz independente correspondeu com a avaliação da pesquisadora em 15 casos. Apenas no caso 2 houve divergência em relação ao setor produtividade, avaliado pelo segundo avaliador como pouco adequado, pois considerou o *bullying* (gozação) sofrido pelos colegas de escola e o relato da paciente em relação aos fatores positivos ligados a escola, onde ela diz que nada houve de positivo e sim de negativo, fatores de risco importantes para a adaptação da paciente neste setor. Sendo assim, para o juiz independente,

esta paciente teve Classificação Adaptativa Ineficaz Moderada. Encontrou-se, portanto, alto grau de concordância entre as duas avaliadoras da eficácia adaptativa das participantes.

Descrição dos casos:

Caso n.º 1

“Me acho tímida, com humor triste, não gosto de mudanças; choro e me fecho diante das dificuldades. Acho que sou pouco flexível”

Diagnóstico: F20.0 - Esquizofrenia Paranóide.

Esta adolescente tem 18 anos e escolaridade de Ensino médio completo. Seu pai tem 53 anos, Ensino fundamental incompleto e trabalha como vendedor de enxoval. Sua mãe tem 50 anos, tem o Ensino médio incompleto e é “do lar”.

A paciente já fez tratamento anterior a este quando tinha 12 anos, com diagnóstico de anorexia. Está em tratamento no CAPSi há mais de 1 ano e menos de 2 anos. Faz psicoterapia de grupo, participa de oficinas terapêuticas e faz tratamento medicamentoso com calmantes e antipsicóticos.

Foi levada ao CAPSi por seu pai, com a queixa de sintomas psicóticos como delírios e alucinações, choro intenso e tentativa de suicídio.

Após ter iniciado o tratamento teve uma crise em fevereiro de 2006, na qual tinha alucinações auditivas que mandavam que se matasse. Na época da entrevista disse que estava bem assintomática, mas que às vezes sentia-se muito triste por não ter feito o vestibular, disse que “esqueceu bastante coisa por causa dos remédios”.

Quanto à família, a paciente relata morar com duas irmãs, uma com 27 anos e que tem um filho de 9 anos e outra com 21 anos, além de seu pai e sua mãe. Sua mãe tem doença mental. Seu pai e suas irmãs são quem sustentam a casa. A adolescente disse que o relacionamento familiar é bom, tem mais diálogo com seu pai e que sua irmã mais velha trata sua mãe com desprezo.

Relata que no período de sua gestação e parto, a mãe já tinha doença mental, mas não soube informar como estavam as condições da mãe neste período. Contou ter nascido de parto cesariana. Segundo a paciente o relacionamento dos pais era bom e o pai estava presente neste período.

Após seu nascimento, a mãe teve hemorragia e teve que ficar no hospital, mas a paciente não soube dizer por quanto tempo. Conta que recebeu cuidados de duas conhecidas de seu pai que eram vizinhas. Não foi amamentada, pois sua mãe não tinha leite.

Segundo a paciente, acha que o relacionamento familiar neste período era bom, apesar dos problemas.

Sobre seus dois primeiros anos de vida, a paciente não soube informar se teve algum acidente ou doença grave. Também não soube informar com que idade começou a andar e falar e se costumava ou não brincar. Acha que quem mais cuidou dela neste período foi a mãe e que sua infância foi pouco feliz, pois não tinha amigos e era muito tímida.

Entre os 2 e 7 anos de idade a paciente conta que costumava brincar bastante com seu pai; ele a levava ao clube em uma cidade próxima. Também costumava brincar com os netos da vizinha. Quem mais cuidava dela era sua mãe e quem a educava também, mas conta que sua irmã dizia que sua mãe a prendia em casa e que sua irmã é que a levava para passear. Com seu pai tinha diálogo. Acha que foi mais feliz nesta fase.

A paciente conta que entrou na escola com 5 anos e seu pai a levava. Teve dificuldade para se adaptar no início; chorava muito e apanhava dos pais para ir à escola. Estudou até a 7ª série em escola pública e da 8ª ao 3º colegial em escola particular. Tinha facilidade para acompanhar as aulas; não reprovou nenhuma vez, mas tinha dificuldade para fazer amigos, por causa da timidez e da anorexia.

Como eventos positivos ligados à escola, apontou os amigos que fez e a obtenção de conhecimentos. Como eventos negativos, refere que tinha medo da violência de alguns meninos da escola pública.

Com relação aos eventos mais significativos de sua vida dos 7 anos até a idade atual, a entrevistada disse considerar positivo ter conhecido um professor na escola particular que foi muito amigo e conversava bastante com ela, e como evento negativo, apontou o fato de ter ficado doente, com esquizofrenia, pois isso “*atrapalhou suas amizades na escola*” (achava que os colegas usavam um “aparelhinho” que escutava seus pensamentos e isso a fez brigar com eles).

A adolescente se acha tímida, com humor triste e refere dificuldades para lidar com mudanças. Diante das dificuldades, chora e se fecha. Considera-se pouco flexível.

Fatores de risco e mecanismos de proteção identificados. Dentre os fatores de risco familiares apontados por Rutter (1999), está a doença mental de um dos pais ou familiares. No caso desta adolescente, sua mãe tinha doença mental, o que parece ter dificultado os cuidados maternos nos primeiros meses. Rutter (1999) também aponta como fator de risco, a privação materna, que esta paciente sofre com a ausência da mãe que precisou ficar hospitalizada após o parto.

Como características pessoais, esta participante apresenta a dificuldade em lidar com situações adversas, pois disse que chora e se fecha. Em sua autodescrição, disse ter dificuldades com mudanças, demonstrando baixa tolerância à frustração, aspecto considerado por Rutter (1999) como um fator de risco pessoal. No caso desta adolescente, pode-se apontar outros fatores de risco como ego frágil, inseguro e instável, relacionados à esquizofrenia; pobre habilidade de comunicação, relacionada à sua timidez e dificuldades em fazer amigos; depressão e tentativa de suicídio.

Como mecanismos de proteção, pode-se apontar nesta adolescente, a presença de relações interpessoais positivas como a relação estabelecida com seu pai e, posteriormente, com um professor que considerou como um amigo. Para esta participante, a escola parece ter sido fundamental para o desenvolvimento de habilidades e competências, tal como apontado por Rutter (1999) que coloca a escola como importante recurso para as relações humanas e a aquisição de competências cognitivas e sociais, por meio do planejamento de atividades e oferecimento de oportunidades para que o aluno adquira responsabilidades.

De acordo com os dados obtidos na entrevista, a **classificação adaptativa** desta paciente, baseado na EDAO, foi **Ineficaz Severa**.

A paciente obteve esta classificação adaptativa, pois de acordo com as questões respondidas, no setor **afetivo-relacional**, a paciente resolve seus problemas de forma pouquíssimo adequada. Apesar de ter buscado o tratamento (levada pelo pai), continua com dificuldades em manifestar suas emoções de forma adequada e isso não a deixa satisfeita. Seus conflitos permanecem, pois ainda tem dificuldades em se relacionar social e afetivamente.

No setor da **produtividade**, a paciente teve bom desempenho escolar, porém sua doença atrapalhou a continuidade de seus estudos. A paciente encontra-se insatisfeita e frustrada por não ter conseguido ir para a faculdade (o que deseja fazer). Esperando melhorar com o tratamento, pretende prestar vestibular e fazer a faculdade. Embora não esteja satisfeita, aparenta não ter conflito nesta área. De acordo com a EDAO, sua adaptação foi considerada como pouco adequada.

Classificação da adaptação de acordo com a EDAO

SETORES	SOLUÇÃO	SATISFAÇÃO	CONFLITO	RESPOSTAS	CLASSIFICAÇÃO
AR	+	-	-	Pouquíssimo Adequado	1
Pr	+	-	+	Pouco Adequado	1
SC	+	+	+	Adequado	
Or	+	+	+	Adequado	
Pontuação					2
					Adaptação Ineficaz severa

A dificuldade da paciente em informar a pesquisadora sobre seu desenvolvimento até os 2 anos de idade, pode sugerir certa fragilidade do vínculo com a mãe, pois geralmente essas informações são dadas pela figura materna. Nota-se que a paciente relaciona os períodos em que se sentia mais feliz, com a presença de amigos e que de maneira geral as relações de amizade são destacadas pela paciente em toda sua história de vida. Também coloca a doença como importante fator limitante na relação com as pessoas. Aparentemente, a doença mental da mãe desde o nascimento da paciente, seguida de uma hospitalização da mesma, privou-a dos primeiros cuidados maternos, inclusive quanto a amamentação. Segundo (Winnicott, 2002), essa primeira relação é a base para a vida afetiva e a auto-aceitação. No caso desta paciente pode-se sugerir dificuldades na relação com a mãe, o que parece ter afetado sua capacidade de relacionar-se socialmente e fazer amigos. Sua auto-estima é baixa e seu humor varia (triste e alegre), dependendo da ausência ou presença de relações afetivas/ de amizades em sua vida atual.

Caso n.º 2

“Acho que sou extrovertida, aceito bem as mudanças, sou otimista, e também acho que tenho boa auto-estima”

Diagnóstico: F50.0 - Anorexia nervosa.

A Paciente tem 16 anos e 4 meses e está cursando o 1º colegial. Seu pai tem 68 anos, nível de escolaridade de o 1º grau incompleto e trabalha como técnico em eletrônica. Sua mãe tem 47 anos, nível de escolaridade de 1º grau incompleto e trabalha em casa (“do lar”).

A paciente iniciou seu tratamento no CAPSi em fevereiro de 2006. Participa de psicoterapia de grupo e faz tratamento medicamentoso com antidepressivo, antipsicótico e Lítio.

Foi encaminhada para tratamento por sua mãe, com a queixa de muita tristeza e tentativa de suicídio. Ficava muito tempo sem se alimentar, pois se achava gorda, tinha vontade de ficar sozinha e de não sair de casa.

No decorrer do tratamento teve outra crise e outra tentativa de suicídio. Atualmente acha que o tratamento está lhe fazendo bem, pois se sente melhor.

A paciente mora com sua mãe, pai e um irmão mais velho que ela. Tem mais sete irmãos do primeiro casamento de seu pai, que não moram com ela. O pai e o irmão sustentam a casa. A paciente diz que o relacionamento familiar é amigável e que conversam bastante com ela, além de que, nunca apanhou.

No período de sua gestação e parto, a paciente disse que a saúde física e mental de sua mãe era boa e o relacionamento familiar também. Nasceu de parto cesariana e seu pai estava presente neste período.

Logo depois que nasceu, sua mãe teve complicações no parto: “problemas com a anestesia” e teve que ficar 6 meses internada. Relata que quem cuidou dela foi sua irmã mais velha por parte de pai. Foi amamentada pela mãe, pois seu pai a levava no hospital onde a mãe estava internada para mamar. Relata que isto ocorreu por pouco tempo, mas não sabe precisar quanto tempo recebeu leite materno. Acha que o relacionamento familiar neste período era bom.

Nos dois primeiros anos de vida, diz que foi tudo bem, não teve nenhuma doença ou acidente grave, acha que andou e falou na idade normal e costumava brincar. Considera que este período foi feliz, pois tinha tudo, brinquedos, etc.

Dos dois aos sete anos, costumava brincar bastante na rua com amigos e vizinhos. O relacionamento familiar era bom, com algumas brigas entre os irmãos, mas nada importante. Quem mais estava presente neste período foi sua irmã por parte de pai, mas quem a educava era sua mãe, através de conversas e tirando coisas que gostava de fazer quando desobedecia. Disse que nesta fase sentia-se muito sozinha - não sabe dizer porquê - e que só se sentia bem quando sua irmã estava perto.

A paciente disse que entrou na escola com seis anos; ia sozinha para a escola, pois era do outro lado da rua de sua casa e sua mãe ficava no portão vendo-a atravessar a rua. Acha que não teve problemas de adaptação. Acompanhava as aulas com facilidade, mas relata que tinha dificuldade para fazer amigos. Disse que era muito tímida, mas que melhorou com o tratamento. Precisou mudar de escola algumas vezes porque brigava com os colegas, mas nunca reprovou de ano.

Quanto a situações positivas e negativas ligadas à escola, a paciente disse que não teve nenhuma situação positiva e quanto às negativas, relatou o fato dos colegas implicarem com ela por ser gorda.

A adolescente aponta como eventos mais significativos de sua vida dos sete anos até a data da entrevista, ter conseguido melhorar, escolher uma profissão e fazer um curso de desenvolvimento pessoal para o primeiro emprego. Como evento negativo neste período, citou o casamento de sua irmã por parte do pai, pois deixou de morar com ela, em outubro de 2006.

A paciente se descreveu como extrovertida; disse que hoje aceita melhor as mudanças, acha-se otimista e com uma auto-estima positiva, porém, diante de dificuldades, reage chorando e deixando de comer.

Fatores de risco e mecanismos de proteção identificados

Como fator de risco relacionado aos vínculos afetivos, pode-se apontar o problema de saúde física que sua mãe teve logo após o parto, pois como consequência a paciente foi separada de sua mãe sofrendo uma experiência precoce de privação, e aparentemente, condições mais complicadas para a amamentação. Na escola, a paciente também foi exposta a um importante fator de risco, descrito por ela como gozação dos colegas por ser gorda (*bullying*) Como fatores de risco pessoais, pode-se apontar a insegurança egóica; timidez e dificuldades de relacionamento social na escola; comportamento destrutivo e tentativas de suicídio relacionadas às suas queixas e ao seu diagnóstico de anorexia nervosa.

Como mecanismos de proteção pode-se apontar o bom relacionamento familiar referido pela paciente; o estabelecimento de vínculos positivos com seus pais e irmãos (principalmente uma irmã, que foi sua cuidadora e, aparentemente, figura importante de apêgo), além de características que acha que possui como otimismo, busca de autonomia através da escolha de uma profissão, auto estima positiva, mente aberta a mudanças e comportamento direcionado a metas, as quais aparecem na literatura como mecanismos pessoais de proteção (RUTTER, 1999).

De acordo com os dados obtidos na entrevista a Classificação Adaptativa desta paciente, baseado na EDAO, foi Ineficaz leve.

No setor **afetivo-relacional**, a paciente apresentou resposta pouco adequada, pois sua timidez e sentimentos de inferioridade por se sentir gorda, possivelmente acarretava maiores dificuldades para enfrentar suas dificuldades de forma direta e adequada; chorava e se fechava. A adolescente acha que melhorou com o tratamento, embora a dificuldade em lidar

com seus sentimentos permaneça. Está atualmente mais satisfeita com a solução de seus problemas, mas o conflito continua.

No setor da **produtividade**, a paciente teve resposta adequada, pois escolheu uma profissão e está se preparando para iniciá-la.

Classificação adaptativa de acordo com a EDAO

SETORES	SOLUÇÃO	SATISFAÇÃO	CONFLITO	RESPOSTAS	CLASSIFICAÇÃO
AR	+	+	-	Pouco Adequado	2
Pr	+	+	+	Adequado	2
SC	+	-	+	Pouco Adequado	
Or	+	+	+	Adequada	
Pontuação					4
					Adaptação Ineficaz Leve

Neste caso, para a 2ª avaliadora (juiz independente), a resposta do setor produtividade pouco adequada, resultou na Classificação Adaptativa Ineficaz Moderada, devido ao *bullying* sofrido pelos colegas de escola e o relato da paciente em relação aos fatores positivos ligados a escola, onde ela diz que nada houve de positivo.

É possível identificar que esta paciente sofreu uma privação parcial dos cuidados maternos, decorrente da internação da mãe, logo após seu nascimento. Parcial porque seu pai a levava freqüentemente ao hospital para ser amamentada. Neste período os cuidados maternos foram realizados por sua irmã mais velha com que estabeleceu um vínculo positivo que permaneceu até a atualidade. Apesar de ter tido dificuldades com os colegas de escola e ter sofrido *bullying* a paciente conseguiu ter bom aproveitamento escolar, terminou o colegial e hoje está feliz por estar se preparando para trabalhar na profissão que escolheu. *Bullying* é uma palavra inglesa utilizada internacionalmente para se conceituar comportamentos agressivos e anti-sociais dirigidos a outros, com a intenção de maltratar e gerar tensão. (FANTE, 2005).

A dificuldade em se separar de sua irmã e, portanto, de lidar com perdas, pode estar relacionado à experiência de separação que viveu muito precocemente em relação a mãe.

É possível constatar neste caso, que a estabilidade familiar teve papel fundamental na proteção frente às situações de risco vividas, assim como as características pessoais presentes

na paciente, como otimismo, auto-estima positiva e comportamento extrovertido, contribuindo também para boa resposta ao tratamento no CAPSi.

Caso n.º 3

“Me considero triste e alegre, mais ou menos otimista, gosto de mudanças..... continuo nervosa e irritada com qualquer coisa”

Diagnóstico: F 32.1 - Episódio depressivo moderado.

A paciente tem 17 anos e 1 mês e cursou até o 1º colegial. Não informou dados sobre seu pai, pois este foi embora quando ela tinha 1 ano de idade. Sua mãe tem 50 anos, o 1º grau completo de escolaridade e trabalha como funcionária de uma fábrica.

A adolescente iniciou seu tratamento no CAPSi em junho de 2006, onde participa de psicoterapia de grupo e de oficinas terapêuticas. Foi encaminhada para tratamento por sua irmã com a queixa de rebeldia, tristeza, choro intenso, desmotivação, agressividade, pensamento de morrer. Disse que não é amada.

Quanto aos aspectos familiares, a paciente relata que tem quatro irmãs mais velhas; mora com a mãe, a irmã de 28 anos e a filha dela, além de outro sobrinho (filho da irmã mais velha de 30 anos). A paciente perdeu um irmão de 19 anos há um ano, vítima de atropelamento. A mãe e a irmã sustentam a casa.

Refere que as relações familiares são positivas e que só ela briga às vezes, porque é muito nervosa.

Na gestação e parto, sua mãe tinha boa saúde física e mental e a paciente não sabe que tipo de parto sua mãe teve. Seu pai estava presente nesta época e, pelo que sabe, o relacionamento familiar não era muito bom.

Logo após seu nascimento o relacionamento de seus pais continuou conflituoso. Foi amamentada e sua mãe tinha boa saúde física e mental.

Nos dois primeiros anos de vida, a paciente refere que caiu da cadeira e berço, mas não se lembra exatamente a idade, nem as consequências disso. Começou a andar e falar na idade normal e quem mais cuidava dela eram suas irmãs, pois sua mãe trabalhava. Disse que costumava brincar e que considera este período de vida feliz.

Dos 2 aos 7 anos, moravam na fazenda e disse que costumava brincar sozinha pois não tinha amigos por perto e que sua mãe implicava com ela porque falava sozinha. Quanto ao seu estado de saúde, disse que costumava ficar internada, mas não se lembra porquê. Refere que o relacionamento familiar era bom e que gostava da casa na fazenda. A paciente dormia com

seu irmão que faleceu. Quem mais cuidava dela era sua irmã e quem a educava era sua mãe, através de diálogo. Considera que essa fase foi feliz.

Relata que entrou na escola com 5 anos; disse que estudava na cidade e morava na fazenda, mas não relata quem a levava à escola. Acha que teve uma boa adaptação, pois gostava muito da escola. Acompanhava as aulas e fazia amigos com facilidade. Reprovou no 1º. colegial, pois faltava mito para sair com as amigas. Como situações positivas e negativas ligadas à escola, disse que gostava muito da escola, mas não gostava de acordar cedo.

Não soube relatar quais foram os eventos mais significativos na sua vida desde os 7 anos até a data da entrevista.

Acha que é uma pessoa triste e alegre, mais ou menos otimista e que gosta de mudanças. Ainda sente-se irritada por qualquer coisa.

Fatores de risco e mecanismos de proteção identificados

Pode-se apontar na história de vida desta paciente, alguns indicadores de **fatores de risco** familiar como a ausência do pai a partir de 1 ano de idade, que pode ter sido sentido por ela como experiência de privação ou abandono. A ausência de colegas para brincar na infância, o sentimento de solidão e a perda do irmão (mais próximo de sua idade). Como fatores de risco pessoais, pode-se apontar sua rebeldia, baixa tolerância à frustração, oscilação de humor e irritabilidade excessiva, com dificuldade em lidar de forma positiva com as adversidades. Além disso, referiu ideação suicida, sentimento de não ser amada, agressividade e tristeza.

Como **mecanismos de proteção**, pode-se indicar a manutenção da estabilidade familiar apesar do abandono do pai e a presença de suas irmãs que cuidavam dela quando a mãe estava ausente. Além destes aspectos, a frequência à escola, que favoreceu o desenvolvimento de relações sociais e que ela disse que gostava muito e suas características pessoais como um certo otimismo, o gosto por mudanças e a capacidade de comunicar seus sentimentos.

De acordo com os dados obtidos na entrevista, a Classificação Adaptativa desta paciente, baseado na EDAO foi Ineficaz Moderada

No setor **afetivo relacional**, a paciente continua com dificuldade em lidar com os próprios sentimentos, pois ainda sente-se muito irritada por qualquer coisa e com humor oscilante.

A paciente buscou o tratamento como forma de resolver seus problemas, mas está insatisfeita, embora sem conflito aparente. Sua resposta foi classificada como pouco adequada segundo a EDAO.

No setor **produtividade**, a paciente não teve dificuldades para acompanhar as aulas, porém seu comportamento oscilante fez com que reprovasse no 1º colegial. Neste setor a paciente não está satisfeita, porém não tem conflito. Sua resposta foi considerada pouco adequada.

Classificação adaptativa de acordo com a EDAO

SETORES	SOLUÇÃO	SATISFAÇÃO	CONFLITO	RESPOSTAS	CLASSIFICAÇÃO
AR	+	-	+	Pouco Adequada	2
Pr	+	-	+	Pouco Adequada	1
SC	+	+	+	Adequada	
Or	+	+	+	Adequada	
Pontuação					3
					Adaptação Ineficaz Moderada

Neste caso parece que a paciente teve importante sofrimento gerado pela ausência da figura paterna, manifestado no sentimento de não se sentir amada. Esse sentimento pode estar relacionado ao abandono do pai, pois é com a figura paterna que a criança estabelece suas relações com o mundo a qual pode ser positiva ou negativa, dependendo de como é essa relação com o pai (WINNICOTT, 2001). Parece que a sensação de abandono fez com que a paciente não se sentisse merecedora do amor desse pai, ou boa o suficiente para que o pai não a abandonasse. Mais tarde, a perda do irmão de forma brusca, pode ter reforçado esses sentimentos, causando-lhe dificuldade em lidar com situações adversas, manifestando irritabilidade e nervosismo. A diferença de idade da adolescente para as irmãs e a ausência de colegas para brincar, reforça a história do mundo hostil, gerando sentimentos de tristeza e solidão.

A estabilidade e união da família frente aos problemas, a escola e as relações de amizade podem ter sido fatores de proteção da paciente frente às situações de risco vividas.

Caso n.º 4

“Faço várias atividades, sou otimista, flexível, percebo meus sentimentos e converso com minha mãe. Tenho metas e planos. Acho que tenho auto-estima baixa”

Diagnóstico: F50.2 - Bulimia nervosa.

Paciente tem 15 anos e 8 meses e está no 1º colegial. Seu pai tem 37 anos, 2º grau completo de escolaridade e trabalha em atividade técnica. Sua mãe tem 33 anos, tem o 1º grau incompleto de escolaridade e trabalha em casa (“do lar”).

A adolescente iniciou seu tratamento no CAPSi em julho de 2006. Participa de psicoterapia de grupo. Foi encaminhada para tratamento pelo médico do posto de saúde com a queixa de bulimia, vômito e começo de anorexia (perdeu 8 quilos em 2 meses). Disse que melhorou com o tratamento, mas relatou que na semana da entrevista voltou a vomitar devido à sua ansiedade.

A paciente mora com a irmã de 4 anos, seu pai e sua mãe. Refere que quem sustenta a casa é seu pai. Disse que perdeu seu avô há 10 anos de infarto fulminante e que era muito apegada a ele. O relacionamento familiar é bom, mas disse que tem uma relação melhor com sua mãe, pois briga mais com seu pai e irmã. Com relação à sua educação disse que tem diálogo, mas que o pai é autoritário. Dá castigos não físicos e discute ou briga.

Na gestação e parto da paciente, referiu que sua mãe teve risco de parto prematuro no final da gravidez, mas nasceu no tempo certo de cesariana. A mãe tinha boa saúde mental e o pai estava presente neste período. Quanto às relações familiares, disse que sua avó materna não aceitava muito o casamento de seus pais e que sua mãe convivia mais com a família do seu pai. No puerpério da mãe, acha que o estado de saúde físico e mental de sua mãe era bom e que as relações familiares já haviam melhorado. Foi amamentada pela mãe.

Nos dois primeiros anos de vida, sua saúde era boa e quem mais estava presente era sua avó materna. Andou e falou na idade normal. Não soube informar se brincava e considerou esse período de vida feliz.

Na fase dos 2 aos 7 anos, a paciente referiu que brincava muito de boneca com as vizinhas. Teve problemas de saúde, operou as amígdalas. Contou que comia muito doce nesta fase. Quem estava mais presente era sua mãe e ela também a educava com muita conversa. Disse que foi feliz nesta fase, pois ficava bastante com sua mãe.

A participante relata que entrou na escola com 6 anos e que ia de perua escolar. Teve dificuldades em se adaptar, chorava muito, tinha medo da mãe a deixar. Acompanhava as

aulas e fazia amizades com facilidade e gostava de conversar. Não se lembra de nenhuma situação positiva ou negativa ligada à escola.

Quanto a eventos significativos positivos e negativos desde os 7 anos até a data da entrevista, a paciente refere que seu pai dizia que ela tinha “merda na cabeça” e que não gostava (chora quando fala isso). Quanto aos eventos positivos, apontou o fato de que sua mãe sempre ficava ao seu lado.

A paciente conta que está engajada em várias atividades, acha que é otimista e flexível. Disse que percebe seus sentimentos e fala com a mãe, tem metas e faz planos de vida. Considera sua auto-estima baixa.

Fatores de risco e mecanismos de proteção identificados.

Na história de vida da paciente pode-se apontar alguns indicadores de **fatores de risco** familiar como o estado de saúde de sua mãe no final da gravidez, a relação conflituosa entre a paciente e seu pai e o autoritarismo do mesmo. Em relação aos fatores de risco pessoais, pode-se apontar a dificuldade da paciente em enfrentar situações adversas, visto que diante dos problemas, relata que guarda para si e não fala para ninguém, além do fato de considerar sua auto-estima baixa e apresentar comportamento destrutivo ligado à bulimia.

Quanto aos **mecanismos de proteção** pode-se indicar o vínculo positivo com a mãe, sua facilidade em fazer amigos, o bom aproveitamento dos recursos escolares e o fato de se achar uma pessoa otimista, com objetivos e metas e ser flexível.

Classificação adaptativa: Ineficaz moderada

No setor **afetivo-relacional**, a paciente demonstrou ter dificuldades na relação com o pai e ainda não saber como lidar com seus sentimentos em relação a isso, podendo estar relacionado com sua baixa auto-estima (críticas severas do pai). Porém, mantém vínculo positivo com a mãe e com colegas. Considerando estes aspectos, a resposta da paciente neste setor é classificada como pouquíssimo adequada, pois não está satisfeita com a solução e ainda está em conflito.

No setor da produtividade, a resposta da paciente é adequada, pois teve bom aproveitamento escolar e tem objetivos e metas.

Classificação adaptativa de acordo com a EDAO

SETORES	SOLUÇÃO	SATISFAÇÃO	CONFLITO	RESPOSTAS	CLASSIFICAÇÃO
AR	+	-	-	Pouquíssimo Adequada	1
Pr	+	+	+	Adequada	2
SC	+	+	+	Adequada	
Or	+	-	+	Pouco Adequada	
Pontuação					3
					Adaptação Ineficaz Moderada

O autoritarismo do pai e a forma pejorativa de dirigir-se à filha, pode ter influenciado na formação de sua auto-estima e em seu apego excessivo à mãe. O medo que sente da mãe a deixar, pode estar relacionado à insegurança e dificuldade de enfrentar situações que promovam sua independência, tal como a situação escolar.

O bom relacionamento entre os pais, a estabilidade familiar e a relação de afeto com seu avô, que parece ter substituído afetivamente a figura paterna, são os fatores que podem ter protegido a paciente e favorecido sua capacidade para estabelecer metas, fazer planos para o futuro e realizar diferentes atividades.

Caso n.º 5

“Quando estou mal humorada, brigo; quando bem humorada, rio muito. Sou mais bem humorada do que mal humorada.”... “Em relação a mudanças, acabo me conformando, mas às vezes demora um pouco mais. Sou curiosa, gosto de ver coisas diferentes, sou dedicada nos estudos, uma das melhores da sala, me interesso bastante pelas coisas que gosto” “Reconheço bem sentimentos dos outros, principalmente os próximos de mim: amigos e família. Gosto de entender os outros”. “Me Comunico bem, não disfarço meus sentimentos”. ... “Sou desorganizada, estabeleço metas, mas não cumpro (quando estabeleço)”. “Acho que tenho boa auto-estima”.

Diagnóstico: F42.8 - Outros transtornos/ obsessivo compulsivo.

A paciente tem 15 anos e 10 meses e está no 1º colegial. Não informou dados sobre seu pai. Sua mãe tem 34 anos, estudou até o 3º colegial e trabalha de padeira e confeitaria.

Iniciou o tratamento no CAPSi há 3 meses. Foi encaminhada por um médico de outra especialidade com a queixa de ansiedade e vômito após as refeições. Relata que esses sintomas tiveram início depois que começou a estudar no período da manhã. Depois do início do tratamento teve uma crise na qual ingeriu vários medicamentos, mas conversando com a psicóloga do CAPSi, percebeu que não deveria ter feito aquilo. Sente-se mais calma, mas ainda sente dores no estômago.

A paciente é filha única e mora com sua mãe, um tio, uma tia e um primo. Sua avó mora numa casa no mesmo terreno. Segundo a paciente a casa é sustentada por seus tios e não fez referência à sua mãe. Quanto a doenças e acidentes graves na família, disse que seu primo tem epilepsia e às vezes tem crise. Disse que o relacionamento familiar é bastante conflituoso, que acontecem muitas brigas e que acha que é nervosa por causa dessas brigas.

No período de gestação e parto, sua mãe tinha boa saúde física e mental, mas passou nervoso. Refere que seus avós paternos estavam se separando e que sua mãe só podia contar com sua avó. O pai da paciente não estava com sua mãe, mas ia vê-las de vez em quando. Acha que sua família teve dificuldades financeiras, pois eram muito pobres. Disse que sua mãe “ficou doente da cesariana”, mas que foi amamentada no peito.

Nos dois primeiros anos de sua vida, não teve problemas de saúde nem acidentes graves. Começou a andar e falar na idade normal. Era cuidada por sua tia, pois sua mãe trabalhava e estudava e só chegava em casa à noite. Disse que brincava bastante e que acha que foi feliz nessa fase.

Dos 2 aos 7 anos, disse que brincava muito com sua tia. Com 5 anos mudou-se para Bauru e passou a ser cuidada e educada por sua avó, pois sua mãe continuou trabalhando e estudando. Disse que até os 7 anos ia muito ao médico porque tinha anemia. Aos 6 anos começou a engordar e teve problemas com o peso, disse que comia muito doce e que era muito gulosa.

O relacionamento familiar continuou conflituoso, com muita discussão e brigas. Acha que este período foi pouco feliz, pois vivia mais no hospital do que em casa.

Entrou na escola com 6 anos e sua avó a levava. Teve muita dificuldade até a 5ª série, não gostava da escola e não fazia amigos. A partir da 5ª série melhorou, mas não disse o porquê, apenas que era preguiçosa. Como eventos positivos ligados à escola, a paciente disse que gostava das aulas de matemática e de conversar com colegas e professores. Como eventos negativos a paciente disse que a diretora não ia com a cara dela e que a chamava de intrometida. Quando tinha problemas pedia ajuda a amigos e professores.

Em relação aos eventos mais significativos positivos e negativos de sua vida desde os 7 anos até a data da entrevista, disse que positivo é quando sua família está unida sem brigas; a prova no SENAI, que não passou por uma questão, mas que soube enfrentar bem a derrota; ter tentado e o tratamento no CAPSi, pois teve a oportunidade de conhecer outras pessoas com problemas. Como negativo coloca o fato de sua mãe ter recommçado a trabalhar e estudar, disse que entrou em depressão, pois a encontrava muito pouco; as brigas em família e a morte do gato que tinha há nove anos.

Acha que tem situações em que é bem humorada e outras não; não gosta de mudanças, mas acaba se conformando. Gosta de coisas diferentes e é dedicada aos estudos, disse que é uma das melhores da classe. Disse que reconhece os sentimentos das pessoas que estão próximas dela como família e amigos; comunica seus sentimentos, não esconde. Disse que é desorganizada, que estabelece metas e não cumpre e que gosta de resolver tudo sozinha. Acha que sua auto-estima é boa, se acha inteligente e bonita. Disse que costuma ver a avó e outras pessoas que já morreram.

Fatores de risco e mecanismos de proteção identificados.

Na história de vida da paciente pode-se apontar alguns indicadores **de risco** familiar como as brigas constantes entre os familiares, a ausência do pai e parcial ausência da mãe. A anemia da paciente que no período entre 2 e 7 anos provocou várias hospitalizações, além dos problemas posteriores com o peso (após os 6 anos de idade). Como fatores de risco pessoais pode-se apontar seu comportamento auto-destrutivo, demonstrado nos vômitos provocados após as refeições, o abuso de medicamentos, a dificuldade em cumprir metas estabelecidas e o humor às vezes deprimido. Pode-se também apontar as condições ambientais desfavoráveis como as dificuldades financeiras relatadas pela paciente.

Como **mecanismos de proteção** pode-se indicar a frequência à escola, que favoreceu seu desenvolvimento cognitivo e social, além do desenvolvimento de sua auto-estima positiva, pois se acha inteligente. Como características individuais, aponta-se a determinação, o otimismo, a habilidade em comunicar seus sentimentos, a habilidade cognitiva e a auto-estima positiva.

De acordo com os dados da entrevista, a Classificação Adaptativa da paciente, baseada na EDAO, foi Ineficaz Moderada.

No setor **Afetivo-Relacional** a paciente apresenta dificuldade nas relações interpessoais; angustia, ansiedade, vômito e abuso de medicamentos. Tem dificuldade de relacionamento com sua mãe; não está satisfeita com isso e está em conflito. Mesmo em

tratamento, teve outra crise emocional importante. Sua resposta a esse setor foi considerada pouquíssimo adequada.

No setor **Produtividade**, apesar de ter dito que tem dificuldades em cumprir metas que estabelece, teve um bom aproveitamento na escola a partir da 5ª série, de modo a ser uma das primeiras alunas da classe. Relata ter feito uma prova no SENAI, na qual não obteve classificação por errar apenas uma questão. Refere que soube enfrentar a situação, mostrando habilidade para lidar com a derrota e frustração nesta situação. Sua resposta neste setor foi considerada adequada, pois está satisfeita e sem conflitos.

Classificação adaptativa de acordo com a EDAO

SETORES	SOLUÇÃO	SATISFAÇÃO	CONFLITO	RESPOSTAS	CLASSIFICAÇÃO
AR	+	-	-	Pouquíssimo Adequada	1
Pr	+	+	+	Adequada	2
SC	+	+	+	Adequada	
Or	+	+	+	Adequada	
Pontuação					3
					Adaptação Ineficaz Moderada

A dificuldade que a paciente encontra em cumprir as metas que estabelece e sua desorganização podem estar relacionadas ao comportamento obsessivo-compulsivo, que leva o indivíduo a iniciar várias atividades e não conseguir terminar nenhuma.

Pode-se identificar que os conflitos e a instabilidade familiar, tiveram importante papel no desenvolvimento da paciente, desde o “nervosismo” de sua mãe durante a gestação e parto até o fato da paciente atribuir seu “nervosismo” a esses conflitos. Outros fatores que podem ser apontados como influências negativas, são a falta que a paciente sente da mãe, que trabalha e estuda, levando-a atribuir sua depressão a esta falta. A paciente relatou saúde frágil e freqüentes hospitalizações na infância. Segundo Rutter (1999), a exposição crônica a fatores estressantes associados a outras situações de estresse, como na hospitalização, aumentam a vulnerabilidade do indivíduo a situações de risco.

Aparentemente, os fatores que protegeram a paciente dos riscos, ou possibilitaram uma resposta mais adequada às situações de estresse, concentram-se nos mecanismos de proteção pessoais, possivelmente reforçados pelo bom aproveitamento escolar que parecem ter

favorecido o desenvolvimento de suas habilidades cognitivas e sociais, com o estabelecimento de relações positivas com amigos e professores e favorecendo sua auto estima.

Caso n.º 6

“Sou muito quieta, fico no meu canto, não converso muito”. “Não estou me alimentando muito bem, não consigo comer muito...”. “Acho que sou alegre; às vezes sinto disposição pra fazer as coisas...” “ Gosta do meu jeito, só não gosto do problema de alimentação”.

Diagnóstico: F43.1 -Transtorno de estresse pós-traumático.

A paciente tem 14 anos e 8 meses, está no 2º colegial e trabalha ajudando a mãe na mercearia. Seu pai faleceu de câncer há 10 meses, com 49 anos de idade. Tinha o 3º colegial e estava aposentado. Sua mãe tem 44 anos, cursou o 2º grau completo e é proprietária de uma mercearia.

Iniciou o tratamento no CAPSi em setembro de 2006. Foi encaminhada por sua mãe, com a queixa de dificuldade em fazer amizades, de ser muito acanhada e chorar muito sem saber porquê. Esses sintomas tiveram início em 2005, sem razão aparente. Paciente disse que com o tratamento passou a conversar mais e suas crises de choro melhoraram.

A adolescente mora com sua mãe e o padrasto. Tem dois irmãos, uma irmã casada e um irmão por parte de pai. Disse que o relacionamento familiar é bom e que a forma de educá-la é através do diálogo.

No período de sua gestação e parto, sua mãe tinha boa saúde física e mental. Nasceu de parto cesariana e foi amamentada. Seu pai estava presente e o relacionamento familiar era bom.

Nos dois primeiros anos de vida, não teve problemas de saúde e nenhum acidente grave. Só andou depois dos 2 anos, sua mãe conta que ela tinha medo. Quem mais cuidava dela era sua mãe. Acha que esse período foi feliz, pois tinha bom relacionamento com seu pai e sua mãe.

Dos 2 aos 7 anos de idade, foi a fase em que seus pais se separaram. Disse que costumava brincar na rua com os primos. Sua mãe teve que contratar uma pessoa para cuidar dela, pois tinha que ficar na mercearia, mas disse que era a mãe quem a educava e dava ordens, mas sempre com diálogo. Acha que esse período também foi feliz, mesmo com a separação de seus pais, pois ele sempre ia vê-la.

A participante relata que entrou na escola com 6 anos e seu pai a levava, até que teve que começar o tratamento do câncer e então passou a ir com o vizinho que tinha uma filha na

mesma escola. Disse que sua adaptação foi boa, pois seu primo entrou na escola para estudar junto dela. Acompanhava as aulas com facilidade e quanto às amizades, disse que fazia amizades com mais facilidade naquela época do que agora.

Quanto aos eventos positivos e negativos ligados a escola, a paciente disse como positivo o fato de ter sido sempre boa aluna e que não teve nada de negativo.

Quanto aos eventos mais significativos positivos ou negativos desde os 7 anos até a data da entrevista, a paciente disse que positivo foi o casamento de sua irmã, apesar de sentir falta dela e negativo, o falecimento de seu pai.

A paciente se acha muito quieta, disse que não conversa muito e que não está se alimentando direito, que não come muito. Acha que é alegre, mas nem sempre sente-se disposta pra fazer as coisas. Gosta do seu jeito de ser, mas não está contente com sua alimentação.

Fatores de risco e mecanismos de proteção identificados.

Como indicadores de **fatores de risco** familiares, pode-se apontar, na história de vida da paciente, a separação de seus pais e a doença e morte de seu pai. Como fatores de risco pessoais, pode-se citar sua timidez exagerada, suas dificuldade nas relações sociais, suas dificuldade em comunicar seus sentimentos e desânimo.

Como **mecanismos de proteção**, pode-se indicar o bom relacionamento com seus pais (apesar da separação de ambos), os recursos escolares que favoreceram o desenvolvimento de suas habilidades cognitivas pois refere ter sido sempre boa aluna, além de se achar uma pessoa alegre.

De acordo com os dados da entrevista a Classificação Adaptativa da paciente, baseada na EDAO, foi Ineficaz Leve.

No setor **Afetivo-Relacional** a paciente teve importantes vínculos afetivos e bom relacionamento com seus pais, porém apresenta dificuldade em lidar com seus sentimentos, não os comunica de forma adequada, costumando ficar quieta. Com o tratamento, acha que melhorou, porém a timidez continua. Sua resposta a esse setor foi pouco adequada, pois sente-se satisfeita com sua melhora mais ainda está em conflito com relação à sua timidez e à alimentação.

No setor da **Produtividade**, sua resposta foi adequada, pois sempre soube aproveitar os recursos da escola, tem bom rendimento e ajuda a mãe na mercearia.

No setor orgânico, refere dificuldades alimentares.

Classificação adaptativa de acordo com a EDAO

SETORES	SOLUÇÃO	SATISFAÇÃO	CONFLITO	RESPOSTAS	CLASSIFICAÇÃO
AR	+	+	-	Pouco Adequada	2
Pr	+	+	+	Adequada	2
SC	+	-	+	Pouco Adequada	
Or	+	-	-	Pouco Adequada	
Pontuação					4
					Adaptação Ineficaz Leve

É possível identificar neste caso, que a separação dos pais gerou uma mudança no funcionamento familiar. A mãe que até então apenas cuidava da casa e da filha, teve que contratar uma babá para a filha e assumir o comércio da família. Apesar da paciente dizer que este período foi feliz, no seu relato referente à idade de 0 a 2 anos, disse que esse período foi mais feliz pois tinha bom relacionamento com seus pais, que ainda não haviam se separado.

Segundo a paciente, sua mãe contou que ela andou somente após os 2 anos de idade, porque tinha medo. Pode-se interpretar que já nesta fase a paciente podia estar demonstrando insegurança para dar os primeiros passos, “num ambiente inseguro, permeado de conflitos”. Apesar da separação dos pais, parece que a paciente continuou com bom vínculo com seu pai, até que este adoeceu e faleceu há 10 meses (antes da entrevista). Os sintomas apresentados pela paciente e que a levaram ao CAPSi, tiveram início em 2005, ano em que seu pai faleceu. A paciente pode estar vivendo uma situação de luto caracterizada pelo choro aparentemente imotivado e o isolamento, pois apesar de tais manifestações, a paciente se considera uma pessoa predominantemente alegre.

Caso n.º 7

“Acho que tenho auto-estima alta; me acho bonita, me valorizo, me acho legal, bonita e inteligente”

Diagnóstico: F32.0 - Episódio depressivo leve.

Paciente tem 15 anos e 7 meses, está cursando o 1º ano do ensino médio e trabalha com o pai.

Seu pai tem 44 anos, nível de escolaridade superior e trabalha como profissional liberal. Sua mãe tem 43 anos, 2º grau completo e trabalha com transporte escolar.

A paciente fez seu primeiro tratamento quando tinha 6 anos, durante 4 meses. Disse que chorava muito por causa da separação de seus pais. Iniciou seu tratamento no CAPSi em

2006, participa de psicoterapia de grupo e refere que tomava medicação mas parou por decisão própria. Foi encaminhada para tratamento por sua mãe, com a queixa de mau humor; de querer tudo o que vê e estar um pouco triste e deprimida pelas coisas que sua mãe fala. Sente-se melhor, mas disse que ainda sente-se mal humorada com sua mãe.

A adolescente mora com sua mãe e um irmão de 20 anos. Todos contribuem para as despesas da casa, inclusive o pai. Não refere doenças graves ou acidentes na família nuclear. Disse que o relacionamento familiar é bom, às vezes briga com sua mãe, mas é passageiro. Com o pai se relaciona melhor, pois ele a elogia e conversa bastante com ela.

No período de sua gestação e parto, a mãe tinha boa saúde física e mental. Nasceu de parto cesariana. O pai estava presente e o relacionamento entre eles era bom.

No puerpério, a mãe também tinha boa saúde física e mental. A paciente foi amamentada, mas não soube dizer por quanto tempo. Disse que o relacionamento familiar neste período era bem melhor que agora. Após um ano de seu nascimento, a paciente disse que sua mãe teve fortes dores de barriga, mas não soube dizer quais os motivos dessas dores.

Nos dois primeiros anos de vida, não houve nenhum acidente ou doença grave com a paciente. Andou e falou na idade normal e costumava brincar. Quem mais cuidava dela era sua mãe e seu pai também era presente. Considera esse período feliz.

No período de 2 a 7 anos a paciente disse que mudou-se para um condomínio e que brincava muito com os vizinhos. Aos 6 anos seus pais se separaram, a paciente disse que chorava muito pois queria ficar perto de seu pai. Era cuidada e educada por sua mãe que a levava para passear e contava histórias, assim como o pai também. Acha que esse período foi feliz, apesar da separação dos pais.

A paciente conta que entrou na escola com 5 anos e que sua avó a levava. No início foi difícil adaptar-se, chorava muito, mas depois se acostumou. Acompanhava bem as aulas e fazia amigos com facilidade. Disse que não gostava de uma professora e que às “vezes ela tacava sua cabeça na parede”.

Como eventos positivos ligados à escola, a paciente disse que foi o fato de fazer amizades e conversar e como negativo, o fato de ter que acordar cedo.

A paciente disse que dos 7 anos até a datada entrevista não aconteceu nada de significativo na sua vida. Acha que é mal humorada, não gosta de errar, fica brava, se acha receptiva, com capacidade para estabelecer metas e cumprir; sabe identificar e reconhece seus sentimentos. Disse que sua auto-estima é positiva, pois se acha bonita, se valoriza, se acha legal e inteligente.

Fatores de risco e mecanismos de proteção identificados.

Como **fatores de risco** pode-se apontar a separação dos pais quando a participante tinha 6 anos de idade. Este fato parece ter sido de difícil aceitação e adaptação para a paciente, já que precisou de ajuda psicoterápica na época. A adolescente falou do quanto isso a entristeceu em vários momentos da entrevista. Os conflitos com a mãe também podem ser considerados como fatores de risco, pois a paciente relaciona seu humor negativo à relação com sua mãe. A agressão que disse ter sofrido da professora, também pode ter representado fator de risco. Como fatores de risco pessoais, aparecem o mau humor, a inflexibilidade - pois não aceita seus erros e a depressão.

Como **mecanismos de proteção** a paciente contou com o apoio familiar; apesar da separação, seus pais sempre estiveram presentes. O bom vínculo com seu pai, a facilidade em fazer amizades e a capacidade em pedir ajuda quando não consegue resolver seus problemas sozinha podem ser indicativos de mecanismos de proteção. A auto-estima positiva, o reconhecimento de seus sentimentos, a capacidade de estabelecer metas e objetivos e as habilidades sociais e cognitivas desenvolvidos em casa e no ambiente escolar também configuram-se como importantes mecanismos de proteção.

De acordo com os dados obtidos na entrevista com a paciente, sua Classificação Adaptativa baseada na EDAO, foi Ineficaz Leve.

No setor **Afetivo-Relacional**, a paciente ainda apresenta dificuldades de relacionamento com a mãe. O tratamento a ajudou a melhorar, mais ainda permanecem alguns conflitos. Desta forma, sua resposta foi considerada pouco adequada, pois está satisfeita com a melhora mas ainda está em conflito.

No setor da **Produtividade**, a paciente teve resposta adequada, pois aproveitou bem os recursos escolares e trabalha com o pai.

Classificação adaptativa de acordo com a EDAO

SETORES	SOLUÇÃO	SATISFAÇÃO	CONFLITO	RESPOSTAS	CLASSIFICAÇÃO
AR	+	+	-	Pouco Adequada	2
Pr	+	+	+	Adequada	2
SC	+	+	+	Adequada	
Or	+	+	+	Adequada	
Pontuação					4
					Adaptação Ineficaz Leve

Nesta paciente, pode-se apontar que a separação dos pais quando estava com 6 anos, parece ter representado fator de risco. Necessitou de acompanhamento psicológico nesta época, devido aos choros constantes por não querer ficar longe do pai. Esta perda pode ter gerado dificuldades em lidar com frustrações (“*quer tudo o que vê*”). Parece que a paciente fez uma cisão entre o que é “bom” e o que é “ruim”, ficando o primeiro com seu pai e o segundo com sua mãe, pois estabelece com o pai uma relação de amizade, gosta das coisas que ele diz a respeito dela, ao contrário do que ocorre na relação com a mãe (KERNBERG; WEINER; BARDENSTEIN, 2003). A paciente atribui seu mau humor à relação com a mãe. A autocobrança excessiva pode estar relacionada ao desejo de agradar o pai, que faz elogios constantes, também contribuindo para sua auto-estima e auto imagem positivas.

Caso n.º 8

“Me considero determinada, bem humorada, otimista, mas pouco flexível”

Diagnóstico: F32.0 - Episódio depressivo leve.

Paciente tem 18 anos e 5 meses, ensino médio incompleto e trabalha em um escritório. O pai tem 37 anos, é eletricitista e a paciente não soube informar seu nível de escolaridade. Sua mãe tem 39 anos, cursou até o 1º colegial e trabalha como acompanhante de idoso.

A adolescente iniciou tratamento no CAPSi há 2 anos; participa de psicoterapia de grupo, oficinas terapêuticas e faz tratamento medicamentoso com antidepressivos. Foi encaminhada por sua mãe com queixa de oscilação de humor; hiperatividade; sono excessivo por alguns dias e insônia em outros. Disse que não demonstra os sentimentos. Durante esses dois anos, parou o tratamento duas vezes. Teve oscilações de humor, mas não teve crise. Disse que teve “60% de melhora”; está mais controlada e a relação com sua mãe melhorou.

A paciente mora com a mãe e o irmão, já que seus pais são separados. A mãe tem um namorado que às vezes fica com eles na casa. A paciente tem uma irmã de 19 anos, um irmão de 9 anos por parte de mãe e mais 8 irmãos por parte de pai. As pessoas que mais contribuem para o sustento da casa são a própria paciente e sua mãe.

Quanto a problemas de saúde, doenças graves e acidentes na família, a paciente disse que perdeu seu avô de infarto, um tio de acidente de carro e sua avó, que faleceu em agosto de 2006. Disse que eram seus amigos. Ainda quanto à saúde dos familiares, relatou que sua mãe tem problemas de tireóide. O relacionamento familiar apresenta alguns conflitos. A paciente disse que não se relaciona bem com sua mãe, nem com seu irmão; o relacionamento é bom apenas com a irmã mais. Foi criada por suas avós, principalmente a avó materna e que esta também a educou com muita conversa e explicações.

A adolescente nasceu prematura, com 7 meses, de parto cesariana. Disse que a saúde física de sua mãe era boa, mas que seu estado emocional ficou bastante abalado em sua gestação, pois encontrou seu marido com outra mulher. Seu pai estava presente neste período, mas não soube informar como era o relacionamento entre seus pais.

No período do puerpério a saúde física e mental da mãe estava melhor, mas o pai tinha um relacionamento com outra pessoa. Refere que foi amamentada pela mãe, sem precisar por quanto tempo. Relatou que seu pai queria um filho homem e por isso “judiava das filhas mulheres”, mas que mesmo assim, considera o relacionamento com seu pais como bom.

Nos dois primeiros anos de vida, a saúde da paciente foi boa, andou e falou com idade normal. Foi cuidada por sua avó e a mãe e costumava brincar. Acha que apesar de ter sofrido com a separação de seus pais, foi um período feliz.

Na fase dos 2 aos 7 anos, disse que costumava brincar muito na rua com vizinhos. O relacionamento familiar era bom e seu estado de saúde também. Ficava com sua avó, pois sua mãe “trabalhava dia e noite”. Sua avó a educava através do diálogo. Disse que “a avó supria o amor da mãe”, por isso acha que foi feliz nesta fase.

A paciente entrou na escola com 6 anos e quem a levava era sua avó e seu avô. Disse que teve uma boa adaptação e que se adapta com facilidade em qualquer lugar. Não gostava de algumas matérias escolares, mas acompanhava as aulas com facilidade. Tinha facilidade também em fazer amigos e relacionava-se bem com eles e com os professores. Tinha o professor de Inglês como um grande amigo.

Com relação a eventos positivos ligados à escola, a paciente disse que gostava dos trabalhos culturais (“adora comunicação e cultura”) e como evento negativo, disse que algumas vezes brigou com a professora e que uma vez perdeu o controle e bateu num menino. A paciente disse que diante de problemas costuma enfrentá-los, que é determinada e dedicada.

Em relação a eventos mais significativos de sua vida desde os 7 anos até a data da entrevista, a paciente disse que os positivos foram a amizade com seu avô paterno (pescavam e saíam juntos) e de negativos, mencionou todos os natais e aniversários, pois sonhava em ter seus pais juntos ao seu lado e não tinha. A participante referiu que acha que é uma pessoa determinada, bem humorada, otimista, mas pouco flexível.

Fatores de risco e mecanismos de proteção identificados.

Na história de vida da paciente pode-se apontar como **fatores de risco** familiares, o estado emocional abalado de sua mãe durante a gestação e no puerpério, pois seu pai tinha outra mulher; a maneira como o pai a tratava (“judiava”); a ausência de seu pai em eventos

significativos para ela (Natais e aniversários) e a relação conflituosa com a mãe. Como fatores de risco pessoal pode-se apontar o humor oscilante; a dificuldade em manifestar seus sentimentos; os problemas com o sono que podem estar relacionados à hiperatividade referida em suas queixas clínicas e sua pouca flexibilidade.

Como **mecanismos de proteção**, pode-se apontar a presença dos avós para suprir as necessidades de afeto da paciente; o diálogo sempre presente em sua educação e a escola, como importante recurso para o desenvolvimento de suas habilidades sociais e cognitivas. Como características pessoais, pode-se indicar sua determinação, sua dedicação ao que faz; o bom humor e a capacidade referida de se adaptar com facilidade a situações novas.

De acordo com os dados da entrevista, a Classificação Adaptativa da paciente baseada na EDAO, foi Ineficaz Leve.

No setor **Afetivo-Relacional** sua reposta foi pouco adequada, pois ainda sente falta da presença do pai, apesar de ter buscado substituí-lo na relação com seu avô. A paciente não está satisfeita com a solução encontrada, mas não apresenta conflito aparente.

No setor da **Produtividade** a paciente apresenta resposta adequada, pois soube aproveitar adequadamente os recursos escolares, é produtiva e trabalha.

Classificação adaptativa de acordo com a EDAO

SETORES	SOLUÇÃO	SATISFAÇÃO	CONFLITO	RESPOSTAS	CLASSIFICAÇÃO
AR	+	-	+	Pouco Adequada	2
Pr	+	+	+	Adequada	2
SC	+	+	+	Adequada	
Or	+	-	+	Pouco Adequada	
Pontuação					4
					Adaptação Ineficaz Leve

O nascimento prematuro é considerado por Sapienza e Pedromônico (2005), como possível fator de risco. No caso desta paciente o nascimento prematuro pode estar relacionado ao estado emocional abalado da mãe no período de gestação e parto, pois descobriu que seu marido a traía com outra mulher. Sendo assim a paciente, já nasceu num ambiente conflituoso e desfavorecido. Pode-se identificar no relato da paciente, sua sensação de abandono em relação a seus pais, quando diz que a avó supriu o amor da mãe e na tristeza que relata sentir por não ter seu pai nas datas comemorativas.

Parece que a presença dos avós teve importância fundamental, auxiliando a paciente lidar de forma mais adequada com as situações de risco, ou seja: favorecendo o desenvolvimento de mecanismos de proteção.

Caso n.º 9

“Não sou muito alegre desde que vi um programa com animais (dia 19/03/2006) ... entrei em depressão”. “Acho que tenho auto-estima boa; me acho bonita”. “Não acho muito bom as mudanças, não me acostumo”. “Melhorei bastante o relacionamento com minha família”

Diagnóstico: F32.1 - Episódio Depressivo Moderado.

Paciente tem 14 anos e 5 meses e está na 7ª série escolar. Seu pai tem 43 anos, fez até a 7ª série escolar e trabalha como pintor letrista. Sua mãe tem 41 anos, estudou até o 1º colegial e trabalha em casa (“do lar”).

A paciente iniciou seu tratamento no CAPSi em julho de 2006. Participa de psicoterapia de grupo e faz tratamento medicamentoso com antidepressivos. Foi encaminhada por sua prima que já fez tratamento no CAPSi e sua queixa principal era a tristeza. Disse que obteve melhora depois de um mês de tratamento.

Mora com a mãe, o pai e dois irmãos. Seu pai é quem sustenta a casa. O relacionamento familiar é bom, apenas o pai e o avô têm alguns desentendimentos. A adolescente disse que a saúde física e mental de sua mãe no período de gestação e parto era boa. Não sabe o tipo de parto que sua mãe teve em seu nascimento. Acha que o relacionamento familiar era bom, sem conflitos. Após seu nascimento sua mãe teve boa recuperação, foi amamentada até os dois anos de idade.

Nos dois primeiros anos de vida o relacionamento familiar continuou bom, porém o pai teve problemas com o álcool, “mas não era alcoólatra”. Andou e falou com um ano e alguns meses de idade e costumava brincar. Quem estava mais presente neste período era sua mãe. Disse que não foi muito feliz neste período por causa dos problemas do pai com o álcool.

No período dos 2 aos 7 anos, a participante disse que costumava brincar bastante com sua irmã. Contou que o relacionamento com os pais era bom e que seu pai costumava “fazer carinho”. Quem mais cuidava dela nesta fase era sua mãe, mas seu pai é quem dava as ordens e a educava com muita conversa. Disse que também não era muito feliz neste período, pois o problema do pai com o uso do álcool continuou.

A adolescente entrou na escola com 3 anos e sua mãe a levava. Teve boa adaptação. Acompanhava as aulas e fazia amigos com facilidade.

Quanto aos eventos positivos e negativos ligados à escola, a paciente disse que gostava das festas e de ser aprovada e não gostava quando o professor brigava e os colegas “*enchiam seu saco*”.

Os eventos mais significativos desde os 7 anos até a data de entrevista apontados pela paciente foram sua festa de aniversário de 9 anos e “*ter achado um gato que só gostava de mim*”. Como eventos negativos, citou um programa de televisão que mostrava pessoas judiando dos animais (que a impressionou) e quando briga com sua família. Diante de situações nas quais tem que enfrentar problemas, a paciente disse que prefere ignorar.

Disse que não é muito alegre desde que viu o programa de televisão referido, após o qual entrou em depressão. Refere que melhorou o relacionamento com sua família e que sua auto-estima é boa, pois se acha bonita. Disse que tem dificuldades com mudanças e que não se acostuma facilmente diante de situações novas.

Fatores de risco e mecanismos de proteção identificados.

Como **fatores de risco** familiar, pode-se indicar na história de vida desta adolescente, os problemas duradouros do pai decorrentes do uso de álcool. Pode-se citar também sua hipersensibilidade, demonstrada pela crise depressiva após assistir um programa de televisão em que pessoas judiavam de animais, bem como suas necessidades afetivas manifestas pelo apego a um gato (“que só gostava dela”). As dificuldades de adaptar-se a mudanças são características pessoais que podem representar fator de risco.

Como **mecanismos de proteção**, pode-se indicar a relativa estabilidade familiar, mesmo com os problemas com o uso de álcool apresentados pelo pai. Aponta-se também o bom relacionamento familiar e os recursos escolares que ampliaram suas habilidades cognitivas, sociais e sua auto-estima, pois gostava de se reconhecer quando era aprovada, e também gostava das festas proporcionadas pela escola. Outros mecanismos que se pode apontar, referem-se à sua facilidade em fazer amigos e à capacidade de manifestar afeto, tal como demonstrado no evento relacionado ao gato que encontrou e cuidou e ao reconhecimento de que gostava dos elogios na escola. De acordo com os dados obtidos na entrevista com a paciente sua Classificação Adaptativa baseada na EDAO, foi Ineficaz Leve.

No setor **Afetivo-Relacional**, a paciente apresentou alguns conflitos familiares, tristeza e hiper-sensibilidade. Com o tratamento, sente que melhorou, porém reage aos

problemas ignorando-os. Desta forma, sua resposta neste setor é considerada pouco adequada, pois não está satisfeita com as soluções e está em conflito.

No setor da **Produtividade** a paciente apresenta resposta adequada, pois soube aproveitar bem as relações e atividades na escola; os problemas relatados foram resolvidos com obtenção de satisfação e sem conflitos.

Classificação adaptativa de acordo com a EDAO

SETORES	SOLUÇÃO	SATISFAÇÃO	CONFLITO	RESPOSTAS	CLASSIFICAÇÃO
AR	+	-	+	Pouco Adequada	2
Pr	+	+	+	Adequada	2
SC	+	-	+	Pouco Adequada	
Or	+	+	+	Adequada	
Pontuação					4
					Adaptação Ineficaz Leve

Neste caso, a paciente referiu que seus sintomas depressivos começaram após ter assistido um programa de televisão onde judiavam dos animais. A afinidade que demonstra ter com os animais, está presente em seu relato sobre os eventos mais significativos de sua vida, quando diz ter encontrado, aos 9 anos, um gato que gostava só dela. Parece que os conflitos familiares existentes em função do problema do pai com o álcool, podem ter gerado na paciente, sentimentos de carência afetiva. Nos casos de alcoolismo do companheiro, é comum que se estabeleça relacionamentos co-dependentes, levando a mãe da adolescente a se dedicar mais aos cuidados com o marido e se distanciado dos cuidados com a adolescente. De acordo com a literatura, o alcoolismo de um dos genitores sempre acarreta impactos negativos no desenvolvimento da criança e do adolescente, gerando carências e inseguranças (KERNBERG; WEINER; BARDENSTEIN, 2003).

A identificação que aparentemente apresenta com os animais e o sofrimento com os animais “judiados”, apresentados no programa de televisão a que se referiu, podem ser interpretadas como identificação projetiva relacionada aos seus sentimentos de abandono e de falta de proteção, de acordo com seus relatos (KERNBERG; WEINER; BARDENSTEIN, 2003).

As características pessoais da adolescente como, auto-estima e o fato de achar-se bonita, como também a estabilidade familiar mantida apesar dos conflitos existentes, podem ter influenciado no desenvolvimento de mecanismos de proteção, frente a situações de risco.

Caso n.º 10

“Aceito bem o novo. Quando tenho dificuldades, converso com minha mãe, pai, irmãos e amigos. Eu danço na escola, faço caminhada e gosto de cantar na escola. Quando posso cumprir com as coisas, cumprio, mas quando não dá não insisto muito. Penso em casar e ter filhos. Sou bonita de corpo e rosto, saudável. Sou explosiva quando me fazem algo, eu vou atrás do porquê, tiro satisfação. Sou amiga, gosto das pessoas que gostam de mim também”

Diagnóstico: F20.0 - Esquizofrenia paranóide.

A paciente tem 17 anos e 11 meses e tem o ensino médio completo. Seu pai tem 39 anos, o 2º grau completo e trabalha como gráfico. Sua mãe tem 35 anos, 1º grau completo e trabalha em casa (“do lar”).

A paciente iniciou o tratamento no NAPS em 2003 e no mesmo ano passou para o CAPSi. Participa de psicoterapia de grupo e faz tratamento medicamentoso com antipsicótico. Foi encaminhada para tratamento por sua mãe, com a queixa de ter ficado depressiva com o término do namoro. Paciente disse que chorava muito. “Eu que terminei com ele, gostava dele, nós brigamos, mas voltamos novamente”. Disse que sua crise não durou nem 1 mês e que sua mãe buscou tratamento. Disse que está melhor que “leva a vida numa boa”.

Paciente mora com seus quatro irmãos, seu pai e sua mãe. Disse que quem sustenta a casa é seu pai e seus irmãos. Refere que o relacionamento em casa é bom, com muita conversa e poucas brigas, mas que já brigaram mais, porque sua mãe era estressada.

Paciente disse que no período de gestação a mãe tinha boa saúde física e mental. Nasceu de parto normal. Seu pai estava presente e acha que o relacionamento familiar era bom. No puerpério, disse que não sabe sobre a saúde de sua mãe, não sabe sobre o relacionamento familiar, nem se foi amamentada. Disse apenas que o relacionamento entre seus pais não era muito bom, mas não soube dizer porquê. A única coisa que se lembra ou sabe dos seus dois primeiros anos de vida é que brincava e que acha que foi um período feliz por causa dos irmãos.

Dos 2 aos 7 anos, disse que costumava brincar com seus irmãos. Não teve problemas de saúde e o relacionamento de seus pais era bom. Quem mais cuidava e a educava era sua mãe, não soube dizer que ações educativas ela usava. Acha que esse período foi feliz.

A paciente entrou na escola com 4 anos, sua mãe a levava. Disse que foi difícil no começo, pois chorava muito. Tinha facilidade em acompanhar as aulas e fez muitos amigos. Em relação a eventos positivos ligados à escola, disse que foram as amizades que fez e o fato

de ter aprendido. Refere que “o estudo é a melhor coisa que tem, consegui algo na vida”. Como aspecto negativo, cita o fato de ter que acordar cedo.

Em relação aos eventos significativos da sua vida desde os 7 anos até a data da entrevista, a paciente disse que achou negativo não ter conhecido seu pai direito, mesmo morando na mesma casa; não conversavam, ele não participou de sua vida. Outro ponto negativo foi ter agredido um menino, mas depois se arrependeu. Como positivo colocou as amizades que fez e o namoro, pois a aproximou do seu pai.

Disse aceitar bem o novo e que quando tem dificuldades pede ajuda à sua família. Tem atividades diversas como dançar, cantar e fazer caminhadas. Não é muito determinada. Quer casar e ter filhos. Disse que sua auto-estima é positiva, pois se acha saudável e bonita de corpo e rosto. Acha que é explosiva, amiga e gosta das pessoas que gostam dela também.

Fatores de risco e mecanismos de proteção identificados.

Como possíveis **fatores de risco** pode-se apontar o término de um namoro que, segundo a mãe e a paciente, gerou sua depressão. O distanciamento sentido pela paciente com relação ao pai também pode ser indicado como fator de risco. Como características pessoais favorecedoras da exposição da participante a fatores de risco afetivos e sociais, pode-se indicar seu temperamento explosivo, o descontrole emocional, a dificuldade em ajustar-se a perdas e mudanças (Exemplo: o término do namoro) e o desconhecimento ou desinteresse com relação à sua própria história de vida. Foi uma das participantes que menos soube informar aspectos importantes de sua história de vida e desenvolvimento.

Como **mecanismos de proteção**, aponta-se a estabilidade familiar; o reconhecimento da família como fonte de apoio; auto-estima positiva; capacidade de pedir ajuda quando necessário; participação em diferentes atividades; habilidades cognitivas e as metas de futuro.

De acordo com os dados obtidos na entrevista com a paciente, sua Classificação Adaptativa baseada na EDAO, foi: Ineficaz Leve.

No setor **Afetivo-Relacional**, a relação com seu pai e com o namorado, aparecem como problemas. Apesar de ter voltado com o namorado e ter se aproximado mais de seu pai, ainda lamenta o distanciamento afetivo com o pai, referindo não tê-lo conhecido direito. Sua resposta neste setor é considerada pouco adequada, pois não está satisfeita, embora também não apresente conflito.

No setor da **Produtividade**, sua resposta foi considerada adequada, pois teve bom aproveitamento dos recursos escolares, tem atividades diversificadas e gosta do que faz.

Classificação adaptativa de acordo com a EDAO

SETORES	SOLUÇÃO	SATISFAÇÃO	CONFLITO	RESPOSTAS	CLASSIFICAÇÃO
AR	+	-	+	Pouco Adequada	2
Pr	+	+	+	Adequada	2
SC	+	-	+	Pouquíssimo Adequada	
Or	+	+	+	Adequada	
Pontuação					4
					Adaptação Ineficaz Leve

Neste caso, pode-se identificar em diversos relatos da adolescente, a ausência de informações sobre sua infância, o que pode demonstrar uma possível fragilidade na relação com a mãe, já que normalmente é a mãe que mais conta aos filhos sobre a infância deles e também pelo fato da paciente, em seus relatos, dizer que a mãe “é estressada”. Outro aspecto identificado neste caso, é que o pai da paciente quase não aparece em seus relatos em relação a sua infância, que é confirmado quando a paciente diz que gostaria de ter conhecido melhor seu pai e que isso não ocorreu mesmo ele morando na mesma casa que ela. Parece que essa relação com o pai influenciou os relacionamentos afetivos da paciente, pois segundo a paciente foi o término do namoro que levou-a a buscar tratamento para seus sintomas depressivos no CAPSi, demonstrando sua dificuldade em superar as perdas afetivas. Segundo Simon (1989) as crises vividas pelo indivíduo, podem acontecer diante de uma nova situação, seja ela em função de alguma perda ou diante de alguma aquisição, no caso de perdas, os sentimentos comuns são de depressão e culpa. No caso desta adolescente, a situação de crise vivida, foi decorrente da perda sofrida com o término do namoro.

A estabilidade familiar, presente nos relatos da entrevistada, assim como o aproveitamento dos recursos escolares, considerados por Garnezy (1987) e Rutter (1989) como mecanismos de proteção, parecem ter influenciado na boa resposta ao tratamento obtido pela paciente. Pode-se pensar também que o motivo que aparentemente desencadeou os sintomas depressivos, o término do namoro, foi resolvido, pois segundo a paciente, na data da entrevista, ela já havia se reconciliado com o namorado.

Caso n.º 11

“Quando não estou em casa sou bem humorada e divertida. Sou otimista e flexível; me interesse por atividades variadas, gosto de mudanças”. Reconheço meus sentimentos e os

comunico”. “Estabeleço metas, mas normalmente não cumpro”. “Enfrento as dificuldades, mas choro”... “Converso com meu namorado, minha melhor amiga e saio”. “Sou bonita, eu me gosto, mas me acho complicada”.

Diagnóstico: F32.1 - Episódio depressivo moderado.

A paciente tem 17 anos e 4 meses e está cursando o ensino médio. Seu pai tem 56 anos e a adolescente não soube informar sobre sua escolaridade. Relatou que ele trabalha com serviços gerais na prefeitura. Sua mãe tem 50 anos, estudou até a 4ª série do ensino fundamental e trabalha em casa (“do lar”).

A paciente iniciou seu tratamento medicamentoso há 6 meses com um neurologista do convênio de seu pai e há 2 meses está em tratamento no CAPSi; não relata quem a levou para este tratamento. Apresentou queixas de crises convulsivas que aconteceram três vezes; a primeira quando ela estava dormindo, a segunda quando estava na rua e a terceira quando estava na casa de sua irmã. Essas crises aconteceram antes da paciente iniciar o tratamento há 6 meses. Relata que só teve uma crise depois que começou o tratamento e que para ter crise tem que estar muito nervosa. No CAPSi, participa de psicoterapia de grupo e continua seu tratamento medicamentoso com anticonvulsivante. A paciente disse que melhorou depois que começou a tomar a medicação, mas que é nervosa *“o problema é minha família; meu pai é alcoólatra e só ele trabalha”*. Refere que o pai desconta tudo nela e que quando o vê fica pior. Conta que a mãe briga com ela, mas que ela não dá mais atenção, disse que já brigou muito com sua mãe, mas que agora vai para o quarto e chora.

Paciente mora com os pais, o irmão e um sobrinho de 8 anos, filho de uma irmã que mora na fazenda. Tem mais uma irmã de 32 anos por parte do pai. O pai e o irmão sustentam a casa, o irmão faz “bicos”.

Em relação a doenças graves na família a paciente disse que seu pai é alcoólatra e que já caiu de um prédio, onde trabalhava e teve que colocar platina no corpo. Disse que seu pai bebe desde criança e que voltou a beber há 10 anos.

Sobre o relacionamento familiar, a adolescente disse que sua mãe briga muito com ela, que tudo que a mãe faz ela tem que fazer também e que a mãe é implicante. Com seu pai, tem desentendimentos praticamente todos os dias por causa da bebida. Disse que os pais são autoritários e que a agrediam, mas também dialogavam. Sua mãe dorme no seu quarto, pois seu pai a agride.

A paciente refere que nasceu prematura com 7 meses, porque sua mãe tinha pressão alta. Nasceu de parto cesariana e as condições de saúde mental de sua mãe eram boas. Seu pai

estava presente neste período de gestação e parto e a relação familiar era menos conflituosa, pois seu pai não estava bebendo. Disse que, após seu nascimento, sua mãe continuou com pressão alta e que não foi amamentada porque sua mãe não gostava de amamentar. A paciente acha que o relacionamento familiar nesta fase foi bom; seus pais estavam construindo a casa em que moram hoje.

Nos dois primeiros anos de vida, não refere quaisquer doenças ou acidentes graves. Não soube informar com que idade andou e falou (nunca perguntou) e que costumava brincar com os vizinhos. Quem mais cuidou dela nesta fase foi sua irmã, que hoje tem 27 anos. Acha que não foi muito feliz nesta fase, pois quase não via seu pai e não tinha relacionamento com ele. Disse que quando ia gente em sua casa era bom, pois não aconteciam as brigas.

No período dos 2 aos 7 anos, a paciente contou que brincava com vizinhos, de carrinho e boneca. O relacionamento dos seus pais era normal, mas sempre com brigas. Disse que sempre caía e quebrava o braço. Sua mãe trabalhava e a paciente ia à creche, onde já ia desde nenê: sua mãe a levava e seu irmão a buscava. Era educada por sua mãe; disse que mãe às vezes lia para ela. Acha que foi pouco feliz neste período por causa de seu pai.

A entrevistada entrou na escola com 7 anos, sua mãe a levava e sua irmã a buscava. Teve boa adaptação, acompanhava as aulas e fazia amigos com facilidade. Disse que as amizades, os relacionamentos e os professores foram pontos positivos ligados à escola, mas que agora mudou tudo na escola. Acha que o professor quer mandar no aluno e o contrário também acontece e vê isso como negativo.

Em relação aos eventos mais significativos na sua vida desde os 7 anos até a data da entrevista, a paciente disse que foi positivo ter ganhado um teclado por ter sido boa aluna e como negativo, o pai desconfiar que ela não estava indo à escola e ir atrás dela bêbado.

A participante disse que quando não está em casa é bem humorada e divertida; é otimista e flexível. Gosta de mudanças, de coisas novas e faz atividades variadas. Reconhece seus sentimentos e consegue comunicá-los bem. Quando estabelece metas não consegue cumpri-las, tem dificuldade em enfrentar as coisas, chora e conversa com seu namorado e sua melhor amiga. Acha que é bonita e disse que se gosta, mas que é complicada.

Fatores de risco e mecanismos de proteção identificados.

Como possíveis **fatores de risco** familiares pode-se apontar o alcoolismo do pai, os conflitos familiares e as agressões físicas decorrentes do alcoolismo de seu pai. Os desentendimentos com sua mãe, a maneira autoritária de seus pais a educarem (“meus pais são autoritários”), também podem indicar fator de risco. Quanto ao relato de que sua mãe não

gostava de amamentá-la, pode-se também indicar um possível fator de risco, denotando a presença de dificuldades na relação mãe-filha ou até mesmo conflitos maternos ligados a sentimentos de rejeição. Como fatores de risco pessoais, pode-se apontar a dificuldade da paciente em enfrentar os problemas de forma adequada (“vou para o quarto e choro”), o nervosismo e mau humor quando está com a família, demonstrando que atribui à família a causa de seus problemas (“o problema é minha família”), além da dificuldade em cumprir com as metas que estabelece.

Como possíveis **mecanismos de proteção**, pode-se apontar seu desempenho escolar, suas habilidades cognitivas e sociais (facilidade em adaptar-se a escola e fazer amigos). Como auto-descrição, a paciente disse ser bem humorada e divertida quando não está em casa; tem otimismo; mente aberta e receptiva para mudanças; participação em atividades variadas; reconhecimento de seus sentimentos e capacidade para comunicá-los ao namorado e amigos. A adolescente refere ter auto-estima positiva, o que indica importante mecanismo de proteção, demonstrado em sua fala “sou bonita, eu me gosto”.

Classificação Adaptativa de acordo com a EDAO

No setor **Afetivo-Relacional**, a paciente apresenta dificuldade de relacionamento familiar com os pais, o que a deixa frustrada, nervosa e pouco feliz. Sua resposta a este setor é considerada pouquíssimo adequada, pois não está satisfeita com a relação familiar e isso a deixa em conflito.

No setor da **Produtividade**, a paciente teve resposta adequada, pois soube aproveitar de forma positiva os recursos escolares, ampliando suas habilidades cognitivas e afetivas.

Classificação Adaptativa de acordo com a EDAO

SETORES	SOLUÇÃO	SATISFAÇÃO	CONFLITO	RESPOSTAS	CLASSIFICAÇÃO
AR	+	-	-	Pouquíssimo Adequada	1
Pr	+	+	+	Adequada	2
SC	+	+	+	Adequada	
Or	+	+	+	Adequada	
Pontuação					3
					Adaptação Ineficaz Moderada

Neste caso, pode identificar nos relatos da paciente, a presença de conflitos familiares e de possíveis problemas no vínculo entre a paciente e seus pais. Aparentemente, o alcoolismo do pai desestabilizou a família. A mãe parece ter assumido o papel de co-dependente colocando-se como vítima diante da paciente e impedindo o estabelecimento de uma relação mais saudável com a filha. Pode-se identificar neste caso a interação entre vários fatores de risco no desenvolvimento desta adolescente. Segundo Rutter (1999), a interação entre vários fatores de risco, pode aumentar a vulnerabilidade do indivíduo a tais situações. Além dos conflitos familiares e do alcoolismo do pai, estão também associados, o nascimento prematuro da paciente e suas crises convulsivas e também, a aparente rejeição da mãe em relação à paciente, demonstrado em seu relato quando diz que sua mãe não a amamentou porque “não gostava de amamentar”.

Os cuidados substitutivos maternos que a adolescente recebeu de sua irmã mais velha nos primeiros anos de vida, podem ter sido importantes para o desenvolvimento de mecanismos de proteção. As características pessoais da paciente como o bom humor, o otimismo e a flexibilidade somados às relações sociais positivas que conseguiu estabelecer (namorado e amigos), tiveram papel fundamental para o desenvolvimento de mecanismos de proteção frente aos riscos (TROMBETA; GUZZO, 2002).

Caso n.º 12

“Sempre bem humorada, otimista, flexível e receptiva. Reconheço meus sentimentos e os comunico. Estabeleço metas, se a dificuldade for difícil, eu choro muito, mas luto até o fim, eu não largo nada pela metade. Tenho muito interesse por dança, música, corpo, balé, não gosto muito de bola. Acho que sou linda, depende do dia, me acho gorda, mas me sinto bem,. Eu sou bonita, sou bem disposta, sempre ajudo as pessoas, sou amiga.”

Diagnóstico: F32.0 - Episódio depressivo leve.

A paciente tem 16 anos e 8 meses e está no 2º ano do ensino médio. Seu pai em 41 anos, o ensino médio completo e trabalha como eletricitista. Sua mãe tem 39 anos, ensino médio completo e trabalha em salão de beleza.

A participante iniciou seu tratamento no NAPS quando tinha apenas 3 anos. Disse que nasceu com baixa imunidade e que por isso tinha muitas crises convulsivas, ficava sempre internada. Fez tratamento durante 2 anos com anticonvulsivantes. Disse que com 1 ano de idade teve sua 1ª crise nervosa, porque sua avó não a deixava brincar.

Retomou seu tratamento há 2 dias no CAPSi, encaminhada por seu ginecologista que achou que ela deveria procurar um psiquiatra. Apresentou a queixa de que quer ganhar medalhas, que é muito perfeccionista e que se cobra muito.

A participante refere que esse ano teve seu primeiro namorado e que ficou muito doente e não conseguia ir à escola. Disse que o namorado terminou com ela e que ficou muito deprimida, só chorava: *“este ano foi muito difícil, estava descontrolada emocionalmente”*.

A paciente disse que acha que melhorou, mas que ainda não tem vontade de ir à escola, que não quer sair de casa: *“eu fiquei presa à minha mãe, eu me apeguei a ela”*. Disse que só tem vontade de dormir e que depois que o namorado terminou com ela, arrumou outro, duas semanas depois.

A paciente mora com a mãe e o padrasto e é filha única. A mãe e o padrasto sustentam a casa. Refere que o relacionamento familiar é bom, que nunca brigou com sua mãe e se relaciona bem com seu padrasto. Não encontra muito seu pai, mas o relacionamento é bom.

Relata que sua mãe tinha boa saúde física e mental no período de sua gestação e parto, mas que teve muitas contrações durante a gestação e que por isso ela nasceu 15 dias antes do previsto. A paciente nasceu de parto normal e seu pai estava presente, pois ainda estava casado com sua mãe. Os pais se separaram quando a adolescente tinha 12 anos. O relacionamento entre eles era bom, mas se separaram porque seu pai não gostava de trabalhar. Após seu nascimento disse que sua mãe teve muita cólica, mas não soube informar se foi amamentada. Seus pais ainda estavam juntos e o relacionamento provavelmente era bom.

A paciente disse que com 1 ano de idade teve a primeira convulsão e que isso *“deu uma trava no seu desenvolvimento”*. Andou e falou com 9 meses. Era cuidada por seus pais, avós e tias. Acha que foi feliz, porque *“criança é feliz, não sabe o que acontece”*.

Quanto ao período dos 2 aos 7 anos de idade, disse que brincava com seu avô, tios, vizinhos e com os amigos do parquinho. Começou a fazer ginástica olímpica. O relacionamento familiar era bom.

Começou o tratamento neurológico neste período quando tinha 3 anos e depois não teve mais crises. Tinha astigmatismo, hipermetropia e estrabismo; contou que sempre usou óculos com tampão e que usa óculos até hoje. Disse que durante a ginástica bateu com a cabeça e machucou a testa *“o sangue foi para os óculos”*. Relatou que era cuidada e educada por sua mãe e que ela a ajudava a fazer as tarefas e que por isso aprendeu a ler e escrever quando tinha 4 anos. Acha que esse período foi feliz porque tinha viagens, festas e entrou para a equipe principal da ginástica.

A participante entrou na escola com dois anos e meio e era levada por sua mãe. Disse que teve uma ótima adaptação e que acompanhava as aulas e fazia amigos com muita facilidade. Como aspectos positivos da escola, disse que gostava do entretenimento, do conhecimento e das amizades, mas que não gostava da bagunça que os colegas faziam, da falta de disciplina e ordem e da falta de respeito com os professores.

Como eventos mais significativos de sua vida desde os 7 anos até a data da entrevista, a paciente disse que o *“reconhecimento na ginástica é a melhor coisa”*; além do reconhecimento por suas capacidades psicológicas e a separação dos seus pais, pois sua mãe cresceu muito após a separação. Disse que não vê situações negativas neste período de vida.

Paciente acha que é bem humorada; otimista; flexível e receptiva a mudanças. Acha que reconhece seus sentimentos e consegue cumprir com as metas que estabelece. Quando tem dificuldades, chora muito, mas luta até o fim, não deixa nada pela metade. Interessa-se por música, dança, balé e não gosta muito de bola. Dependendo do dia, acha que é linda; às vezes se acha gorda, mas que se sente bem: *“Eu sou bonita”*. Disse que é bem disposta; amiga e sempre ajuda as pessoas.

Fatores de risco e mecanismos de proteção identificados.

Na história de vida da paciente pode-se apontar **indicadores de risco** como suas crises convulsivas iniciadas precocemente, que segundo a paciente, atrapalharam seu desenvolvimento (*“deu uma travada no desenvolvimento”*). Apesar de Rutter (1999), apontar a separação dos pais como indicador de risco familiar, no caso desta paciente, parece que isso não ocorreu, pois ela identificou a separação dos pais como aspecto positivo, dizendo que sua mãe cresceu muito. No entanto, os conflitos familiares que levaram os pais à separação, podem ser identificados como fatores de risco. Como possíveis fatores de risco pessoais, pode-se identificar o término do namoro que a deixou deprimida e o descontrole emocional relatado, além do alto nível de exigência consigo mesma, o perfeccionismo e o apego exagerado à mãe (*“fiquei presa à minha mãe”*).

Como possíveis **mecanismos de proteção**, pode-se apontar a estabilidade familiar atual, os cuidados de sua família com seu problema de saúde e o interesse de sua mãe em relação às suas atividades escolares. Indica-se também a participação da adolescente em diferentes atividades e o reconhecimento de seus talentos. Como características pessoais pode-se apontar o bom humor; o otimismo; a determinação e a capacidade para estabelecer metas e cumpri-las, além do desenvolvimento de suas habilidades cognitivas e sociais, bom aproveitamento escolar e auto-estima.

De acordo com os dados obtidos na entrevista com a paciente, sua adaptação foi Classificada com base na EDAO, em Ineficaz Leve.

No setor **Afetivo-Relacional**, a paciente manifesta algumas dificuldades para enfrentar problemas relacionados à área afetiva, como o término do namoro, o apego exagerado à sua mãe e o descontrole emocional. Neste setor a paciente teve resposta considerada pouco adequada, pois apesar de ter melhorado, ainda está em conflito em relação à falta de vontade de sair de casa e estar dependente de sua mãe.

No setor da **Produtividade**, apesar da paciente estar com problemas em relação à motivação para ir à escola, em sua história de vida, sempre teve resposta adequada à escola e a outras atividades que se propôs a fazer, como a ginástica olímpica.

Classificação Adaptativa de acordo com a EDAO

SETORES	SOLUÇÃO	SATISFAÇÃO	CONFLITO	RESPOSTAS	CLASSIFICAÇÃO
AR	+	-	-	Pouco Adequada	2
Pr	+	-	-	Adequada	2
SC	+	+	+	Adequada	
Or	+	+	+	Adequada	
Pontuação					4
					Adaptação Ineficaz leve

Neste caso, a adolescente parece apresentar possíveis fatores de risco desde a infância, relacionados à baixa imunidade e às crises convulsivas relatadas por ela. Segundo a adolescente, seus problemas de saúde começaram com a idade de 3 anos, levando-a a buscar tratamento com um neurologista no NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial). Crianças que sofrem com problemas de saúde desde muito cedo podem se tornar mais vulneráveis às situações de risco (SAPIENZA; PEDROMÔNICO, 2005). Seus problemas de saúde favoreceram, aparentemente, o desenvolvimento de uma relação de dependência com sua mãe. Esta relação dependente pode estar relacionada ao desenvolvimento de perfeccionismo e intolerância à frustração e levado a dificuldades para o estabelecimento de relações afetivas mais maduras, tal como o relatado pela adolescente com relação ao término de seu namoro. Pode se indicar que a preocupação da mãe com sua saúde, a busca precoce por tratamento e o interesse de sua mãe por suas atividades escolares, influenciaram no desenvolvimento de possíveis mecanismos de proteção. Seu otimismo, bom humor e determinação, também

podem ser indicativos de possíveis mecanismos de proteção frente às situações de risco (TROMBETA; GUZZO, 2002).

Caso n.º 13

“Gosto muito de estudar, sou atenciosa, gentil, meiga, flexível. Sou muito brava, respondona, não gosto muito do serviço de casa. Fico quieta diante de eventos novos”

Diagnóstico: F32.0 - Episódio depressivo leve.

A paciente tem 16 anos e o ensino médio incompleto. Se pai tem 37 anos, ensino médio incompleto e trabalha como frentista. Sua mãe tem 34 anos, ensino médio completo e trabalha em casa (“do lar”).

A paciente iniciou o tratamento há 2 semanas no CAPSi, tendo sido encaminhada por sua nutricionista que achou que ela estava muito triste; então sua mãe a trouxe ao CAPSi, para tratamento psicológico. Foi trazida para tratamento por ficar muito deprimida, isolada (“na sua”); não consegue sair de casa e fazer amigos; sempre tem que sair acompanhada de alguém e chora bastante. No CAPSi, participa de psicoterapia de grupo. Relatou que melhorou bastante e já não chora como antes. Acha que essa melhora aconteceu por estar conversando mais com as pessoas, ouvindo seus problemas e porque está saindo mais.

A adolescente mora com os pais e não tem irmãos. Quem sustenta a casa é seu pai. Disse que o relacionamento familiar é bom, que existe diálogo e quem a educa é sua mãe, pois está mais tempo com ela.

Relata que sua mãe tinha o “útero virado” e que por isso teve que fazer repouso na gravidez toda para não sofrer um aborto, pois teve um aborto espontâneo antes de sua gestação e teve outro aborto depois de seu nascimento. Disse também que sua mãe tinha boa saúde mental, mas que sua avó brigou muito com ela durante a gravidez porque casou grávida e porque tinha que fazer repouso e não podia ajudá-la nas tarefas domésticas. Paciente nasceu de parto cesariana e seu pai estava presente. O relacionamento familiar nesta fase era um pouco conturbado, a avó paterna não concordava com o casamento e achava que sua mãe tinha “dado o golpe”, além do problema de sua avó materna que também não queria o casamento de sua mãe. Após seu nascimento a mãe teve complicações no parto, mas a adolescente não soube dizer quais. A mãe teve que ficar internada durante um ano e ficou muito triste por não poder ficar com a filha. A participante disse que foi amamentada e que o relacionamento de seus pais era bom. Nos dois primeiros anos de vida, teve um problema respiratório (“carne esponjosa” no nariz); ficava “preta” ao dormir, mas acha que não era

grave. Não soube informar com que idade andou e falou e relata que quem cuidou dela no primeiro ano foi sua avó, devido à internação de sua mãe, mas que depois foi a mãe quem mais cuidou dela. Disse que costumava brincar e que acha que foi feliz nesta fase. No período dos 2 aos 7 anos, costumava brincar com vizinhos, parentes e sozinha também. Sua saúde era boa, mas tinha alergias. O relacionamento dos seus pais era bom, quem mais cuidava e a educava era sua mãe, através de conversas e diálogos. Acha que foi feliz nesta fase.

A adolescente acha que entrou na escola com mais ou menos 5 anos e que teve uma ótima adaptação. Acompanhava as aulas com facilidade, mas tinha certa dificuldade para fazer amizades. Gostava muito das aulas de computação e das professoras atenciosas e acha que não teve nada de negativo ligado à escola.

Como eventos mais significativos da sua vida no período de 7 anos até a data da entrevista, a paciente disse que foi a atenção de sua mãe, que a mãe cuida muito dela e faz tudo por ela. Como evento negativo a paciente cita que acha o pai muito quieto e que não gosta de sair de casa. Relata que gosta muito de estudar, que é atenciosa, gentil, meiga e flexível, mas que é muito brava, respondona, não gosta muito do serviço de casa e costuma ficar quieta/meio isolada diante de situações novas.

Fatores de risco e mecanismos de proteção identificados.

Na história de vida da paciente pode-se apontar possíveis **fatores de risco** familiares, como os problemas de saúde, familiares e emocionais de sua mãe no período da gestação; a internação de sua mãe durante um ano após seu nascimento, caracterizando privação materna. Como riscos pessoais, pode-se indicar sua irritabilidade (“sou muito brava e respondona”); a dificuldade em fazer amigos, a depressão e o fato de não conseguir sair de casa, demonstrando dificuldades sociais. A dificuldade em lidar com situações novas também pode indicar fator de risco.

Como possíveis **mecanismos de proteção**, pode-se indicar o bom relacionamento entre seus pais; os cuidados de sua mãe; o bom aproveitamento escolar, além do gosto pelos estudos, indicando habilidades cognitivas. O bom vínculo estabelecido com os professores, quando considerou a atenção das professoras como fator positivo. Como auto descrição, aponta características positivas, dizendo que se acha atenciosa, meiga, gentil e flexível.

De acordo com os dados obtidos na entrevista com a paciente, sua Classificação Adaptativa baseada na EDAO foi Ineficaz Leve.

No setor **Afetivo-Relacional**, a paciente apresenta dificuldade em relacionar-se com as pessoas, disse que é muito “na sua”, não tem facilidade para fazer amigos e tem dificuldade

para lidar com seus sentimentos, costuma ficar depressiva. A paciente apresentou resposta classificada como pouco adequada neste setor, pois apesar de estar insatisfeita, não está em conflito.

No setor da **Produtividade**, a resposta da paciente foi adequada, pois teve bom aproveitamento dos recursos escolares, além de não ter apontado nada de negativo relacionado à escola ou a seu desempenho.

Classificação Adaptativa de acordo com a EDAO

SETORES	SOLUÇÃO	SATISFAÇÃO	CONFLITO	RESPOSTAS	CLASSIFICAÇÃO
AR	+	-	+	Pouco Adequada	2
Pr	+	+	+	Adequada	2
SC	+	+	+	Adequada	
Or	+	+	+	Adequada	
Pontuação					4
					Adaptação Ineficaz Leve

Parece que, neste caso, a paciente sofreu possíveis situações de risco no período de sua gestação. Segundo sua mãe, a gestação da paciente teve complicações, pois tinha risco de aborto e teve que ficar de repouso todo o período gestacional. A história de aborto anterior à gestação da paciente, pode ter gerado insegurança e ansiedade materna, agravados pelas brigas familiares (com a avó da paciente). Após o nascimento da adolescente, sua mãe teve complicações no parto, precisando ficar internada durante 1 ano. Segundo Rutter (1987), a instabilidade emocional dos pais e o afastamento da criança de seus cuidadores nos primeiros anos de vida, podem representar riscos ao desenvolvimento da criança. O fato da mãe da adolescente tê-la amamentado, mesmo estando hospitalizada, pode demonstrar sua preocupação e os cuidados dos genitores em atender as necessidades da criança neste período, aspectos favorecedores do desenvolvimento de mecanismos de proteção. Estes cuidados, segundo a adolescente, estão presentes até o momento, indicando as relações afetivas positivas entre os pais e a adolescente, pois esta os considera pontos positivos em seu desenvolvimento.

Caso n.º 14

“Sou amiga fiel, mais flexível e calma com amigos do que em casa. Reconheço meus sentimentos, mas não falo pra ninguém. Rígida com os irmãos, nervosa, sinto raiva e medo e na maioria das vezes, guardo pra mim.”

Diagnóstico: F40.1 - Fobias sociais.

A participante tem 16 anos e o ensino médio incompleto. Seu pai tem 66 anos e segundo a paciente, nunca foi à escola, trabalhando como lavrador. Sua mãe tem 46 anos, ensino médio incompleto e trabalha em casa (“do lar”). Paciente iniciou o tratamento no CAPSi há 1 ano. Foi encaminhada pelo núcleo de saúde, com a queixa de muita ansiedade, mal estar, pânico de ficar com muitas pessoas e de sair de casa, além de tristeza intensa. No CAPSi, participa de psicoterapia de grupo, oficinas, psicoterapia individual e faz tratamento medicamentoso com antidepressivo. Paciente acha que melhorou um pouco por causa da medicação, mas piora quando está no meio de muita gente; ainda sente-se muito ansiosa.

Relata que mora com os pais e dois irmãos mais novos e quem sustenta a casa é seu pai. O relacionamento familiar é bom; às vezes briga com seus irmãos por não gostar que mexam nas suas coisas. Seus pais não conversam muito, mas costumam dar conselhos e não castigos. No período da gestação e parto, sua mãe teve anemia, mas se curou com tratamento. Nasceu de parto cesariana e disse que seu pai não estava presente porque trabalhava muito. Refere a inexistência de conflitos familiares neste período. A paciente disse que sua mãe tinha boa saúde física e mental no puerpério, mas que não foi amamentada (não revelou ou não sabe os motivos). Nesta fase de sua vida, começaram a ocorrer alguns conflitos conjugais, pois seu pai trabalhava muito e não podia ficar em casa para ajudar. A paciente disse que durante seu primeiro ano de vida teve anemia, ficava muito no hospital e ia pouco para casa. Começou a andar e falar no período entre 1 ano e 1 ano e 6 meses; costumava brincar e quem esteve mais presente neste período, foi sua mãe. Acha que sua infância nesta fase foi muito feliz. Dos 2 aos 7 anos brincava com colegas da escola e vizinhos da fazenda. Sua mãe era quem cuidava mais dela, porém era o pai quem a educava. Também considera que foi muito feliz nesta fase.

A paciente disse que foi para a escola com 7 anos e que teve dificuldade em adaptar-se, pois ficava muito quieta, não conversava com as outras crianças e às vezes chorava. Considera esta fase muito difícil para ela. Tinha dificuldades em acompanhar as aulas, atribuindo suas dificuldades ao relacionamento difícil com colegas e professores. Gostava da escola quando tinha festinhas, gostava de algumas professoras e de alguns amigos que conseguiu fazer e também quando passava de ano. Não gostava quando as crianças queriam

pegar suas coisas e chorava quando as crianças faziam brincadeiras e zoavam com ela por ser muito quieta.

Sobre o período das 7 anos até a data da entrevista, a paciente disse que gostou de ter mudado de casa, pois passaram a ter água e luz; de ter feito amigos e da confiança nos professores. Relatou que não gostava quando os amigos zombavam dela e ela chorava e não podia falar para a sua mãe, pois ela é muito fechada. A paciente acha que é uma amiga fiel, que é mais flexível e calma com os amigos do que em casa; reconhece seus sentimentos, mas os guarda para si mesma. Disse que é rígida com os irmãos, nervosa, sente raiva e medo, mas na maioria das vezes não diz a ninguém.

Fatores de risco e mecanismos de proteção identificados.

Como **indicadores de risco** pode-se apontar o problema de saúde da paciente durante seu primeiro ano de vida (anemia) levando-a a freqüentes hospitalizações e a privações dos cuidados maternos. Outro possível fator de risco familiar relaciona-se aos desentendimentos entre seus pais devido à ausência do pai. As condições precárias que a paciente viveu, sem ter em casa água e luz, podem representar fator de risco ambiental. Como possíveis fatores de risco pessoais pode-se apontar sua dificuldade em fazer amizades; as “gozações” dos colegas que a deixavam muito triste e a forma como as enfrentava (chorava e guardava para si), demonstrando sua pouca habilidade social e dificuldade em adaptar-se a situações novas.

Como possíveis **mecanismos de proteção**, pode-se apontar a estabilidade familiar, os amigos que conseguiu fazer, o gosto e aproveitamento de algumas das atividades escolares, como festinhas, além da relação de confiança com alguns professores. Como características pessoais protetivas apontadas pela paciente, estão a flexibilidade e a capacidade de reconhecer seus sentimentos, mesmo que não os compartilhe com ninguém.

De acordo com os dados obtidos na entrevista feita com a adolescente, sua Classificação Adaptativa, baseada na EDAO foi Ineficaz moderada.

No setor **Afetivo-Relacional**, a paciente apresenta dificuldades em manifestar seus sentimentos de forma adequada e em se relacionar socialmente. Apresenta alguns conflitos com a mãe, quando diz que não compartilha seus problemas com ela, pois acha que ela é muito fechada. Enfrenta seus problemas de forma inadequada, chorando e guardando para si. Sua resposta neste setor é considerada pouco adequada, pois ainda sente falta de mais conversa e troca de afeto com os pais, embora não esteja em conflito.

No setor da **Produtividade**, a resposta da paciente também foi pouco adequada, pois não está satisfeita com o relacionamento com os colegas e professores; acha que os professores não têm muita paciência para ensinar, mas não apresenta conflito.

Classificação Adaptativa de acordo com a EDAO

SETORES	SOLUÇÃO	SATISFAÇÃO	CONFLITO	RESPOSTAS	CLASSIFICAÇÃO
AR	+	-	+	Pouco Adequada	2
Pr	+	-	+	Pouco Adequada	1
SC	+	-	+	Adequada	
Or	+	+	+	Adequada	
Pontuação					3
					Adaptação Ineficaz Moderada

Neste caso, pode-se dizer que a doença da mãe (anemia) durante a gestação e o fato da adolescente ter nascido com a mesma doença, possivelmente a tornaram mais vulnerável a certos riscos. As hospitalizações da adolescente durante o primeiro ano de vida, decorrentes da anemia, podem ter prejudicado o estabelecimento de vínculo mais seguro com a mãe, como também os conflitos existentes entre seus pais, neste período, em função do pouco tempo que o pai dedicava à família. Esses fatores podem ter contribuído para o desenvolvimento dos sintomas que a adolescente apresenta atualmente, como a ansiedade exagerada, o pânico e o medo de sair sozinha (WINNICOTT, 2001).

Pode-se indicar também que as dificuldades financeiras, possivelmente representaram fator de risco, pois segundo a paciente, um evento positivo apontado por ela como importante, foi ter se mudado para uma casa que tinha água e luz, enquanto que a casa em que morou anteriormente, não tinha. Segundo Sapienza e Pedromônico (2005), fazer parte de uma minoria social, assim como a condição de pobreza, podem ser considerados fatores de risco, pois dificultam o acesso à saúde e à educação. No caso desta paciente, a dificuldade em acompanhar as aulas e se adaptar à escola, estiveram presentes. As atividades sociais relacionadas à escola e a relação com amigos e professores, parecem ter influenciado de forma significativa no desenvolvimento de mecanismos de proteção frente aos fatores de risco. Suas características pessoais, auto atribuídas, também podem ter colaborado para amenizar os riscos, como, a flexibilidade e a capacidade de reconhecer seus sentimentos (TROMBETA; GUZZO, 2002).

Caso n.º 15

“Acho que sou amiga, sempre vou atrás do que quero, mesmo em situações novas e mesmo tendo medo, as enfrento. Não faço muitos amigos como antes, sou tímida e tenho medo de perder meus pais”.

Diagnóstico : F32.0 - Episódio depressivo leve.

A paciente tem 17 anos e o ensino médio incompleto. Seu pai tem 69 anos, o ensino médio incompleto e é aposentado. Sua mãe tem 59 anos, ensino médio incompleto e trabalha em casa (“do lar”).

A participante já fez tratamento no CAPSi há 4 anos, com uso de medicamento, mas não se lembra qual. Depois de um tempo quis ter alta, pois já se sentia bem. Retomou seu tratamento no CAPSi, após voltarem os sintomas. Foi encaminhada pelo clínico geral, com a queixa de dores nas costas, muita vontade de chorar, até que o médico pediu que a levassem a um psicólogo. Não dormia direito, tinha muito medo de ficar sozinha em casa e muito medo de perder os pais. Participa de psicoterapia de grupo e acha que está melhor; sente que o trabalho de grupo está ajudando bastante.

A paciente mora com uma irmã e os pais, tem mais quatro irmãs que estão casadas e é a caçula. Quem sustenta a casa é o pai com sua aposentadoria e a irmã. O relacionamento familiar é bom e tem diálogo. Disse que quando nasceu a mãe estava com 42 anos, mas que tinha boa saúde física e mental. Nasceu de parto cesariana e seu pai estava presente. O relacionamento familiar era bom, segundo o que considera a entrevistada. Foi amamentada após seu nascimento, disse que as condições de saúde de sua mãe nesta fase eram boas e não soube dizer como foi o relacionamento dos pais nesta fase. Começou a andar e falar entre 1 ano e 7 meses e 2 anos. Disse que quem mais cuidava dela nesta fase era sua mãe e suas irmãs; costumava brincar e acha que sua infância foi muito feliz.

Relata que dos 2 aos 7 anos brincava com amigos e vizinhos. O relacionamento de seus pais era bom. Disse que sua mãe era quem mais cuidava dela, mas era educada por seu pai e sua mãe através de diálogo e conversas. Acha que esse período de sua vida foi feliz, assim como o anterior.

Relata que entrou na escola com 3 anos e disse que teve boa adaptação. Tinha dificuldade de aprender a ler na 1ª série, mas fazia amigos com facilidade.

Como situações significativas na sua vida dos 7 anos até a data da entrevista, disse que foi a melhora de sua mãe, que sofreu um derrame há 2 anos, e que a ajuda dos amigos neste

período foi muito importante. Paciente diz que é amiga e determinada, pois vai atrás do que quer, mesmo em situações novas onde esteja com medo de enfrentar.

Disse que não faz muitos amigos como antes, que é tímida e sente muito medo de perder os pais.

Fatores de risco e mecanismos de proteção identificados.

Na história familiar da paciente, identifica-se como **fator de risco**, as dificuldades que a levaram a buscar tratamento há 4 anos, na área da saúde mental, embora as mesmas não tenham sido explicitadas. O derrame sofrido pela mãe há 2 anos parece ter se caracterizado como fator de risco, tendo em vista os temores desenvolvidos pela paciente de perder os pais. Os riscos relacionados às características pessoais da paciente são identificados por seu medo de perder seus pais, relatado por ela diversas vezes; sua timidez e suas dificuldade em fazer amigos. A paciente disse que sempre tem vontade de chorar, demonstrando humor deprimido; problemas de insônia e medo excessivo em ficar sozinha. Apresentou também, em sua história de desenvolvimento, algum tipo de dificuldade escolar, manifestada na dificuldade em aprender a ler na 1ª série.

Como possíveis **mecanismos de proteção**, pode-se indicar a estabilidade familiar e o diálogo, como forma de educação de seus pais. Como características pessoais, pode-se indicar como mecanismos de proteção, sua determinação para enfrentar situações novas; sua capacidade de reconhecer seus sentimentos e sua capacidade para pedir ajuda à família e aos amigos quando precisa.

De acordo com os dados colhidos na entrevista com a paciente, sua Classificação Adaptativa com base na EDAO foi Ineficaz Moderada.

No setor **Afetivo-Relacional**, a paciente disse que não faz amigos como fazia antes e que isso a incomoda. Outra situação problemática refere-se a seu intenso medo de perder os pais e de ficar sozinha. Sua resposta neste setor foi considerada pouquíssimo adequada, pois disse que tenta se aproximar das pessoas, mas não consegue muitos resultados, ainda sentindo medo de ficar sozinha. Desta forma, não está satisfeita com a solução de seus problemas e encontra-se em conflito.

No setor da **Produtividade**, apesar da paciente ter aparentemente apresentado algumas dificuldades de aprendizagem no início da escolarização, teve bom aproveitamento escolar no decorrer dos anos e não manifesta nenhum problema nesta área; portanto sua resposta foi considerada adequada.

Classificação Adaptativa de acordo com a EDAO

SETORES	SOLUÇÃO	SATISFAÇÃO	CONFLITO	RESPOSTAS	CLASSIFICAÇÃO
AR	+	-	-	Pouquíssimo Adequada	1
Pr	+	+	+	Adequada	2
SC	+	-	+	Adequada	
Or	+	+	+	Adequada	
Pontuação					3
					Adaptação Ineficaz Moderada

Segundo a adolescente, há 4 anos fez tratamento no CAPSi, por apresentar os mesmos sintomas que atualmente vem apresentando. Esses sintomas podem ter sido desencadeados novamente em função da doença da mãe há 2 anos (derrame) demonstrando certa fragilidade da paciente em lidar com situações adversas. Referindo-se às crises no desenvolvimento, Simon (1989) cita os trabalhos de Klein (1975), colocando que as crises estão relacionadas não só a pressões externas, mas também a sentimentos de extrema angústia. Sentimentos de medo e às vezes, de pânico, assaltam o sujeito em crise, podendo não ser apenas devido à falta de solução para o novo, mas à projeção e à identificação do novo com fantasias ameaçadoras provocadas por figuras aterrorizantes presentes no inconsciente e que emergem nestes estados de extrema tensão emocional.

O medo que adolescente sente de perder seus pais pode também estar relacionado à diferença de idade entre eles. Sua mãe e seu pai estão atualmente com 59 e 69 anos respectivamente.

A capacidade que a adolescente apresenta para comunicar seus sentimentos e pedir ajuda à sua família, indicam a existência de vínculos afetivos positivos entre a adolescente e seus familiares os quais, possivelmente influenciaram no desenvolvimento de mecanismos de proteção.

Caso n.º 16

“Tenho preocupação com meus pais e avós, hoje sou mais comunicativa. Não gosto de depender dos meus pais, já tentei trabalhar, mas meus pais não deixaram. Eles não me deixam fazer nada sozinha, me protegem e me tratam como criança”.

Diagnóstico: F40.8 - Outros transtornos fóbico-ansiosos.

A participante tem 17 anos e o ensino médio incompleto. Seu pai tem 43 anos, o ensino médio completo e trabalha como autônomo. Sua mãe tem 37 anos, o ensino fundamental completo e trabalha em casa (“do lar”).

A paciente iniciou seu tratamento no CAPSi, no dia que foi entrevistada pela pesquisadora. Foi encaminhada por uma médica de outra especialidade com a queixa de anorexia, pois emagreceu bastante. Relatou que isso aconteceu porque estava muito nervosa com a cirurgia do septo que ia fazer: ficava períodos sem comer ou comia e vomitava. Emagreceu 6 quilos. Acha que a mãe é exagerada e que está bem, pois quando não come é porque não tem fome e não se preocupa com dieta. Paciente disse que se sente melhor e que está assim porque a cirurgia foi desmarcada.

Disse que mora com os pais e seus avós e é filha única. O pai e o avô sustentam a casa e sua mãe começará a trabalhar.

Refere que o relacionamento familiar é um pouco conflituoso entre o pai e uma irmã do pai que mora em São Paulo, assim como entre o pai e o avô e entre a mãe e a avó. Acha que seus pais são autoritários e que não tem diálogo entre eles.

Quanto ao período de gestação e parto da paciente, ela disse que sua mãe descobriu que estava grávida por acaso, teve que ser internada por outro motivo e descobriu a gravidez. Paciente nasceu de parto normal e a saúde física e mental de sua mãe era boa. O pai estava presente e o relacionamento familiar aparentemente não apresentava conflitos na época. Após seu nascimento foi amamentada pela mãe e não havia conflitos familiares. Nos seus dois primeiros anos, costumava brincar e quem estava mais presente cuidando dela era sua mãe e seu avô. Não soube informar com que idade começou a andar e falar. Acha que foi feliz nessa fase da sua infância.

No período de 2 a 7 anos de idade, a paciente disse que brincava com os amigos da escola, parentes e também sozinha. Com 5 anos teve pneumonia. O relacionamento familiar era bom, mas refere que seu pai é muito nervoso e que por isso às vezes aconteciam alguns conflitos. Eram sua mãe e seus avós as pessoas que mais cuidavam dela, mas disse que a educação era responsabilidade de sua mãe. A paciente disse que apanhava muito de sua mãe nesta fase, mas que acha que foi feliz.

A participante relatou que entrou na escola com 7 anos e que teve algumas dificuldades para se adaptar; no começo, chorava para ir à escola. Acompanhava as aulas com facilidade, mas tinha dificuldade para fazer amigos, explicando que é muito tímida. Gostava muito dos passeios que fazia na escola, mas não gostava de ir à escola, acha que pelo fato de não ter amigos e ter brigado algumas vezes recentemente. No período entre os 7 anos até a

data da entrevista, a paciente disse que considera significativo: as festas que freqüentava com os amigos, apesar de não ter ido a muitas, pois seus pais não deixavam; as brigas entre seu pai e seu avô e entre a paciente e sua mãe e o fato de não conseguir conversar muito com a mãe, porque ela é muito fechada.

A adolescente acha que é uma pessoa preocupada com os pais e avós; comunicativa; não gosta de depender dos pais e acha que os pais a protegem demais, tratando-a como criança.

Fatores de risco e mecanismos de proteção identificados.

Pode-se apontar na história de vida da paciente, possíveis **indicadores de risco** familiares, tais como os conflitos relatados entre membros da família, incluindo as divergências e as dificuldades de relacionamento entre a paciente e sua mãe, citadas várias vezes por ela. A falta de diálogo da mãe com a paciente, a forma autoritária de educar de seus pais e o excesso de proteção, também caracterizam-se como possíveis fatores de risco. Como riscos pessoais, pode-se apontar a dificuldade da paciente em fazer amigos e sua timidez, que podem ter contribuído para a dificuldade ou resistência em ir para a escola, conforme relatou na entrevista.

Como **mecanismos de proteção** pode-se indicar a estabilidade familiar apesar dos conflitos; a preocupação da mãe com a saúde da paciente, demonstrando interesse e cuidado; as relações de amizade que consegue fazer e os eventos sociais dos quais participou. Pode-se também citar o fato de atualmente a entrevistada se achar mais comunicativa, vencendo sua timidez, além de seu desejo de se tornar mais independente dos pais (os quais, segundo a entrevistada, não a deixam crescer).

De acordo com a entrevista realizada com a paciente e na EDAO, sua Adaptação foi classificada como Ineficaz Moderada.

No setor **Afetivo-Relacional**, a paciente apresenta dificuldades de relacionamento com os pais e com os amigos. Acha que as pessoas implicam com ela e que sempre tem meninas que “implicam” com dela. Sua resposta neste setor foi pouco adequada, pois está satisfeita em se achar mais comunicativa, porém continua em conflito quanto a seus relacionamentos.

No setor da **Produtividade**, sua resposta também foi considerada pouco adequada, pois não aproveitou bem a escola devido à timidez e à dificuldade em fazer amigos. Também não está satisfeita com o fato de depender de seus pais, porém não está em conflito com isso.

Classificação Adaptativa de acordo com a EDAO

SETORES	SOLUÇÃO	SATISFAÇÃO	CONFLITO	RESPOSTAS	CLASSIFICAÇÃO
AR	+	+	-	Pouco Adequada	2
Pr	+	-	+	Pouco Adequada	1
SC	+	-	-	Pouquíssimo Adequada	
Or	+	+	+	Adequada	
Pontuação					3
					Adaptação Ineficaz Moderada

Neste caso, a adolescente apresenta dificuldades nas relações interpessoais, que podem estar relacionadas aos conflitos com a mãe e à ausência de diálogo com os pais. A relatada super-proteção dos pais, pode ter influenciado no desenvolvimento do medo e insegurança da paciente em relação a situações novas, como a cirurgia do septo, tornando a cirurgia uma situação ameaçadora e de alto risco para a adolescente. (RUTTER, 1999). A estabilidade familiar demonstrada nos relatos da paciente e as relações sociais desenvolvidas na escola podem ter contribuído para o desenvolvimento de mecanismos de proteção frente aos riscos.

Inventário dos fatores de risco e mecanismos de proteção identificados na história de vida das participantes

A – Fatores de Risco

- 1 doença mental da mãe (caso 1)
- 2 privação materna (casos 1, 2, 13, 14)
- 3 dificuldade em lidar com situações adversas (casos 1, 3, 4, 5, 10, 11, 13, 14)
- 4 baixa tolerância à frustração (casos 1, 3)
- 5 ego frágil. Inseguro e instável (casos 1, 2)
- 6 habilidade de comunicação pobre (caso 1)
- 7 depressão (casos 1, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 15)
- 8 tentativa de suicídio (casos 1, 2)
- 9 doença física da mãe (casos 2, 4, 13, 15)
- 10 gozação dos colegas na escola (casos 2, 14)
- 11 timidez (casos 2, 6 15, 16)
- 12 dificuldade no relacionamento social (casos 2, 6, 13)
- 13 anorexia; bulimia (casos 2, 4, 5)

- 14 ausência do pai (casos 3, 5, 08)
- 15 privação paterna no 1º ano de vida da paciente (caso 3)
- 16 ausência de colegas para brincar na escola (caso 3)
- 17 perda de irmão próximo (caso 3)
- 18 oscilação de humor (casos 3, 8)
- 19 irritabilidade excessiva (casos 3, 13)
- 20 ideação suicida (caso 3)
- 21 agressividade (caso 3)
- 22 tristeza (caso 3),
- 23 conflitos entre a paciente e o pai (casos 4, 10)
- 24 auto estima baixa (caso 4)
- 25 conflitos familiares (casos 5, 11, 16)
- 26 ausência da mãe (caso 5)
- 27 doença física da paciente (casos 5, 12, 14)
- 28 separação dos pais (casos 6, 7)
- 29 doença e morte do pai (caso 6)
- 30 dificuldade em comunicar seus sentimentos (casos 6, 8, 14)
- 31 conflitos entre a paciente e a mãe (casos 7, 8, 11, 16)
- 32 agressividade sofrida (casos 7, 8, 11)
- 33 mau humor (casos 7, 11)
- 34 inflexibilidade (casos 7, 8)
- 35 problemas emocionais da mãe na gestação e puerpério (casos 8, 13)
- 36 hiperatividade (caso 8)
- 37 pai alcoolista (casos 9, 11)
- 38 término do namoro (casos 10, 12)
- 39 temperamento explosivo (caso 10)
- 40 descontrole emocional da paciente (casos 10, 12)
- 41 desconhecimento e desinteresse por sua história (caso 10)
- 42 autoritarismo dos pais (casos 11, 16)
- 43 mãe que não queria amamentar (caso 11)
- 44 dificuldade para cumprir metas (caso 11)
- 45 perfeccionismo (caso 12)
- 46 relação de dependência da mãe (caso 12)
- 47 dificuldade para fazer amigos (casos 13, 14, 15, 16)

- 48 conflitos conjugais (caso 14)
- 49 condições ambientais precárias (caso 14)
- 50 medo de perder os pais (caso 15)
- 51 insônia da paciente (casos 15)
- 52 dificuldade com habilidades cognitivas (caso 15)
- 53 excesso de proteção dos pais com a paciente (caso 16)

B – Mecanismos de Proteção

- 1 relações interpessoais positivas (casos 1, 3, 4, 7, 8, 13 e 14)
- 2 aproveitamento dos recursos escolares (casos 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14)
- 3 bom relacionamento familiar (casos 2, 3, 9)
- 4 otimismo (casos 2, 3, 4, 5, 11, 12)
- 5 busca de autonomia (caso 2, 16)
- 6 auto-estima positiva (casos 2, 5, 7, 9, 10, 11, 12)
- 7 mente aberta e receptiva à mudanças (casos 2, 3, 8, 11, 15)
- 8 estabilidade familiar (casos 3, 9, 10, 12, 14, 15, 16)
- 9 capacidade para reconhecer e expressar seus sentimentos (casos 3, 5, 7, 9, 11, 14,15)
- 10 facilidade para fazer amigos (casos 4, 7, 9 e 16)
- 11 flexibilidade (casos 4, 13, 14)
- 12 capacidade para estabelecer objetivos e metas (casos 4, 5, 7, 8, 10, 12, 15)
- 13 bom relacionamento conjugal (casos 6, 13)
- 14 bom humor (casos 6, 8, 11, 12)
- 15 apoio familiar (casos 7, 10, 12, 13, 16)
- 16 capacidade para pedir ajuda quando necessário (casos 7, 10, 15)
- 17 habilidades sociais (casos 7, 9, 11, 12, 16)
- 18 habilidades cognitivas (casos 7, 9, 10, 11, 12, 13)
- 19 diálogo como forma de educar (casos 8, 15)
- 20 participação em diferentes atividades (casos 10, 11, 12)

Classificação Adaptativa e Mecanismos de Proteção

De acordo com a EDAO, das 16 participantes, 8 (50%) receberam classificação de Adaptação Ineficaz Leve; 7 (43,75%) receberam classificação de Adaptação Ineficaz Moderada e apenas 1 (6,25%) teve classificação Adaptação Ineficaz Severa. Na amostra estudada, metade das participantes teve classificação “Adaptação Ineficaz Moderada e

Severa”. Os quadros 2, 3 e 4 apresentam os mecanismos de proteção identificados nos casos de Adaptação Ineficaz severa, moderada e leve, respectivamente.

Quadro 2 – Adaptação ineficaz severa.

casos	1
Mecanismos de proteção	Recursos escolares Relações interpessoais +

Quadro 3 – Adaptação ineficaz moderada.

casos	3	4	5	11	14	15	16
Mecanismos de proteção	Estabilidade familiar Relações interpessoais + Recursos escolares Otimismo Receptividade a mudanças Capacidade de reconhecer e comunicar sentimentos	Relações interpessoais + Sociabilidade Recursos escolares Otimismo Flexibilidade Capacidade de estabelecer e cumprir metas	Recursos escolares Auto-estima Capacidade de estabelecer e cumprir metas Otimismo Capacidade de reconhecer e comunicar sentimentos	Recursos escolares Habilidades sociais e cognitivas Bom humor Otimismo Receptividade a mudanças Participação em diferentes atividades Capacidade de reconhecer e expressar sentimentos. Auto-estima	Estabilidade familiar Relações interpessoais + Recursos escolares Flexibilidade Capacidade de reconhecer e comunicar sentimentos	Estabilidade familiar Diálogo familiar Receptividade a mudanças Capacidade de estabelecer e cumprir metas Capacidade de reconhecer e comunicar sentimentos Capacidade de pedir ajuda	Estabilidade familiar Apoio familiar Relações interpessoais + Habilidades sociais Busca de autonomia

Quadro 4 – Adaptação ineficaz leve.

casos	2	6	7	8	9	10	12	13
Mecanismos de proteção	Relações familiares Otimismo Busca de autonomia Auto-estima Receptividade a mudanças Capacidade de estabelecer e cumprir metas	Relacionamento + dos pais Recursos escolares Bom humor	Apoio familiar Relações interpessoais + Sociabilidade Capacidade de pedir ajuda Auto-estima Capacidade de reconhecer e comunicar sentimentos Capacidade de estabelecer e cumprir metas Habilidades sociais e cognitivas	Relações interpessoais + Diálogo familiar Recursos escolares Capacidade de estabelecer e cumprir metas Bom humor Receptividade a mudanças	Estabilidade familiar Boa relação familiar Recursos escolares Auto-estima Habilidades sociais e cognitivas Sociabilidade Capacidade de reconhecer e expressar sentimentos	Estabilidade familiar Apoio familiar Auto-estima Capacidade de pedir ajuda Participação em diferentes atividades Habilidades cognitivas Capacidade de estabelecer e cumprir metas	Estabilidade familiar Apoio familiar Recursos escolares Bom humor Otimismo Capacidade de estabelecer e cumprir metas Habilidades sociais e cognitivas Auto-estima	Bom relacionamento dos pais Apoio familiar Recursos escolares Habilidades cognitivas Relações interpessoais + Flexibilidade

O Quadro 4 apresenta os resultados referentes aos Fatores de Risco, categorizados em Fatores de Risco Sociais; Familiares e Pessoais e distribuídos nas três categorias classificatórias da EDAO: Adaptação Ineficaz Leve, Moderada e Severa.

Quadro 5 – Fatores de risco (FR) e a EDAO.

	Adap Ineficaz Leve Casos 2, 6, 7, 8, 9, 10, 12 e 13	Adap. Ineficaz Moderada Casos 3, 4, 5, 11, 14, 15 e 16	Adap. Ineficaz Severa Caso 1
F.R. Sociais	Gozação dos colegas na escola Dificuldade no relacionamento social Dificuldade para fazer amigos.	Ausência de colegas pra brincar na escola; Gozação dos colegas na escola; Dificuldade para fazer amigos; Condições ambientais precárias.	N.O.
F.R. Familiar	Privação materna; Doença física da mãe; Conflitos entre a paciente e a mãe; Agressividade sofrida; Separação dos pais; Doença e morte do pai; Ausência do pai; Problemas emocionais da mãe na gestação e puerpério Conflitos entre a paciente e o pai; Pai alcoolista; Relação de dependência da mãe.	Doença física da mãe; Privação materna; Ausência do pai; Privação paterna no 1º ano de vida da paciente; Perda de irmão próximo; Conflitos entre a paciente e o pai; Conflitos entre a paciente e a mãe; Conflitos familiares; Conflitos conjugais; Ausência da mãe; Pai alcoolista; Autoritarismo dos pais; Mãe que não queria amamentar; Excesso de proteção dos pais.	Doença mental da mãe; Privação materna.
F.R. Pessoais	Ego frágil. Inseguro e instável; Tentativa de suicídio; Timidez; Anorexia; bulimia; Depressão; Mau humor; Inflexibilidade; Dificuldade em comunicar seus sentimentos; Oscilação de humor; Hiperatividade; Dificuldade em lidar co situações adversas (chora e se fecha); Término do namoro; Temperamento explosivo; Descontrole emocional da paciente; Desconhecimento e desinteresse por sua história; Irritabilidade excessiva; Perfeccionismo.	Dificuldade em lidar co situações adversas (chora e se fecha); Oscilação de humor; Irritabilidade excessiva; Ideação suicida; Agressividade; Tristeza; Auto-estima baixa; Doença física da paciente; Anorexia, bulimia; Depressão; Timidez; Dificuldade em comunicar seus sentimentos; Agressividade sofrida; Mau humor; Dificuldade para cumprir metas; Medo de perder os pais; Insônia da paciente; Dificuldade com habilidades cognitivas.	Dificuldade em lidar co situações adversas (chora e se fecha); Baixa tolerância à frustração; Ego frágil. Inseguro e instável; Habilidade de comunicação pobre; Depressão e tentativa de suicídio.

O Quadro 6 apresenta os resultados referentes aos Mecanismos de Proteção, organizados de acordo com os três níveis de classificação adaptativa da EDAO e categorizados em Mecanismos de Proteção relacionados à família e relacionamentos no grupo familiar; Mecanismos de Proteção relacionados à escola e às relações afetivo-sociais na escola; Mecanismos de Proteção relacionados a habilidades sociais, sócio-afetivas e capacidade de fazer amigos; Mecanismos de Proteção relacionados a habilidades cognitivas, de estabelecer e cumprir metas e de atividades e interesses; Mecanismos de Proteção relacionados a condições individuais (otimismo, flexibilidade, busca de autonomia, bom humor, auto-estima)

Quadro 6 – Mecanismos de proteção e a EDAO.

Adaptação Ineficaz Leve Casos 2, 6, 7, 8, 9, 10, 12 e 13	Adaptação Ineficaz Moderada Casos 3, 4, 5, 11, 14, 15 e 16	Adaptação Ineficaz Severa Caso 1
Mecanismos de proteção relacionados à família e relacionamentos no grupo familiar. Bom relacionamento familiar; Bom relacionamento entre os pais; Apoio familiar; Estabilidade familiar; Diálogo como forma de educar.	Mecanismos de proteção relacionados à família e relacionamentos no grupo familiar. Estabilidade familiar; Diálogo como forma de educar; Apoio familiar.	Mecanismos de proteção relacionados à família e relacionamentos no grupo familiar. Relação afetiva positiva (com o pai).
Mecanismos de proteção relacionados à escola e às relações afetivo-sociais na escola. Relações interpessoais positivas; Aproveitamento dos recursos escolares.	Mecanismos de proteção relacionados à escola e às relações afetivo-sociais na escola. Relações interpessoais positivas; Aproveitamento dos recursos escolares.	Mecanismos de proteção relacionados à escola e às relações afetivo-sociais na escola. Relações interpessoais positivas (com 1 professor); Aproveitamento dos recursos escolares.
Mecanismos de proteção relacionados a habilidades sociais, sócio-afetivas e capacidade de fazer amigos. Facilidade para fazer amizades; Habilidades sociais; Capacidade de pedir ajuda quando necessário; Capacidade de reconhecer e expressar sentimentos.	Mecanismos de proteção relacionados a habilidades sociais, sócio-afetivas e capacidade de fazer amigos. Facilidade para fazer amigos; Habilidades sociais; Capacidade para pedir ajuda quando necessário; Capacidade de reconhecer e expressar sentimentos.	Mecanismos de proteção relacionados a habilidades sociais, sócio-afetivas e capacidade de fazer amigos. N.O.
Mecanismos de proteção relacionados a habilidades cognitivas, de estabelecer e cumprir metas e de atividades e interesses. Capacidade para estabelecer metas e cumpri-las; Habilidades cognitivas.	Mecanismos de proteção relacionados a habilidades cognitivas, de estabelecer e cumprir metas e de atividades e interesses. Capacidade para estabelecer metas e cumpri-las; Participação em diferentes atividades; Habilidades cognitivas.	Mecanismos de proteção relacionados a habilidades cognitivas, de estabelecer e cumprir metas e de atividades e interesses. N.O.
Mecanismos de proteção relacionados a condições individuais. Bom humor; Otimismo; Busca de autonomia; Auto estima positiva; Mente aberta e receptiva à mudanças; Flexibilidade.	Mecanismos de proteção relacionados a condições individuais. Otimismo; Flexibilidade; Mente aberta e receptiva a mudanças; Auto estima positiva; Bom humor; Ser comunicativa; Busca de autonomia.	Mecanismos de proteção relacionados a condições individuais. N.O.

Nos 16 casos estudados, foi possível identificar os principais fatores de risco e os mecanismos de proteção na história de desenvolvimento relatada pelas participantes, os quais são concordantes com os encontrados na literatura da área.

Apesar das adolescentes terem diagnósticos de diferentes tipos de transtornos mentais e estarem em atendimento médico e psicológico numa instituição de saúde mental, verificou-se que a classificação adaptativa obtida segundo a EDAO, na maior parte dos casos, apresentou uma condição atual mais favorável do que seria esperado em função dos diagnósticos. As classificações adaptativas ineficaz leve e ineficaz moderada, obtidas por 15 das 16 adolescentes, indicam a complexidade e a plasticidade do desenvolvimento humano,

tornando possível a realização de adaptações e ajustamentos, num processo de organização contínuo, tornando difícil a distinção, em diferentes momentos do desenvolvimento, do que pode ou não ser considerado normal ou patológico (ASPESI, CHAGAS, DESSEN, 2005). Neste sentido, verificou-se que, entre as adolescentes pesquisadas, apenas a que obteve classificação ineficaz severa, de acordo com a EDAO, não apresentou indicadores de mecanismos de proteção pessoais relacionados à auto-imagem e auto-conceito considerados positivos, apesar de todas apresentarem dificuldades psicológicas. Por outro lado, pode-se sugerir que o fato de estarem em tratamento, pode representar um fator importante na estimulação dos recursos pessoais e interpessoais saudáveis, acionando mecanismos protetores capazes de mudar os efeitos dos fatores de risco nesta fase bastante plástica do desenvolvimento, que é a adolescência (YUNES; SKYMANSKY, 2001).

Embora a história de vida das participantes apresente diferentes fatores de risco, quantitativamente superiores aos mecanismos de proteção, pode-se verificar que os mecanismos de proteção identificados entre as adolescentes com adaptação ineficaz leve e moderada, inseriram-se na área das relações parentais e familiares mais positivas e apoiadoras, além de relações sócio-afetivas mais positivas. O papel da família na produção ou redução dos riscos é unanimidade entre os autores pesquisados e é destacada por Rutter (1999), como fundamental no contexto geral do balanço entre fatores de risco e capacidade de proteção. As características familiares e o suporte emocional dentro e fora da família são destacados também por Pesce et al. (2004), que os apontam como mediadores entre os fatores de risco e os mecanismos de proteção. As adolescentes que foram afastadas de suas mães, parcial ou totalmente nos primeiros anos de vida, parecem ter apresentado maior dificuldade nas relações afetivas posteriores. Porém, nos casos onde a figura materna foi substituída de forma adequada, os danos à saúde mental das adolescentes foram menores. A única adolescente que teve a classificação adaptativa ineficaz severa foi também a única em que a mãe tinha transtorno mental. Esta adolescente não apresentou mecanismos de proteção relacionados a vínculos afetivos seguros com a mãe (ausência da mãe nos primeiros anos de vida) e a relacionamentos sócio-emocionais mais amplos e significativos dentro e fora da família. Para Bowlby (1990) e Winnicott (2001) o tipo e qualidade da relação da mãe com a criança na primeira infância são fatores fundamentais para a saúde física e psíquica da criança, sendo que a privação desta relação é reconhecida na literatura psicanalítica como um dos principais ingredientes para o desenvolvimento de graves comprometimentos na saúde mental.

Entre as adolescentes pesquisadas, a escola também se destacou como importante contexto promotor de condições para o desenvolvimento de mecanismos de proteção sócio-emocionais e pessoais relevantes. Embora no caso da adolescente com adaptação ineficaz severa a frequência à escola não pareça ter sido suficiente para o desenvolvimento de relações sociais significativas e protetivas, o relacionamento interpessoal positivo com um professor e a possibilidade de aprender e desenvolver capacidades cognitivas pode ter representado importante mecanismo de proteção, possivelmente prevenindo comprometimentos mais graves em seu desenvolvimento.

As relações interpessoais desenvolvidas na escola pelas adolescentes entrevistadas, parecem ter influenciado de forma positiva a superação de falhas nas relações familiares apontadas como difíceis ou conflituosas. Conforme assinalado por Rutter (1979) e por Garnezy (1987), a escola promove a possibilidade do estabelecimento de relações estáveis com o adulto, favorecendo o estabelecimento de competências sociais e cognitivas, fundamentais como mecanismos de proteção frente aos riscos no desenvolvimento.

Na amostra estudada, também verificou-se que todas as adolescentes, embora pertencentes a camadas pouco favorecidas da população, aparentemente não sofreram situações de privação econômica grave. Apenas uma das adolescentes citou condições mais precárias de moradia na infância, tendo melhorado de condição posteriormente. Segundo a literatura (WIENFELD, 1995; TROMBETA; GUZZO, 2002), as condições econômicas precárias podem se constituir fatores de risco, bem como, as condições favoráveis podem representar mecanismos de proteção, facilitando o acesso a serviços e recursos importantes para a manutenção da saúde e outros elementos básicos ao desenvolvimento pleno.

Apesar da relevância dos aspectos familiares e sociais na produção e redução dos riscos, bem como no desenvolvimento de mecanismos de proteção, não se pode ignorar a interveniência de aspectos individuais ou de temperamento de cada criança, modulando as relações e as influências ambientais (KERNBERG; WEINER; BARDENSTEIN, 2003). Desta forma, as características individuais também são consideradas importantes na proteção frente a situações de risco, sendo apontados na literatura, aspectos tais como: bom humor, otimismo, inteligência, criatividade, flexibilidade, diversificação de interesses, receptividade a mudanças e adaptabilidade, capacidade de manter metas e expectativas positivas, dentre outros fatores considerados nos estudos sobre resiliência (JOB, 2000; TROMBETA; GUZZO, 2002). No presente estudo, as principais características presentes nas adolescentes, segundo seus relatos, foram o otimismo, a auto-estima, auto-conceito positivo, a capacidade de comunicar sentimentos e a capacidade em pedir ajuda quando necessário. De forma geral, as

características auto-atribuídas pelas adolescentes, foram muito mais positivas do que negativas, embora tenham demonstrado consciência de seus problemas e apresentarem boa aceitação do tratamento que realizavam. Possivelmente o conjunto destes aspectos atuais, concorreu positivamente para a avaliação mais positiva do que negativa de sua adaptabilidade por meio da EDAO, considerando que, nesta escala, a eficácia adaptativa relaciona-se à busca de soluções para os problemas de forma menos conflituosa possível.

Tratando-se de um estudo com adolescentes que, pelo fato de apresentarem algum tipo de transtorno mental, estariam mais expostas a fatores de risco desenvolvimentais, os resultados obtidos neste estudo revelaram condições adaptativas mais favoráveis ou positivas do que poderia ser esperado nestas circunstâncias, indicando o que alguns clínicos e cientistas apontam, segundo Kernberg, Weiner e Bardenstein (2003, p. 16), ou seja: que a personalidade em crianças e em adolescentes ainda não se cristalizou e que, portanto, a própria definição de um transtorno de personalidade nestas etapas, é tarefa complexa e delicada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram realizados 16 estudos de caso, representando 80% do total de adolescentes em tratamento no CAPSi na época da coleta de dados para este estudo.

Os dados demográficos referentes à amostra estudada (adolescentes e seus pais), revelaram condições familiares, econômicas, de escolaridade e de relações sociais indicativas de estruturas relativamente mais favoráveis e estáveis do que desfavoráveis ou instáveis: acesso e frequência à escola e emprego; um dos genitores ou ambos empregados; as adolescentes vivem com a família nuclear, têm boas condições gerais de saúde física, dentre outros fatores considerados.

Os resultados obtidos permitiram a identificação de fatores de risco e de mecanismos de proteção na história de desenvolvimento relatada pelas adolescentes entrevistadas. Os fatores de risco e os mecanismos de proteção identificados são concordantes com os encontrados na literatura da área e foram considerados nas categorias familiar, social e pessoal.

As adolescentes apresentaram classificação adaptativa segundo a EDAO, mais positivas do que seria esperado, pelo fato de apresentarem diagnósticos de algum tipo de transtorno mental, constatando-se que apenas uma das participantes apresentou adaptação ineficaz severa.

A maioria das entrevistadas apresentou condições de relacionamento familiar, de escolaridade, econômicas e de relações sócio-emocionais favorecedoras para o desenvolvimento de mecanismos de proteção, os quais, possivelmente atuaram na minimização e superação dos fatores de risco quantitativamente superiores aos mecanismos de proteção, identificados em sua história de vida.

Os resultados permitem apoiar a compreensão do desenvolvimento como um processo complexo e multifatorial, no qual tanto os fatores de risco como os mecanismos de proteção interagem de forma interdependente, influenciando a capacidade adaptativa atual, em associação com outros fatores presentes na vida do indivíduo.

Considerando-se o fato de estarem numa fase de múltiplas e contínuas modificações biopsicossociais como é a adolescência e de estarem sujeitas a influências recíprocas entre os fatores individuais e socioambientais, as adolescentes entrevistadas apresentaram condições de adaptação atual que sugerem a influência positiva do tratamento médico-psicológico que realizam, possivelmente auxiliando-as na superação dos fatores de risco e no desenvolvimento de recursos e mecanismos de proteção, apesar de terem diagnósticos de diferentes tipos de

transtornos mentais. Este resultado também indica o cuidado a ser tomado por profissionais de saúde mental, no que se refere ao diagnóstico psicopatológico de crianças e adolescentes, os quais se encontram em plena fase de transição e de adaptações e readaptações contínuas no processo de formação de sua personalidade.

Considerando-se possíveis relações compreensivas entre os mecanismos de proteção encontrados e as classificações adaptativas obtidas, pode-se sugerir a importância dos mecanismos de proteção relacionados à família, especialmente na primeira infância; ao apoio familiar e incentivo às realizações e ao aproveitamento dos recursos e oportunidades escolares, principalmente promovendo o estabelecimento de relações sócio-emocionais substitutivas e/ou reparadoras de dificuldades de relacionamento familiar. Indica-se também, que os principais fatores de risco encontram-se na área das relações e vínculos familiares, especialmente relacionados à privação materna na primeira infância. Pode-se, portanto, indicar importante a função mediadora representada pela família e pela escola, intermediando os fatores genético-biológicos e os intrapsíquicos e diminuindo o impacto dos fatores de risco no desenvolvimento. Reconhece-se, além disto, a relevância das relações positivas estabelecidas nos primeiros anos de vida da criança na profilaxia de problemas futuros.

Embora tenha sido possível a identificação de fatores de risco e de mecanismos de proteção, tal como descritos na literatura pesquisada e de acordo com os relatos das entrevistadas, não foi possível o estabelecimento de um relacionamento direto entre estes, bem como o estabelecimento de relações pontuais entre os mecanismos de proteção encontrados em cada caso e a capacidade adaptativa avaliada.

Sugere-se a realização de estudos que visem encontrar possíveis relações de influência entre os mecanismos de proteção e a capacidade adaptativa atual de diferentes indivíduos e condições, possibilitando maior esclarecimento a educadores e profissionais de saúde, em seus esforços de profilaxia e prevenção de problemas na área da saúde mental, tanto para crianças como para adolescentes em desenvolvimento.

No entanto, apesar dos limites apontados, os resultados alcançados neste estudo permitem sugerir a importância de programas de atenção à família e da melhoria das condições educacionais oferecidas a adolescentes, como condições fundamentais para a superação de riscos em seu desenvolvimento e para o estabelecimento de recursos pessoais de proteção, frente às inevitáveis situações de risco existentes no desenvolvimento da maioria dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A. O ADOLESCENTE E A LIBERDADE. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência Normal**. Porto Alegre: Artmed, 1981.
- ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.
- ASPESI, C. C; DESSEN, M. A; CHAGAS, J. F. A CIÊNCIA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO: UMA PERSPECTIVA INTERDICIPILINAR . In: DESSEN, M. A.; COSTA JUNIOR, A. L. **A Ciência do Desenvolvimento Humano**: tendências atuais e perspectivas futuras. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- BEE, H. **O ciclo vital**. Porto Alegre: Artes médicas, 1997.
- BOWLBY, J. **Apego e perda**: apego. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990. v. 1.
- BUENO, S. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: FTD, 2000
- CAPLAN, H. I. **Compêndio de Psiquiatria**: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- CLASSIFICAÇÃO de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- COLL, C.; PALÁCIOS, J; MARCHESI, A. (Orgs.) **Desenvolvimento Psicológico e Educação**: Psicologia Evolutiva. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.
- ERIKSON, H. J. The problem of ego identity. **J. Am. Psychoanal. Ass.**, v. 4, p. 56, 1956.
- _____. **Identity and the life cycle**. Nova York: International University Press, 1959.
- FANTE, C. **Fenômeno Bullying**: como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz. Campinas: Versus, 2005.
- GARMEZY, N. Stress, competence and development: continuities in the study of schizophrenic adults, children vulnerable to psychopathology, and the search for stress resistant children. **American Journal of Orthopsychiatry**, 1987.
- _____. Resilience and vulnerability to adverse development outcomes associated with poverty. **American Behavioral Scientist**, v. 34, n. 4, p. 416-430, 1991
- GAUY, F. V.; COSTA JUNIOR, A. L. A NATUREZA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO: CONTRIBUIÇÕES DAS TEORIAS BIOLÓGICAS. In: DESSEN, M. A.; COSTA JUNIOR, A. L. **A Ciência do Desenvolvimento Humano**: tendências atuais e perspectivas futuras. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- GROSSMAN et al. Risk and resilience in adolescents. **Journal of Youth and adolescence**, v. 21, n. 5, p. 529-555, 1992.

HERRENKOL, E. C.; HERRENKOL, R. C.; EGOLF, B. Resilient early school age children from maltreating homes: outcomes in late adolescence. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 64, n. 2, p. 301-309, 1994.

JOB, J. R. P. **A Escritura da Resiliência**: testemunhas do Holocausto e a memória da vida. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 2000.

KERNBERG, F. P; WEINER, S. A; BARDENSTEIN, K. K. **Transtornos da Personalidade em Crianças e Adolescentes**. Porto Alegre: Artemd, 2003.

KNOBEL M. A SÍNDROME DA ADOLESCÊNCIA NORMAL. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência Normal**. Porto Alegre: Artmed, 1981.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.G. **A Pesquisa Qualitativa em Psicologia**: Fundamentos e Recursos Básicos. São Paulo: Moraes, 1989.

MASTEN, A. S.; COASTWORTH, J. D. Competence, resilience and psychopathology. In: D. CICHETTI, D.; COHEN, D. J. (Orgs.). **Developmental Psychopathology**. New York: Wiley, 2005. p. 715-752.

MINUCHIN, P. Families and individual development: Provocations from the field of family therapy. **Child Development**, v. 56, p. 289-302, 1995.

NEME, C. M. B. **Stress, enfrentamento e resiliência na história de mulheres com e sem câncer**. Campinas: Pontifícia Universidade Católica, 2005.

PALÁCIOS, J. In: COLL, C.; PALÁCIOS, J; MARCHESI, A. (Orgs.) **Desenvolvimento Psicológico e Educação**: Psicologia Evolutiva. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

PEREIRA, A. C. A. **O adolescente em desenvolvimento**. São Paulo: Marbra, 2005.

PESCE, P. R. et al. Risco e proteção em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psicologia: teoria e pesquisa**. Brasília, v. 20, n. 2, mai./ago. 2004.

RACK, C. F.; PATERSON, L. E. Promoting Resilience in At-Risk children. **Journal of Counseling and Development**, v. 74, p. 368-373, 1996.

RUTTER, M. Parent-child separation: psychological effects on the children. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, n. 12, p. 233-260, 1971.

RUTTER, M. Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In: KENT, M. W.; ROLF, J. (Ed.). **Primary Prevention of Psychopathology**. Hanover: University Press of New England, 1979. v. III.

_____. Stress, coping and development: some issues and some questions. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 22, n. 4, p. 323-356, 1981.

_____. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 67, p. 316-331, 1987.

_____. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. **Journal of Family Therapy**, v. 21, p. 119-144, 1999.

SAPIENZA, G; PEDROMÔNICO, M. R. M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, mai. 2005.

SIMON, R. **Psicoterapia Operacionalizada: Teoria e Técnica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

_____. **Psicologia Clínica Preventiva: novos fundamentos**. São Paulo: EPU, 1989.

TELES, S. S. **Câncer infantil e resiliência: investigação fenomenológica dos mecanismos de proteção na díade mãe-criança**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2005.

TROMBETA, L. H. A. P.; GUZZO, R. S. L. **Enfrentando o cotidiano adverso: estudos sobre resiliência em adolescentes**. Campinas: Alínea, 2002.

WINFIELD, L. The Knowledge base on resilience in african american adolescents. In: CROCKETT, L. J.; CROUTER, A. C. (Eds.). **Pathways through Adolescence**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publ., 1995.

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **Privação e delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

YUNES, M. A. M.; SKYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. C. (Org.). **Resiliência e educação**. São Paulo: Cortez, 2001. p. 13-42.

ANEXOS

ANEXO A – FICHA DE DADOS DO PRONTUÁRIO

I- Ficha de dados do prontuário

N.º de identificação (iniciais)

Data de nascimento: ano e mês

Endereço:

Estado civil:

Filhos:

Escolaridade:

Profissão/ ocupação atual:

II- Dados referentes aos pais

Pai (nome)

Idade:

Escolaridade:

Profissão/ocupação atual:

Mãe (nome)

Idade:

Escolaridade:

Profissão/ocupação atual:

III- Dados do tratamento

Início do tratamento:

Tipo de tratamento atual:

Início do tratamento nesta instituição:

Medicamentos atuais:

IV- Breve histórico da doença:

Início: quando/como/sintomas:

Tratamentos já realizados: onde, quando, resultados

ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA CLÍNICA COM AS ADOLESCENTES

I – Evolução do tratamento: melhoras/pioras (crises ou intercorrências), quando, porquê.

Condições atuais (como se sente atualmente):

Encaminhamento recebido (que instituição, profissional ou pessoa encaminhou)

Observações:

II – Constituição e funcionamento familiar

Sexo e idade dos irmãos:

Quem mora com a família, na mesma casa que a paciente:

Quem trabalha/ Onde / Contribui com as despesas da casa?

Familiares falecidos ? Quando ? Com que idade e qual foi a causa?

Doenças graves/ acidentes na família: quando, quem, qual.

Como é o relacionamento entre as pessoas da família (brigas/desentendimentos; relações positivas/amigáveis)

Como os pais relacionam-se com os filhos (diálogo; punições verbais ou físicas /elogios; autoritarismo/autoridade; etc.).

III – Condições familiares no período de gestação e nascimento da paciente (o que sabe ou lembra):

Condições de saúde física mãe no período gestacional e no parto:

Condições de saúde mental mãe no período gestacional e no parto:

Tipo de parto (a termo ou não):

Presença do pai durante a gestação e parto:

Relacionamento dos pais e da família no período de gestação e parto:

IV – Condições da mãe no puerpério (o que sabe ou lembra):

Saúde física e mental da mãe nos dois primeiros meses após o nascimento:

Relacionamento dos pais neste período:

Relacionamento/condições familiares durante este período (crises/ problemas financeiros, mudanças de moradia, outros eventos de estresse)

Amamentação:

V – O que sabe ou lembra sobre seus primeiros 2 anos de vida

Algum acidente ou doença?

Alimentação:

Com que idade começou a andar e falar?

Quem cuidou ou esteve mais presente neste período?

Com quem dormia?

Brincava ?

Considera sua infância: feliz, mais ou menos feliz, infeliz (porque)

VI – O que lembra ou sabe de sua infância dos 2 aos 7 anos de vida?

Com quem brincava? Quais as brincadeiras?

Como era seu relacionamento com pais e irmãos?

Como foi seu estado de saúde neste período?

Alimentação ?

Moradia (recursos do bairro, como era a casa, quem morava, etc.)

Doenças ou acidentes:

Com quem dormia?

Quem cuidava ?

Quem dava ordens/educava/ensinava ?

Tipos de ações educativas dos pais:

Considera que este período foi feliz, mais ou menos feliz, infeliz (porque)

VII – Escolarização

Com quantos anos entrou na escola?

Onde ficava a escola, quem a levava?

Como foi sua adaptação nos primeiros dias?

Mudou de escola alguma vez? Porque?

Acompanhava as aulas com facilidade?

Fez amigos? Como era o relacionamento?

Tinha boa relação com os professores?

Onde fazia suas atividades escolares ou tarefas, na sala, quarto, cozinha, etc? O ambiente em casa era favorável?

Reprovou alguma vez? Quantas vezes? Porque?

Situações positivas e negativas ligadas à escola:

Como lidava com as dificuldades?

VIII – Eventos mais significativos, negativos e positivos (individuais, escolares e familiares) dos 7 anos à idade atual:

IX – Auto-descrição:

Como se avalia quanto a: humor; otimismo/pessimismo; flexibilidade/receptividade a mudanças ou ao novo; modo de enfrentar as dificuldades; interesse por atividades variadas; capacidade de reconhecer seus próprios sentimentos (raiva, medo, tristeza, afeto positivo) e comunicá-los aos outros; capacidade de estabelecer metas e cumpri-las; auto-estima; auto-conceito; etc..

ANEXO C – FICHA DE ENTREVISTA DIAGNÓSTICA ADAPTATIVA OPERACIONALIZADA (EDAO)

Questões sobre os setores afetivo-relacionais; da produtividade; sociocultural e orgânico

I – Questão AR

Considerando os relacionamentos afetivos e afetos e sentimentos que você dá e recebe na atualidade, você acha que tem algum problema ou dificuldade?

SIM

NÃO

QUAIS/

Considerando os problemas e dificuldades referidos, você tem feito algo para solucionar ou resolver ?

SIM

NÃO

O QUÊ?

Você está satisfeita com as soluções obtidas quanto à resolução dos problemas e dificuldades que relatou?

SIM

NÃO

POR QUÊ?

II – Questão Pr

Considerando suas atividades e rendimento na escola e/ou trabalho e as demais tarefas que realiza em sua vida atual, acha que está tendo problemas ou dificuldades?

SIM

NÃO

POR QUÊ?

Quanto aos problemas e dificuldades que relatou, você tem feito alguma coisa para buscar solucioná-los?

SIM

NÃO

O QUÊ?

Você está satisfeita com as soluções obtidas quanto à resolução dos problemas e dificuldades que relatou?

SIM

NÃO

POR QUÊ?

III – Questão SC

Considerando a sua vida e participação na sociedade, nos grupos dos quais participa e com seus amigos (lazer; participação em eventos e comemorações; modos de pensar ou valores sociais; atitudes perante as regras; atitudes e sentimentos quanto à cidade em que mora, seu país, etc.), acha que tem, atualmente, algum tipo de problema nesta área

SIM

NÃO

POR QUÊ?

Quanto aos problemas e dificuldades que relatou, você tem feito alguma coisa para buscar solucioná-los?

SIM

NÃO

O QUÊ?

Você está satisfeita com as soluções obtidas quanto à resolução dos problemas e dificuldades que relatou?

SIM

NÃO

POR QUÊ ?

IV – Questão Or

Considerando sua saúde física e disposição para realizar atividades, se arrumar, se alimentar, etc., você acha que está apresentando algum tipo de dificuldade ou problema atualmente?

SIM

NÃO

POR QUÊ?

Quanto aos problemas e dificuldades que relatou, você tem feito alguma coisa para buscar solucioná-los?

SIM

NÃO

O QUÊ?

Você está satisfeita com as soluções obtidas quanto à resolução dos problemas e dificuldades que relatou?

SIM

NÃO

POR QUÊ?

ANEXO D –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO**

A pesquisa **Mecanismos de proteção em adolescentes femininas com transtornos mentais** visa “analisar os mecanismos de proteção e a efetividade adaptativa das adolescentes com transtorno mental que realizam tratamento no CAPS Infantil de Bauru/SP”.

Tal pesquisa não envolve nenhuma situação de risco à saúde física e mental ou à integridade moral dos participantes. A participação é voluntária e gratuita e o participante tem resguardado o direito e a liberdade de interromper a sua participação a qualquer momento, o que também não acarretará em nenhum prejuízo para o mesmo.

Como princípio ético de um trabalho científico toda utilização dos resultados obtidos, na redação de relatórios ou em comunicações científicas, deverá ser realizada garantindo o total anonimato do participante, bem como de qualquer informação que torne possível esta identificação.

Diante o exposto, **declaro que recebi orientações e esclarecimentos da pesquisadora responsável, Cristiane Araújo Dameto, quanto aos objetivos do estudo, aos procedimentos envolvidos na minha participação e ao anonimato garantido e concordo em participar, de forma voluntária, deste estudo.**

Local: _____

Data: ____/____/____

Nome legível: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora Responsável: Cristiane Araújo Dameto

Orientadora Responsável: Carmen Maria Bueno Neme

Telefone dos pesquisadores: (14) 3103-6077