UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

FERNANDA TOMÉ MARLETA IEZZI

Adolescentes em tratamento psiquiátrico: um estudo fenomenológico das vivências em seus relacionamentos sócio-afetivo-sexuais

Ribeirão Preto
2013

FERNANDA TOMÉ MARLETA IEZZI

Adolescentes em tratamento psiquiátrico: um estudo fenomenológico das vivências em seus relacionamentos sócio-afetivo-sexuais

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia
Orientador(a): Profa. Dra. Maria Alves de Toledo Bruns

Ribeirão Preto

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha Catalográfica

Marleta-Iezzi, Fernanda Tomé

Adolescentes em tratamento psiquiátrico: um estudo fenomenológico das vivências em seus relacionamentos sócio-afetivo-sexuais / Fernanda Tomé Marleta Iezzi; Orientador(a): Profa. Dra. Maria Alves de Toledo Bruns. – Ribeirão Preto, 2013. 193p.

Apoio financeiro: CNPq

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Área de concentração: Psicologia.

1. Adolescência – 2. Psicopatologia – 3. Fenomenologia. – 4. Relacionamentos sócio-afetivo-sexuais.

Folha de Aprovação

Fernanda Tomé Marleta Iezzi

Adolescentes em tratamento psiquiátrico: um estudo fenomenológico das vivências em seus relacionamentos sócio-afetivo-sexuais

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Agradecimentos

Tentarei expressar em poucas palavras minha gratidão por todos aqueles que me ajudaram nesta jornada de muito trabalho, dedicação, aprendizado e crescimento.

Primeiramente, agradeço a Deus por me proporcionar a oportunidade de viver e me auxiliar em todos os momentos.

Agradeço ao meu marido Leonardo pelo incentivo, auxílio e companheirismo, bem como por sua paciência com minha ausência em diversos momentos para trabalhar nesta dissertação.

À professora Dra. Maria Alves de Toledo Bruns por me acolher como aluna de mestrado e por me conduzir nos caminhos do aprendizado científico.

Aos meus pais, Edson e Sonia, e meus irmãos, Marcelo e Paula, pela compreensão e paciência por minha ausência durante este trajeto de elaboração.

À minha sogra, Juraci, por todo apoio e compreensão.

Ao Marcelo por sua dedicação no trabalho de revisão desta dissertação.

Aos meus amigos pelo apoio e companheirismo ao dividir dores e alegrias durante este percurso.

À minha chefe profa. Dra. Sonia Regina Loureiro por todo apoio, incentivo e compreensão nos momentos que tive que me ausentar do trabalho para cumprir as obrigações da pós-graduação.

À Dra. Lélia que trouxe grande contribuição durante o Exame de Qualificação e tornou-se uma querida colega de trabalho.

À Dra. Célia por suas orientações durante o Exame de Qualificação.

Aos colaboradores e colaboradoras que compartilharam comigo suas experiências, possibilitando a efetivação desta pesquisa e a ampliação dos conhecimentos sobre o fenômeno indagado.

À Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo que me acolheu pela segunda vez, agora como aluna da pós-graduação, e me proporcionou a oportunidade de desenvolver esta pesquisa.

Ao CNPq pelo apoio financeiro.

Muito obrigada!

RESUMO

Marleta-Iezzi, F. T. (2013) *Adolescentes em tratamento psiquiátrico: um estudo fenomenológico das vivências em seus relacionamentos sócio-afetivo-sexuais***.** Dissertação de Mestrado – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Na presente dissertação buscamos situar e (re)conhecer o fenômeno das *vivências dos relacionamentos sócio-afetivo-sexuais de adolescentes submetidos a tratamento psiquiátrico*, por compreender que a adolescência é caracterizada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial e está inserida no contexto sócio-histórico atual, o qual apresenta uma configuração de incertezas, rápidas transformações, ideologia consumista e hedonista, ressoando na constituição psíquica dos(as) adolescentes, bem como em seus relacionamentos sócio-afetivo-sexuais. Neste sentido, suas vivências mundanas podem acarretar intenso sofrimento emocional, desencadeando a necessidade de tratamento psiquiátrico. Partindo desta premissa, realizamos esta pesquisa com 10 adolescentes, sendo 5 do sexo feminino e 5 do masculino, com idades entre 13 e 19 anos, submetidos(as) a tratamento psiquiátrico, objetivando compreender como estes(as) adolescentes vivenciam suas relações intrafamiliares, sociais e afetivo-sexuais. Utilizamos a metodologia qualitativa fenomenológica, centrada na *redução*, e nos baseamos em fenomenológos como Karl Jaspers, Arthur Tatossian, Virgínia Moreira e Claudio Lyra Bastos, entre outros autores, que explicitam a importância do conhecimento das experiências e significações que a pessoa faz de suas vivências, para compreendê-la em sua totalidade. Como estratégia de coleta de dados, utilizamos a entrevista compreensiva fenomenológica mediada pela seguinte questão: "*Fale a respeito de sua infância e de sua adolescência, relacionando-as aos seus relacionamentos intrafamiliares, escolares, afetivo-sexuais e ao seu tratamento aqui no ambulatório*". A análise dos relatos seguiu os seguintes passos: leitura e releitura para apreensão do sentido do todo; discriminação das unidades de significado e elaboração de categorias; transformação em linguagem psicológica; identificação das convergências e divergências, elaborando uma síntese descritiva. Foram destacadas as seguintes categorias de significados: *Mundo-da-vida* na infância nos horizontes das relações intrafamiliares; *Mundo-da*-vida nos relacionamentos sociais; *Mundo-da*-vida nos relacionamentos afetivo-sexuais; Horizontes das vivências de sentimentos dolorosos. A análise compreensivo-interpretativa indicou relações intrafamiliares, em sua maioria, conturbadas, sendo as mães as principais cuidadoras dos(as) filhos(as) e sobrecarregadas em suas jornadas de trabalho intra e extrafamiliares, enquanto os pais mostraram ser ausentes, negligentes e, em alguns casos, violentos contribuindo para prejuízos no desenvolvimento psíquico dos(as) adolescentes, bem como em seus relacionamentos sociais e afetivo-sexuais. Além disso, encontramos experiências de *bullying* nas relações com os pares e com as autoridades escolares, afetando o aprendizado acadêmico e a autoestima dos(as) adolescentes. Estas vivências intrafamiliares e sociais repercutem nos relacionamentos afetivo-sexuais, que associados à falta de diálogo e orientação sobre sexualidade, evidenciaram sofrer influências da mídia, além de apresentar conflitos entre os modelos tradicional-patricarcal-religioso e a cultura atual de experimentação sexual e busca por prazer, com prejuízos na autoimagem acarretando dificuldades no estabelecimento de vínculos e na formação da identidade. Assim, nos horizontes das vivências de sofrimento emocional compreendemos que as psicopatologias são produto das experiências nas inter-relações, acrescendo-se às características genéticas, que dificultam a vivência autêntica. Portanto, faz-se necessário maior preparo dos profissionais da saúde e das escolas, além de ser fundamental o desenvolvimento de programas assistenciais às famílias, possibilitando orientação e suporte social e psicológico, para o estabelecimento de diálogo e compreensão entre seus membros, auxiliando os(as) adolescentes nesta fase tão importante da vida.

Palavras-chave: Adolescência, Fenomenologia, Psicopatologia, Relacionamentos sócio-afetivo-sexuais.

ABSTRACT

Marleta-Iezzi, F. T. (2013) *Adolescents in psychiatric treatment: a phenomenological study of the experiences of their relationships socio-emotional-sexual.* Dissertação de Mestrado – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

The present work seeks to situate and recognize the phenomenon of the experiences at the relationships socio-affective-sexual of adolescents undergoing psychiatric treatment, by understanding that adolescence is characterized by a complex process of growth and development biopsychosocial and is inserted into the current socio-historical context, which presents a setting of uncertainty, rapid changes, hedonistic and consumerist ideology, echoing the psychic constitution of adolescents and in their relationships socio-emotional-sexual. In this sense, his mundane experiences can cause intense emotional pain, triggering the need for psychiatric treatment. In this sense, his mundane experiences can cause intense emotional pain, triggering the need for psychiatric treatment. Setting from this premises, we conducted this study with 10 adolescents, 5 female and 5 male, aged between 13 and 19 years undergoing psychiatric treatment, objectifying understand how these adolescents perceive their family, social and emotional-sexual relationships. We use the phenomenological qualitative methodology, focused on reducing, supported by phenomenologists as Karl Jaspers, Arthur Tatossian, Virginia Moreira and Claudio Lyra Bastos, among others, which explain the importance of understanding the experiences and meanings that the person makes of their experiences, to understand it in its entirety. As a strategy for data collection, we used the interview phenomenological understanding mediated by the following question: "*Tell me about your childhood and your adolescence, relating them to your relationships within the family, school, emotional-sexual and your treatment here at the clinic.*" Analysis of the reports involved the following steps: reading and rereading to grasp the meaning of the whole; identifying the units of the meaning; transformation in psychological language, identification of convergences and divergences, producing a descriptive summary. We highlighted the following categories of meaning: World-of-life childhood in the horizons of family relationships; World-of-life in social relationships; World-of-life in affective and sexual relationships; Horizons of the experiences of painful feelings. The comprehensive-interpretative analysis indicated family relationships mostly troubled, with mothers being the primary caregivers of children and overburdened in their working hours intra and extra family while their parents were shown to be absent, negligent and, in some cases, violent contributing damage to the psychological development of adolescents as well as in their social and emotional-sexual relationships. Furthermore, we find experiences of bullying in relationships with peers and school authorities, affecting academic learning, self-esteem and self-image of adolescents. These family and social experiences affect the affective and sexual relationships, which together with the lack of dialogue and guidance on sexuality, evidenced suffer media influences and present conflicts between models patricarcal-traditional-religious and the current culture of sexual experimentation and search for pleasure, damage to self-image leading to difficulty in establishing linkages and the formation of identity. Thus, the horizons of the experiences of emotional distress show that psychopathologies are the product of experience in interrelations, adding to the genetic characteristics, which damages the experience authentic. Therefore, it is necessary to better preparation of health and schools professionals, as well as being fundamental to the development assistance programs to families, providing guidance and social and psychological support for the establishment of dialogue and understanding among its members, helping teens at this stage of life, which is so important.

Keywords: Adolescence, Phenomenology, Psychopathology, Relationships socio-emotional-sexual.

SUMÁRIO

PRÉ-REFLEXIVO.....9

CAPÍTULO 1 – AS TRANSFORMAÇÕES DA MODERNIDADE, ADOLESCÊNCIA E PSICOPATOLOGIA.....14
O CENÁRIO CONTEMPORÂNEO **14**
PERSPECTIVA DA TEMPORALIDADE DA ADOLESCÊNCIA.....**20**
HORIZONTES DA PSICOPATOLOGIA DA ADOLESCÊNCIA.....**33**

CAPÍTULO 2 – A PSICOPATOLOGIA SEGUNDO A ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA.....51

CAPÍTULO 3 – O MÉTODO FENOMENOLÓGICO APLICADO À PESQUISA EM PSICOLOGIA.....68
ACESSO AOS(ÀS) COLABORADORES(AS): CAMINHO PERCORRIDO, A ENTREVISTA COMPREENSIVA FENOMENOLÓGICA E PERFIL DOS(AS) COLABORADORES(AS).....**72**

CAPÍTULO 4 – NOS HORIZONTES DA COMPREENSÃO.....78
CATEGORIAS QUE EMERGIRAM DOS RELATOS DOS(AS) COLABORADORES(AS).....**78**
Perfil da colaboradora Wanda.....**79**
Perfil da colaboradora Gracieli.....**90**
Perfil da colaboradora Daniela.....**101**
Perfil da colaboradora Graziela.....**110**
Perfil da colaboradora Gisele.....**118**
Perfil do colaborador Fernando.....**126**
Perfil do colaborador Renato.....**131**
Perfil do colaborador Roberto.....**139**
Perfil do colaborador Reginaldo.....**146**
Perfil do colaborador João.....**159**

CAPÍTULO 5 – VIVÊNCIA DOS RELACIONAMENTOS SÓCIO-AFETIVO-SEXUAIS DE ADOLESCENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: DESVELANDO SENTIDOS.....165
HORIZONTES.....**171**

REFERÊNCIAS.....174

ANEXOS.....186
ANEXO A – Folha de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....**187**
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Responsável Legal.....**188**
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Adolescente.....**190**
ANEXO D – Critério de Classificação Econômica do Brasil.....**192**
ANEXO E – Roteiro de Identificação do(a) Colaborador(a).....**193**

PRÉ-REFLEXIVO

O desejo de compreender o fenômeno da *vivência dos relacionamentos sócio-afetivo-sexuais de adolescentes submetidos a tratamento psiquiátrico* conduziu-me à realização desta pesquisa. Para que o leitor possa compreender o meu tempo vivido em direção à elaboração do projeto que culminou nesta dissertação, faz-se necessário retomar o percurso a partir do ano de 2004, penúltimo ano de minha graduação em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), a mesma que me acolhe agora neste processo de Mestrado.

No 4º ano do curso de graduação em Psicologia, iniciam-se oficialmente os estágios obrigatórios. A área da psiquiatria sempre me despertou muito interesse. E foi neste ano de 2004 que escolhi o primeiro estágio na área da saúde mental, no CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial II – nível ambulatorial e semi-internação). O interesse somente aumentou e no 5º ano, realizei estágio em um setor de internação integral em um hospital psiquiátrico. Durante estes estágios muitas indagações surgiam em relação ao tratamento, ao diagnóstico, mas, sobretudo, ao ser humano que se encontrava submetido ao modelo atual de tratamento.

Buscando aprimorar meus conhecimentos nesta mesma área, em 2006 ingressei no Programa de Aprimoramento Profissional em Psicologia – Saúde Mental, oferecido pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP), que apresentava um programa de dois anos, nos quais foram desenvolvidas atividades em setores de internação integral, semi-internação e ambulatórios, com atendimentos supervisionados a crianças, adolescentes e adultos. Assim, durante este programa, deu-se meu primeiro contato com o atendimento de adolescentes submetidos a tratamento psiquiátrico.

O atendimento a adolescentes é bastante desafiador, pois este é um período da vida que envolve o desenvolvimento biopsicossocial, em que ocorrem diversas mudanças físicas e psíquicas. Nesta fase também os relacionamentos ocupam um importante espaço na vida do(a) adolescente: os relacionamentos com os pais que estão se modificando; os relacionamentos com os colegas que são tão importantes na identificação; os relacionamentos afetivo-sexuais, com os primeiros amores e, com toda a explosão hormonal que acontece nesta etapa de vida culminando na descoberta da sexualidade. Com tudo isso, intensos sentimentos são despertados gerando reações

igualmente acentuadas no(a) adolescente, o que muitas vezes torna difícil estabelecer fronteiras entre o comportamento normal e patológico.

Frente ao desafio no atendimento clínico desta clientela, motivei-me a prestar um concurso para poder desenvolver atividades profissionais na psiquiatria da adolescência. Assim, em 2008 ingressei como psicóloga no setor de psiquiatria de adolescentes de um hospital público do interior de São Paulo, no qual trabalho até a atualidade.

Nesse momento de minha trajetória profissional, mobilizada por intensa vontade de compreender melhor os(as) adolescentes submetidos a tratamento psiquiátrico, principalmente na área de seus relacionamentos, retornei a mesma faculdade de minha graduação, agora em direção ao programa de Pós-Graduação em Psicologia. E assim se deu o encontro com a pesquisadora Profa. Dra. Maria Alves de Toledo Bruns, docente da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e líder do Grupo de Pesquisa SexualidadeVida USP/CNPq.

Neste encontro tive a oportunidade de conhecer esta docente cujas investigações se inserem na linha de pesquisa *Sexualidade e a reflexividade da moral sexual na constituição histórico-cultural do sujeito na pós-modernidade*, ancorada na Área de Concentração Psicologia, Processos Culturais e Subjetivação, constituinte do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia desta Faculdade. A pesquisadora desenvolve o projeto de pesquisa intitulado *"Sexualidade e Desenvolvimento: O existir de Homens e Mulheres"* que se dirige a análise compreensiva do existir de homens e de mulheres na qualidade de ser sexuado e simbólico a partir do *ethos* sócio-histórico-cultural e espiritual do sujeito na pós-modernidade. Trata-se de um projeto que visa integrar um conjunto de estudos sobre a vivência das relações afetivo-sexuais de homens e de mulheres na contemporaneidade a partir das transformações nas relações de gêneros; das configurações familiares atuais; do processo de envelhecimento, adoecimento e deserotização do corpo, bem como da visibilidade e inclusão da diversidade sexual. Abarca, portanto, diferentes segmentos da existência humana, incluindo a infância, a adolescência, a adultez, a maturidade e a velhice; identificados pelos três eixos investigatórios: *O mosaico da família contemporânea e as relações de gênero*; *Expressão da diversidade afetivo-sexual: sujeito/corpo/desejo/corporalidade na pós-modernidade*; *O corpo em sua temporalidade: o processo do envelhecer, do adoecer e do deserotizar-se*. Esses eixos

vêm integrando todos os subprojetos de pós-graduandos realizados sob a orientação da pesquisadora Profa. Dra. Maria Alves de Toledo Bruns.

Do encontro com esta pesquisadora e nos debates durante as supervisões, surgiram muitas indagações, as quais foram delineando este presente estudo, a saber: Como é ser adolescente no momento sociocultural atual? Como se dá o desenvolvimento de um(a) adolescente inserido no contexto atual? Como se delineia a escolha sexual do(a) adolescente? E o(a) adolescente que busca auxílio psiquiátrico, como são suas vivências emocionais? Como se dão seus relacionamentos familiares? E os relacionamentos sociais? Neste momento de vida, o(a) adolescente passa grande parte de seu tempo na escola, então, como serão seus relacionamentos neste ambiente? Com os colegas acontecem as identificações e as primeiras paixões, como serão essas paixões para os(a) adolescentes? E o acontecer da sexualidade, como é vivido?

Além disso, consultando a literatura científica disponível online, constatei a escassez de estudos sobre relacionamentos de adolescentes submetidos a tratamento psiquiátrico.

É importante pontuar que passo agora a utilizar a primeira pessoa do plural, uma vez que esta dissertação só pode ser pensada e, consequentemente, concretizada com a orientação sempre criativa da Profa. Dra. Maria Alves de Toledo Bruns. Com isso, em 2009, sob sua orientação, iniciamos a elaboração do projeto intitulado *Adolescentes em tratamento psiquiátrico: um estudo de como vivenciam seus relacionamentos sócio-afetivo-sexuais*, com o **objetivo** de compreender como os(as) adolescentes submetidos a tratamento psiquiátrico vivenciam suas relações intrafamiliares, sociais e afetivo-sexuais, pela perspectiva qualitativa fenomenológica. Este projeto foi submetido ao processo de seleção para o programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP-USP no nível de Mestrado e aprovado. Desta forma, em 2010 ingressei no programa e, neste mesmo ano, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRP-USP e aprovado. A partir da aprovação iniciamos a realização deste estudo.

Na trajetória de realização desta pesquisa, tivemos a oportunidade de participar de eventos científicos e publicar os trabalhos intitulados: "*Adolescente em tratamento psiquiátrico: um estudo de como vivencia seus relacionamentos sócio-afetivo-sexuais*" (Marleta & Bruns, 2010); "*Adolescentes em tratamento psiquiátrico: um estudo de como vivenciam seus relacionamentos sócio-afetivo-sexuais*" (Marleta-Iezzi & Bruns, 2011); "*Vivência de homofobia (bullying) no horizonte escolar"* (Marleta-Iezzi & Bruns, 2012) – sendo este último apresentado na modalidade de comunicação oral no *II*

Congresso Internacional de Sexualidade e Educação Sexual "Pesquisa, Intervenções e Direitos". Tais experiências me propiciaram o engajamento em discussões acerca de temas relativos à adolescência, sexualidade, família, educação, contemporaneidade, entre outros, significando novas possibilidades de conhecimento e maturidade.

Quando a presente Dissertação foi submetida ao Exame de Qualificação, em conjunto com a banca, refletimos e decidimos alterar o título do projeto inicial de pesquisa para: *Adolescentes em tratamento psiquiátrico: um estudo fenomenológico das vivências em seus relacionamentos sócio-afetivo-sexuais.*

Convidamos agora o leitor a prosseguir conosco no caminho da compreensão. Apresentaremos a seguir os capítulos que compõe o presente trabalho. Vale ressaltar que nossas reflexões não têm a intenção de esgotar a complexidade que envolve o fenômeno. Desta maneira, falaremos em horizontes de compreensão, buscando vislumbrar em profundidade os significados e sentidos do mundo vida de ser adolescente submetido a tratamento psiquiátrico.

No primeiro capítulo, **As Transformações da Modernidade, Adolescência e Psicopatologia,** situamos o contexto sócio-histórico-cultural atual no qual estamos inseridos, seguindo pela apresentação da adolescência como período do desenvolvimento, bem como seu significado sociocultural ao longo da história da humanidade chegando até os dias atuais. Além disso, apresentamos um breve histórico da psiquiatria até a atualidade brasileira e as definições dos diagnósticos atribuídos pelos psiquiatras aos(às) nossos(as) adolescentes colaboradores(as).

No segundo capítulo, **A Psicopatologia Segundo a Abordagem Fenomenológica,** estabelecemos um diálogo entre alguns dos principais autores e estudiosos da psicopatologia fenomenológica nacionais e internacionais, como: Karl Jaspers, Arthur Tatossian, Virgínia Moreira e Claudio Lyra Bastos.

No terceiro capítulo, **O Método Fenomenológico Aplicado à Pesquisa em Psicologia,** apresentamos os fundamentos da fenomenologia aplicados à pesquisa qualitativa, que nos guiou na compreensão do fenômeno indagado no presente estudo, bem como o caminho percorrido em busca dos(as) adolescentes colaboradores(as) e seus(as) perfis.

No quarto capítulo, **Nos Horizontes da Compreensão**, apresentamos o perfil de cada colaborador(a) e suas histórias de vida, seguidas da compreensão/interpretação dos relatos dos(as) colaboradores(as) individualmente acerca do fenômeno das *vivências dos*

relacionamentos sócio-afetivo-sexuais de adolescentes submetidos a tratamento psiquiátrico.

No quinto capítulo, **Vivência dos Relacionamentos Sócio-afetivo-sexuais de Adolescentes Submetidos a Tratamento Psiquiátrico: Desvelando Sentidos,** realizamos uma compreensão sobre as convergências e divergências encontradas nas análises dos relatos dos(as) colaboradores(as) elaborando uma síntese descritiva e apresentamos os **Horizontes** com o encerramento de nossas reflexões.

Convidamos agora o leitor para percorrer conosco os caminhos em direção ao desvelamento do fenômeno da *vivência dos relacionamentos sócio-afetivo-sexuais de adolescentes submetidos a tratamento psiquiátrico,* pela perspectiva fenomenológica.

CAPÍTULO 1
AS TRANSFORMAÇÕES DA MODERNIDADE, ADOLESCÊNCIA E PSICOPATOLOGIA

O CENÁRIO CONTEMPORÂNEO

O momento sociocultural atual, segundo Giddens (2010):

> certamente se estende bem além dos domínios das atividades individuais e dos compromissos pessoais. ...ele também penetra profundamente no centro da auto-identidade e dos sentimentos pessoais (p. 19)

Neste sentido, as pessoas se constituem situadas na sociedade, historicidade e cultura em que estão inseridas. Desta forma, não há como refletir sobre pessoas, em qualquer faixa etária, sem refletir sobre o momento sociocultural em que estão inseridas. Principalmente ao falar em adolescentes, que estão em um período da vida que tem como característica grandes transformações físicas, hormonais, psíquicas, emocionais, entre outras.

No cenário contemporâneo marcam-se as grandes evoluções tecnológicas, a globalização de informações, a ruptura com os modelos tradicionais, a valorização do consumo, as modificações nos padrões de beleza e, como pano de fundo, sentimentos de incerteza, insegurança e instabilidade.

Diversos autores nomeiam de maneiras diferentes o momento histórico atual: Tempos Hipermodernos (Lipovetsky, 2004), Modernidade Tardia (Hall, 2006), Pós-Modernidade (Bauman, 2009), Alta Modernidade (Giddens, 2010). No entanto, todos remetem ao período atual como conseqüente às modificações na Modernidade.

Modernidade, segundo Giddens (2010), é o momento histórico, com seu início nos séculos XV e XVI, no qual ocorreram modificações nas instituições e nos modos de comportamento na Europa após o feudalismo, no entanto, essas modificações tiveram impacto mundial somente no final do século XIX e início do século XX. A Modernidade pode ser entendida como mundo industrializado, referindo-se às “relações sociais implicadas no uso generalizado da força material e do maquinário nos processos de produção” (Giddens, 2010, p. 21). Além disso, a Modernidade também é marcada

pelo capitalismo, envolvendo mercados competitivos de produtos e mercantilismo da força organizacional associado ao surgimento da vida social moderna.

> ....um exemplo maior de uma característica mais geral da modernidade: a ascensão da *organização.* ....Dizer modernidade é dizer não só organizações, mas organização – o controle regular das relações sociais dentro de distâncias espaciais e temporais indeterminadas. (Giddens, 2010, p. 22.)

Bauman (2009) complementou afirmando que a Modernidade pregava um ideal de beleza, limpeza e ordem, na qual a civilização era construída sobre a renúncia ao instinto.

Ainda sobre a Modernidade, Chevitarese (2001) referiu que esta ditava conceitos de verdade, razão, legitimidade, universalidade, sujeito e progresso, entre outros, cujos efeitos se fizeram sentir na esfera da ciência, da ética e da estética.

Neste sentido, as idéias e perspectivas que caracterizavam a modernidade pareciam construir um projeto audacioso da razão como libertadora, de forma que, segundo Chevitarese (2001):

> A aplicação ampla da racionalidade na organização social prometia a segurança de uma sociedade estável, democrática, igualitária (incluindo o fim de estados teocráticos, de perseguições sociais produzidas pela superstição, de abusos de poder por parte dos governantes, etc.). A possibilidade de domínio científico representava o aceno de uma ambicionada segurança, que nos afastaria dos infortúnios ligados a imprevisibilidade do mundo natural (desde condições climáticas e de relevo, a doenças físicas e mentais): a natureza deveria submeter-se à razão humana. (p. 4)

No entanto, a partir das décadas de 1960 e 1970 inflamou-se o debate sobre as modificações *socioculturais* que estavam ocorrendo na sociedade. Neste momento, discutiam-se a crise cultural a partir da desilusão dos conceitos modernos e as transformações rápidas que estavam e estão ocorrendo na sociedade até a atualidade. Sendo assim, esta crise na Modernidade nos conduziu ao atual momento. (Chevitarese, 2001)

Segundo Hall (2006) a Modernidade Tardia caracteriza-se por ser uma sociedade em mudança constante, rápida e permanente. Este pensamento é corroborado por Bauman (2009) que argumenta que as transformações vivenciadas na era pós-moderna libertaram as pessoas de seus apoios estáveis existentes nas tradições e nas estruturas e as direcionaram para um mundo onde impera a indeterminação e a maleabilidade.

Além disso, Bauman (2009) segue referindo que na Pós-Modernidade o que aparece é a desregulamentação, de maneira que, enquanto na era moderna, os mal-

estares provinham de uma segurança que tolerava uma liberdade pequena demais na busca da felicidade individual, em tempos pós-modernos eles provêm de uma ampla liberdade para procura do prazer que tolera uma segurança individual pequena demais.

> O sentimento dominante, agora, é a sensação de um novo tipo de incerteza, não limitada à própria sorte e aos dons de uma pessoa, mas igualmente a respeito da futura configuração do mundo, a maneira correta de viver nele e os critérios pelos quais julgar os acertos e erros da maneira de viver. .... O mundo pós-moderno está se preparando para a vida sob uma condição de incerteza que é permanente e irredutível (Bauman, 2009, p. 32).

Neste sentido, antes se acreditava que as estruturas eram divinamente estabelecidas, mas atualmente, as transformações associadas à Modernidade Tardia libertaram as pessoas de seus apoios estáveis na tradição e nas estruturas (Hall, 2006).

No entanto, Giddens (2010) argumenta que ansiedades e inseguranças também afetavam as pessoas em épocas anteriores à Alta Modernidade, mas, no momento cultural atual, há um dinamismo associado a mudanças na confiança e nos ambientes de risco, gerando mudanças no conteúdo e na forma das ansiedades sofridas pelas pessoas.

Nesta direção, a ansiedade pós-moderna decorrente da total liberdade traz insegurança em relação à necessidade de conquistar a felicidade. Além disso, a "permissividade mostra-se culturalmente tão assustadora quanto uma cruel limitação: 'poder tudo' é tão angustiante como 'não poder nada'." (Chevitarese, 2001, p. 8)

A Alta Modernidade apresenta um ambiente de oportunidade e risco, no qual os eventos futuros estão abertos para serem moldados pela intervenção do ser humano. Desta forma torna-se central a noção de risco, pois a sociedade está deixando o modo tradicional e se abrindo para um futuro imprevisível, sendo o futuro um território de possibilidades. (Giddens, 2010).

Giddens (2010) nos chama atenção para a proliferação das especializações nas instituições modernas, gerando maior insegurança e maior abertura para contestações e dúvidas:

> A proliferação de especializações anda junto com o avanço das instituições modernas, e o crescente estreitamento das áreas de especialização parece um resultado inevitável do desenvolvimento técnico. Quanto mais se concentram as especializações, tanto menor em termos relativos o campo em que qualquer indivíduo pode reivindicar competência; em outras áreas da vida ele estará na mesma situação que todos os demais. Mesmo em campos nos quais os peritos chegam ao consenso, por causa da natureza cambiante do saber moderno, os efeitos de "retorno" sobre o pensamento e prática leigos serão ambíguos e complicados. O clima de risco da modernidade é inquietante para todos; ninguém escapa. (p. 117)

Ainda na visão deste autor este clima de risco se estende para o estabelecimento da identidade da pessoa, dizendo que a modernidade fragmenta o eu do sujeito, mas também o une. Neste sentido, enfatiza que o problema da unificação está na gama indeterminada de possibilidades que se apresenta à pessoa, devido a não separação de espaço e tempo que se estende para além dela, que se faz presente por uma série de canais e fontes variadas, como a mídia e a internet.

Assim, o momento sociocultural atual confronta as pessoas com uma complexa variedade de escolhas, sem, entretanto, auxiliar nas posições a serem selecionadas. Além disso, nem todas as oportunidades de escolha estão abertas para todos, nem mesmo as pessoas apresentam pleno conhecimento da gama de alternativas existentes ao fazer uma opção. (Giddens, 2010).

O sistema capitalista procura cada vez mais moldar o consumo e monopolizar as condições de produção, conduzindo assim as pessoas a possibilidades pré-determinadas que continuem a sustentar o mercado capitalista.

> ...os mercados promovem o individualismo na medida em que sublinham direitos e responsabilidades individuais, mas no primeiro momento esse fenômeno diz principalmente respeito à liberdade de contrato e à mobilidade intrínseca ao emprego capitalista. Mais tarde, porém, o individualismo se estende para a esfera do consumo, a identificação das preferências individuais, tornando-se fundamental para a continuidade do sistema. A liberdade de escolha individual governada pelo mercado torna-se um quadro que envolve a auto-expressão individual. (Giddens, 2010, p. 183.)

De acordo com Lipovetsky (2005), uma vez que se tenta gerar algo de novo na cultura atual, acaba-se por produzir um estereótipo, uma repetição. O hedonismo reforçado pelo ideal capitalista torna-se o comportamento geral da vida, encorajando a gastar, gozar a vida e obedecer aos impulsos.

As influências do capitalismo levam a dois tipos de comportamentos que se tornam patológicos, segundo Giddens (2010): o narcisismo e a personalização;

> É claro que o narcisismo brota também de outras fontes, especialmente como fenômeno profundo do desenvolvimento da personalidade. Mas na medida em que a mercantilização, no contexto do consumismo, promove a aparência a valor máximo, e vê o autodesenvolvimento acima de tudo em termos de exibição, traços narcisistas provavelmente se tornarão importantes. A personalização, porém, também tem seus aspectos patológicos. Todo autodesenvolvimento depende do domínio sobre as respostas apropriadas aos outros; um indivíduo que necessita ser “diferente” de todos os outros não tem chance de desenvolver reflexivamente uma auto-identidade coerente. A personalização excessiva tem ligações com concepções de

> grandiosidade. O indivíduo é incapaz de descobrir uma auto-identidade suficientemente "sóbria" para conformar-se às expectativas dos outros em seus ambientes sociais. (p. 185)

Desta forma, no pós-modernismo a imagem domina a realidade. Com a expansão da internet e das redes sociais, além da mídia eletrônica, ser alguém é aparecer na tela do computador, é ser comentado nas redes sociais. O que é visto nestas redes é o que se deve ser, de maneira que a realidade torna-se segundo plano. Desta maneira, a relação social entre as pessoas passa a ser mediada pela imagem.

No entanto, paralelamente, aumenta-se a sensação de falta de sentido pessoal, ou seja, sensação de que a vida não tem nada a oferecer, tornando-se um problema fundamental da Modernidade Tardia. (Giddens, 2010)

Assim, busca-se uma autossatisfação plena, sem, no entanto, a consciência real da necessidade de satisfação, notando-se apenas os desejos impostos pela cultura, que são: corpos jovens e bem definidos; muito dinheiro para comprar produtos que "facilitam" a vida além de trazerem status social, bem como conforto.

Com isso, os relacionamentos interpessoais também ganham a mesma conotação de busca a todo custo por satisfação e não frustração. Bauman (2008) ressalta que na contemporaneidade a atenção humana apresenta uma tendência a se concentrar na satisfação que se espera obter das relações, isto porque elas não têm sido consideradas plenas e verdadeiramente satisfatórias, mas, quando satisfazem, o preço a se pagar é considerado excessivo e inaceitável.

Desta forma, no cenário atual, muitos se encontram:

> ....desesperados por terem sido abandonados aos seus próprios sentidos e sentimentos facilmente descartáveis, ansiando pela segurança do convívio e pela mão amiga com que possam contar num momento de aflição, desesperados por "relacionar-se". E no entanto desconfiados da condição de "estar ligado", em particular de estar ligado "permanentemente", para não dizer eternamente, pois temem que tal condição possa trazer encargos e tensões que eles não se consideram aptos nem dispostos a suportar, e que podem limitar severamente a liberdade de que necessitam para relacionar-se (Bauman, 2008, p. 8).

A noção de relacionamento afetivo resiste a ser plena por mostrar-se contaminada pelas suas conotações perturbadoras e preocupantes, permanecendo cheia de ameaças vagas e premonições sombrias; além disso, vivemos ao mesmo tempo os prazeres do convívio e os horrores da clausura. (Bauman, 2008)

Bauman (2008) utiliza a metáfora do amor líquido ao referir-se à fragilidade dos laços humanos. E sobre a sexualidade, afirmou que hoje o sexo tornou-se o modelo

alvo/ideal predominante na parceria humana, de maneira que ele passa a ser julgado pela satisfação que possa trazer por si mesmo. No entanto, não é de se admirar que também tenha crescido a capacidade do sexo de gerar frustração e de exacerbar a própria sensação de estrangulamento que se esperava que curasse.

Cugini (2008) explicita que na sociedade capitalista atual, a cultura consumista domina também as relações afetivas, nas quais o amor é tratado semelhante às mercadorias comercializadas, que são descartadas com facilidade, frente às constantes modificações e aperfeiçoamentos tecnológicos. Desta forma, perde-se o sentido de se investir em algo duradouro, além de parecer não fazer sentido investir tanto em algo que está em constante mudança.

Giddens (2010) afirma que as relações pessoais na atualidade oferecem oportunidades de intimidade e auto-expressão ausentes em muitos contextos mais tradicionais. Entretanto, estas relações tornaram-se mais arriscadas e perigosas, de maneira que os modos de comportamento e sentimento associados à vida sexual e conjugal tornaram-se móveis, instáveis e abertos. “Há muito a ganhar; mas há um território inexplorado a mapear, e novos perigos a evitar.” (Giddens, 2010, p. 19)

Na Alta Modernidade, a sexualidade tornou-se um dos principais elementos da busca da intimidade, no entanto, também gera problemas e estimula sentimentos que não se restringem a uma relação privada entre duas pessoas. (Giddens, 2010)

Além disso, Giddens (2010) ressalta que:

> É característico dos sistemas modernos de intimidade sexual e de amizade que parceiros sejam escolhidos voluntariamente entre uma diversidade de possibilidades. É claro que a proximidade é normalmente necessária para que se desenvolvam relações íntimas, e a medida da escolha real varia de acordo com muitas diferenças sociais e psicológicas. Mas a coluna dos corações solitários, os encontros via computador e outras formas de serviços de apresentação mostram suficientemente bem que a escolha plural é fácil de alcançar se se estiver preparado para abandonar os últimos resquícios da maneira tradicional de fazer as coisas. (p. 85)

Contudo, é importante ressaltar, como afirmou Giddens (2010):

> Pode-se aceitar que o advento da modernidade traz mudanças importantes no ambiente social externo do indivíduo, afetando o casamento e a família assim como outras instituições; mas as pessoas continuam a viver suas vidas como sempre fizeram, enfrentando da melhor maneira que podem as transformações sociais à sua volta. Ou não? Pois as circunstâncias sociais não são separadas da vida pessoal, nem são apenas pano de fundo para ela. Ao enfrentar problemas pessoais, os indivíduos ativamente ajudam a reconstruir o universo da atividade social à sua volta. (pp. 18 e 19)

Além disso, vivemos em um momento no qual todo o avanço tecnológico também possibilitou a aproximação entre as pessoas e grandes melhorias na qualidade de vida. Citando alguns exemplos: o avião aumentou a possibilidade de reencontro entre pessoas residentes em estados, países ou continentes distantes; o telefone e a internet possibilitam que pessoas de qualquer lugar do mundo possam conversar, inclusive vendo-se mutuamente pela tela do computador; as informações e descobertas podem ser compartilhadas quase que instantaneamente, aumentando-se assim o acesso a informações; o avanço da medicina proporcionou o aumento da expectativa de vida e o tratamento a doenças que antes tiravam a vida do indivíduo em pouco tempo de manifestação, entre outros.

Assim, frente ao quadro sociocultural presente, como pensar o adolescente que está sofrendo emocionalmente e buscando tratamento psiquiátrico? Pensando que o adolescente encontra-se em um período da vida de descobertas e identificações rumo ao mundo adulto, em especial do adolescente em tratamento psiquiátrico, como o seu mundo vida se expressa? Com quais dificuldades ou não se defronta, seja no mundo intrafamiliar, seja no social e nos relacionamentos afetivos sexuais? Enfim como se percebe nesse contexto contemporâneo explicitado alhures? Tendo essas questões a nortear nossa busca, primeiramente, nesse próximo item buscaremos compreender o fenômeno da adolescência e como se expressa no decorrer da história até esse nosso século XXI, para em seguida pensarmos na questão dos transtornos mentais diagnosticados na adolescência.

PERSPECTIVA DA TEMPORALIDADE DA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é um período da vida de transição entre a infância e o mundo adulto, caracterizada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a adolescência está circunscrita à segunda década de vida, dos 10 aos 19 anos. Esta delimitação encontra-se em descompasso com a lei brasileira, que, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituiu que a adolescência compreende a faixa etária de 12 a 18 anos. No entanto, ambas as delimitações deste período do desenvolvimento humano

são adotados pelo Ministério da Saúde ao tratar dos adolescentes. (Ministério da Saúde, 2007).

Além deste descompasso entre o ECA e a OMS, esta última também desdobra o conceito de adolescência incluindo o conceito de juventude, de maneira que é considerada adolescência as idades entre 10 e 19 anos e juventude, as idades entre 15 e 24 anos, identificando-se então adolescentes jovens dos 15 aos 19 anos e adultos jovens dos 20 aos 24 anos (Ministério da Saúde, 2007).

Apesar desta dificuldade na delimitação das idades que correspondem à adolescência, o Ministério da Saúde (2007), informa que a adoção do critério cronológico para identificar a adolescência:

> ...objetiva a identificação de requisitos que orientem a investigação epidemiológica, as estratégias de elaboração de políticas de desenvolvimento coletivo e as programações de serviços sociais e de saúde pública, porém, ignora as características individuais. Portanto, é importante ressaltar que os critérios biológicos, psicológicos e sociais também devam ser considerados na abordagem conceitual da adolescência. (pp. 7 e 8)

Além da caracterização cronológica da adolescência, a legislação brasileira por meio do ECA também garante seus direitos. O ECA, Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990, regulamenta em seu artigo 1º que "Esta Lei dispõe sobre a proteção integral sobre a criança e o adolescente" e em seu artigo 3º especifica que:

> ...a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Ao pensarmos na etimologia da palavra, "adolescência" tem dupla origem etimológica, sendo (1) do latim *ad* (a, para) e *olescer* (crescer), apresentando a significação de condição ou processo de crescimento e (2) do mesmo latim, encontramos também *adolescere,* significando adoecer, enfermar. Com isso, temos a aptidão para crescer, física e psiquicamente, e aptidão para adoecer, devido ao sofrimento emocional pelas transformações biológicas e psíquicas desta fase de vida (Outeiral, 2008, grifos do autor).

O desenvolvimento biopsicossocial do adolescente sofre influências das transmissões culturais ao longo da história da humanidade, do momento econômico, social, político e cultural no qual está inserido, da família e seu histórico, valores e moral, além dos amigos e companheiros de convivência diária.

Neste sentido, A. Melo e V. Moreira (2008), ressaltaram que na atualidade a adolescência está sendo considerada um processo cada vez mais longo, pois, i) de um lado as imposições da mídia, do consumo e da publicidade estão fazendo com que as crianças estejam cada vez mais próximas do mundo adolescente e adulto, de forma que experiências da infância acabam por cada vez mais desaparecer; e ii) de outro lado, essa proximidade com o mundo adulto, também faz com que o adolescente viva uma adolescência prolongada.

Dessa forma, para compreendermos melhor o surgimento da adolescência e seu conceito na atualidade, passamos agora situar a adolescência na história da humanidade.

Philippe Ariès (2011) expõe sobre a importância da distinção das idades da vida do homem ao longo da história da humanidade:

> As "idades", "idades da vida" ou "idades do homem" correspondiam no espírito de nossos ancestrais a noções positivas, tão conhecidas, tão repetidas e tão usuais, que passaram do domínio da ciência ao da experiência comum. Hoje em dia não temos mais ideia da importância da noção de idade nas antigas representações do mundo. A idade do homem era uma categoria científica da mesma ordem que o peso ou a velocidade o são para nossos contemporâneos. Pertenciam a um sistema de descrição e de explicação física que remontava aos filósofos jônicos do século VI a.C., que fora revivido pelos compiladores medievais nos escritos do Império Bizantino, e que ainda inspirava os primeiros livros impressos de vulgarização científica no século XVI. (pp. 4 e 5)

Especificamente sobre a adolescência, seu conceito tal como concebemos atualmente é bem recente na história da humanidade, sendo organizado como período evolutivo no século XIX. Ao longo da história, há registros sobre esta etapa da vida nomeada de maneiras diferentes dependendo de cada período histórico, sendo algumas vezes incorporado como fazendo parte dos adultos, outras vezes como púberes, ainda outras como jovens e em outros momentos como adolescentes. Além disso, os conceitos de puberdade, adolescência e juventude em muitos momentos históricos foram tratados como semelhantes.

Procurando-se diferenciar estes conceitos, segundo o Ministério da Saúde (2007) a puberdade:

> ...constitui uma parte da adolescência caracterizada, principalmente, pela aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudança da composição corporal, eclosão hormonal, evolução da maturação sexual. A puberdade é um parâmetro universal, ocorrendo de maneira semelhante em todos os indivíduos; já a adolescência é um fenômeno singular caracterizado por influências socioculturais que vão se concretizando por meio de reformulações constantes de caráter social, sexual e de gênero, ideológico e vocacional. (p.8)

Já em relação aos conceitos de adolescência e juventude, C. Silva e Lopes (2009) referem que no Brasil há um uso concomitante de ambos os termos, com suas concepções muitas vezes sem delimitação clara, de maneira que ora aparecem na literatura sobrepondo-se, ora constituindo campos distintos. Assim, segundo as autoras:

> O termo adolescência parece estar mais vinculado às teorias psicológicas, considerando o indivíduo como ser psíquico, pautado pela realidade que constrói e por sua experiência subjetiva. Ao passo que o termo juventude parece ser privilegiado no campo das teorias sociológicas e históricas, no qual a leitura do coletivo prevalece. Sendo assim, a juventude só poderia ser entendida na sua articulação com os processos sociais mais gerais e na sua inserção no conjunto das relações sociais produzidas ao longo da história. (Silva & Lopes, 2009, p. 88)

Retomando a história, desde tempos mais antigos, como no século XVII a.C., foram encontradas inscrições cuneiformes mesopotâmicas que continham reclamações e lamentos acerca da conduta de pessoas jovens da época correspondentes à faixa etária dos nossos adolescentes atuais (Davim et al., 2009).

No Império Romano, aos 14 anos, os meninos abandonavam as vestes infantis tendo direito de fazer tudo o que quisessem. Iniciavam sua vida sexual comprando os prazeres de uma serva em um bairro devasso de Roma ou sendo escolhidos por uma dama de alta sociedade que tivesse o capricho de torná-lo menos inocente. Aos 16 anos podiam optar pela carreira pública ou entrar no exército. Já as meninas, aos 12 anos eram consideradas púberes e em idade para o casamento, o qual se consumava no máximo até os 14 anos, quando eram consideradas adultas. (Grossman, 1998)

Ao longo do século II d.C. difundiu-se uma nova moral higienista confinando a prática sexual de homens e mulheres ao casamento, sendo o sexo encarado como um prazer perigoso para a saúde. Neste momento ocorreram mudanças na concepção de maioridade, sendo a passagem para a vida adulta não mais garantida pela puberdade e sim pela legislação, a qual ditava que o rapaz deveria permanecer sob a autoridade paterna até a morte do pai, quando então se tornava um pai de família. (Grossman, 1998)

Em textos da Idade Média, segundo Ariès (2011):

> Aí, as idades correspondem aos planetas, em número de 7: A primeira idade é a infância que planta os dentes, e essa idade começa quando a criança nasce e dura até os sete anos, e nessa idade aquilo que nasce é chamado *enfant* (criança), que quer dizer não-falante, pois nesta idade a pessoa não pode falar bem nem formar perfeitamente suas palavras, pois ainda não tem seus dentes bem ordenados nem

> firmes, como dizem Isidoro e Constantino. Após a infância, vem a segunda idade... chama-se *pueritia* e é assim chamada porque nessa idade a pessoa ainda é como a menina do olho, como diz Isidoro, e essa idade dura até os 14 anos. Depois segue-se a terceira idade, que é chamada de adolescência, que termina, segundo Constantino em seu viático, no vigésimo primeiro ano, mas, segundo Isidoro, dura até os 28 anos... e pode estender-se até 30 ou 35 anos. Essa idade é chamada de adolescência porque a pessoa é bastante grande para procriar, disse Isidoro. Nessa idade os membros são moles e aptos a crescer e a receber força e vigor do calor natural. E por isso a pessoa cresce nessa idade toda a grandeza que lhe é devida pela natureza. [O crescimento, no entanto, termina antes dos 30 ou 35 anos, e até mesmo antes dos 28. Certamente devia ser ainda menos tardio numa época em que o trabalho precoce mobilizava mais cedo as reservas do organismo.] Depois segue-se a juventude, que está no meio das idades, embora a pessoa aí esteja na plenitude das forças, e essa idade dura até 45 anos, segundo Isidoro; ou até 50, segundo os outros. Essa idade é chamada de juventude devido à força que está na pessoa, para ajudar a si mesma e aos outros, disse Aristóteles. (pp. 7 e 8)

A quinta idade, segundo Ariès (2011) é a *senectude*, a sexta é a velhice que iria até os 70 anos e, por último, teríamos a *senies.*

O mesmo autor segue referindo que na França, do século XVI ao século XVIII, por uma dificuldade de tradução do latim para o francês, pois esta língua não dispunha de tantos nomes em seu vocabulário como o latim, a adolescência foi confundida com a infância. Além disso, complementa que na sociedade medieval, o sentimento de infância semelhante ao atual não existia. Isto não quer dizer que eles não cuidavam de suas crianças ou não tinham afeição por elas. Apenas refere a não consciência da particularidade infantil, como diferente do mundo adulto. Esta indiferença provavelmente se deu pelo alto índice de mortalidade infantil daquela época, de maneira que havia um alto índice de natalidade, mas a grande maioria destas crianças chegavam a falecer devido a doenças. Desta forma, tornava difícil aos pais apegarem-se às crianças que tinham altas chances de não sobreviver.

No entanto, segundo Lins (2012) não era apenas pela alta mortalidade infantil que não havia sentimento de infância semelhante ao atual. Segundo esta autora, na era medieval, ainda predominava a ideologia teológica cristã e os escritos de Santo Agostinho, do século V d.C., de que a criança logo que nascia era vista como símbolo da força do mal, por ser um ser imperfeito e esmagado pelo peso do pecado original. Desta maneira, a infância era vista como o maior testemunho de uma condenação lançada contra a totalidade dos homens, pois ela evidenciava como a natureza corrompida se precipitava para o mal. E essa natureza tão corrompida da criança daria um penoso trabalho de recuperação.

Além disso, a mesma autora segue referindo que, no século XIII, foi criada a primeira agência em Paris de amas-de-leite, devido ao fato de que, muitas mães da aristocracia alegavam fraqueza em sua constituição, impossibilitando a amamentação, e outras referiam que este ato prejudicaria sua beleza física. No entanto, naquela época, se a criança não fosse amamentada no peito, ela não sobreviveria, daí a necessidade de que se contratasse alguém para exercer este papel.

Mas foi nos séculos XVII e XVIII que generalizou o hábito de contratar amas-de-leite, chegando à escassez desta população. Isto ocorreu pela ideologia de que as famílias mais abastadas acreditavam ser superiores ao povo mais pobre, considerando indignas as mães que amamentassem seus filhos, pois este ato era considerado repugnante, gerando uma imagem animalizada da mulher, além de ser visto como um gesto despudorado. Acrescenta-se a isto, o fato de os maridos referiam apresentar aversão ao cheiro do leite, alegando ser sinônimo de sujeira. Estas crenças tinham forte contribuição dos médicos da época, que preconizavam que o sexo durante a amamentação era proibido porque o esperma estragava o leite, pondo em risco a vida da criança. Desta forma, a amamentação era vista como um empecilho para a vida conjugal e para os prazeres da vida mundana, já que era considerado muito deselegante cuidar de uma criança. (Lins, 2012)

As amas então eram escolhidas com o auxílio de um médico, que procurava selecionar as mulheres que apresentavam melhores condições de saúde, bom temperamento, ou seja, que fossem alegres, dispostas, bonitas, vivas, sóbrias, sem nenhuma paixão e, de preferência, de cor da pele branca. Escolhida a ama, logo ao nascimento da criança os pais a entregavam à ama e só reaviam seus filhos após alguns anos. (Lins, 2012)

A força destas ideias em relação à amamentação atingia também as classes populares que, logo que a criança nascia, percorriam os mercados e as ruas para contratar a primeira camponesa que encontrassem que pudesse amamentar seus filhos, sem a possibilidade de examinar sua saúde física (Lins, 2012).

Quando as crianças atingiam a idade de 4 a 5 anos ou mais, eram devolvidas às suas famílias de origem e assim que tinham condições de viver sem a solicitude constante de seu cuidador, ingressava na sociedade dos adultos e não se distinguia mais destes. (Lins, 2012; Ariès, 2011; Davim et al., 2009; Grossman, 1998)

Pensando-se na vida escolar, até meados do século XVII, ela era restrita aos meninos e as crianças muito pequenas também eram excluídas da escolarização, sendo

considerada a primeira infância do nascimento até os 5 ou 6 anos, quando o menino deixava sua mãe ou ama, podendo entrar para o colégio aos 7 anos de idade. Mais tarde, o ingresso nas classes de gramática passou a ser a partir dos 9 ou 10 anos, ampliando-se assim o tempo da primeira infância. Embora a primeira infância fosse assim isolada, a mistura das idades na escola persistiu nos séculos XVII e XVIII, sendo agrupadas pessoas de 10 a 25 anos frequentando as mesmas classes. (Ariès, 2011).

Quanto às meninas, nesta mesma época, sua educação circunscrevia-se à aprendizagem doméstica, sendo que elas eram semianalfabetas. Criou-se o hábito de enviar as meninas de 7 a 12 anos aos conventos, que eram destinados à educação, em que elas acompanhavam os exercícios devotos e recebiam instrução exclusivamente religiosa.

Mais adiante na história, na segunda metade do século XVIII, ocorreram profundas transformações sociais e tecnológicas na Europa com a Revolução Industrial. Esta teve seu início na Inglaterra e foi caracterizada pela passagem de um sistema de produção agrário e artesanal para um novo sistema de produção industrial, com a utilização do vapor como fonte de energia para acionar a máquina substituindo a força muscular humana. Estas modificações no ambiente de trabalho refletiram em transformações nas relações do homem com seu trabalho, consigo próprio e com o mundo ao seu redor, de maneira que o produtor, que antes possuía domínio do tempo e era independente no artesanato e na manufatura, agora se tornou operário da indústria. E com a industrialização nasceu o capitalismo e os aglomerados urbanos ao redor das fábricas. (Lins, 2012)

> A partir de então, a área doméstica começa a se opor à área pública. A produção econômica é transferida para as fábricas, distantes de casa. Como o novo mercado de trabalho mal absorvia os homens, as mulheres são incentivadas a permanecer em casa, dedicando-se exclusivamente ao marido e aos filhos. Passa-se a cultivar a casa como lar e necessária privacidade. Acentua-se o afastamento do grupo familiar da sociedade. Surge, então, um tipo social de família que se denomina burguesa, trazendo nova ideologia: o amor materno e o amor romântico. (Lins, 2012, p. 111)

Assim, neste final do século XVIII e início do século XIX, com a queda das monarquias e a proliferação das fábricas, tornou-se necessário produzir seres humanos para trabalhar e enriquecer o Estado. Com isso, buscou-se intensamente reduzir a mortalidade infantil, pois as crianças agora eram a garantia de futura mão-de-obra. Desta forma, a primeira infância que era até então negligenciada tornou-se uma prioridade, com médicos, pensadores, administradores, pedagogos e até mesmo chefes

de polícia repetindo incansavelmente argumentos para convencer as mulheres a cuidarem de seus filhos. (Lins, 2012)

Foram necessárias várias décadas e muita argumentação e sermões para que as mulheres resolvessem cumprir seus deveres de mães e começassem a mudar. Assim, as mães passaram a amamentar seus próprios filhos, novos hábitos de higiene foram adotados e foi instituída maior proximidade com a criança como carícias e afagos. Desta maneira, a mulher então passou a apegar-se em favor de ser uma boa mãe e a morte das crianças passou a ser fonte de sofrimento para a família. Iniciou-se assim o mito do amor materno que segue até a atualidade. (Lins, 2012)

Ainda no século XIX, com o crescimento da indústria, houve a ampliação da gama de habilidades necessárias para a ocupação de novos postos de trabalho, exigindo maior preparo do trabalhador. Assim, a extensão do tempo de formação profissional postergou a entrada no mercado de trabalho, tendo como uma de suas conseqüências o adiamento do início da vida reprodutiva para homens e mulheres. Trabalho e reprodução passaram a ser característicos do que se costumava chamar de vida adulta e seu início tardio acabou por produzir um hiato entre esta fase e a infância. Com esta lacuna, nasceu a ideia adolescência, entendida como período de aprendizagem e preparação para o futuro. (Villela & Doreto, 2006)

Grossman (1998) nos mostra que neste período a adolescência era bem delimitada: para o menino estendia-se entre a primeira comunhão e o bacharelado, enquanto que para a menina iniciava-se também na primeira comunhão, mas encerrava-se com o casamento. Contudo, a adolescência passou a ser vista como um momento crítico da vida, com riscos potenciais tanto para a própria pessoa como para a sociedade como um todo. Esta fase distinguia-se como zona de turbulência e contestação, constituindo-se em uma linha de rupturas e explosões na família, decorrentes das modificações biológicas com a puberdade e suas manifestações através do comportamento do adolescente.

O tema adolescência, então chamado de juventude, passou a ser foco de interesse de escritores, artistas, moralistas e políticos. Assim, a adolescência tal como ela é conhecida atualmente, para muitos historiadores, nasceu de fato com a Revolução Industrial durante o século XIX, embora os adolescentes constituíssem uma parcela importante da massa trabalhadora. (Davim et al., 2009)

No século XIX, a família tinha papéis bem delimitados, a qual, segundo Grossman (1998):

> A família do século XIX era caracterizada por ser nuclear, heterossexual, monógama e patriarcal. Essa família era dominada pela figura do pai. Da família, ele era a honra, o chefe e o gerente. Seus interesses sempre prevaleciam sobre as aspirações dos membros que a compunham. Mulher e filho lhe eram rigorosamente subordinados. A esposa estava destinada ao lar, aos muros de sua casa, à fidelidade absoluta. Os filhos deviam submeter suas escolhas, profissionais e amorosas, às necessidades familiares. Em resumo, esta família assumia um modelo excessivamente rígido e normativo. (p. 72)

Ainda nesta época, com a ampliação gradual dos anos do ensino obrigatório e a exigência de formação acadêmica cada vez maior, surgiram leis que se opunham à entrada no mercado de trabalho precoce. Além disso, a convivência entre adolescentes e adultos, que antes ocorria em casa e no trabalho, agora se dava predominantemente em casa e na escola, ampliando sua convivência com colegas da mesma idade. Esta convivência propiciou o desenvolvimento de uma subcultura adolescente, com suas roupas, linguagem, atitudes e comportamentos bem específicos, distinguindo-se dos adultos. Juntamente com essas características vieram a irreverência, o desafio e a rebeldia. (Davim et al., 2009)

De acordo com Ariès (2011),

> O primeiro adolescente moderno típico foi o *Siegfried* de Wagner: a música de *Siegfried* pela primeira vez exprimiu a mistura de pureza (provisória), de força física, de naturismo, de espontaneidade e de alegria de viver que faria do adolescente o herói do nosso século XX, o século da adolescência. Esse fenômeno, surgido na Alemanha wagneriada, penetraria mais tarde na França, em torno dos anos 1900. A "juventude", que então era a adolescência, iria tornar-se um tema literário, e uma preocupação dos moralistas e dos políticos. Começou-se a desejar saber seriamente o que pensava a juventude, e surgiram pesquisas sobre ela, como as de Massis ou de Heriot. A juventude apareceu como depositária de valores novos, capazes de reavivar uma sociedade velha e esclerosada. ...a consciência da juventude tornou-se um fenômeno geral e banal após a guerra de 1914, em que os combatentes da frente de batalha se opuseram em massa às velhas gerações da retaguarda. A consciência da juventude começou como um sentimento comum dos ex-combatentes, e esse sentimento podia ser encontrado em todos os países beligerantes. .... Daí em diante, a adolescência se expandiria, empurrando a infância para trás e a maturidade para a frente. (p. 15)

No final da década de 1950, a imagem do adolescente foi consolidada como emocionalmente instável e revoltado, sendo que esta rebeldia era difusa e sem significado social claro, com o movimento musical rock and roll retratando a alma dos adolescentes dessa época. (Davim et al., 2009)

A década de 1960 inaugurou um novo estilo de contestação social, com o despertar político dos jovens rebeldes sem causa. Inicialmente o fenômeno seria

caracterizado pelos seus sinais mais evidentes, como os cabelos compridos, as roupas coloridas, a música e as drogas, no entanto, logo ficou claro que as manifestações não se limitavam a estas marcas superficiais, significando uma nova maneira de pensar. Assim, a ideia era um novo movimento libertário com a intenção de destruir radicalmente tudo o que estivesse estabelecido e consagrado, como os valores, as ideias, os tabus e as instituições. (Grossman, 1998)

Nesse sentido, de acordo com Hall (2006), esse grupo de "novos movimentos sociais", que foram: a contracultura juvenil, o feminismo, as revoltas juvenis, as lutas pelos direitos civis, os movimentos pela paz que emergiram durante a década de 1960 foram o grande marco da modernidade tardia. Esses movimentos, de acordo com Hall (2006):

> ...se opunham tanto à política liberal capitalista do Ocidente quanto à política "estalinista" do Oriente; Eles afirmavam tanto as dimensões "subjetivas" quanto as dimensões "objetivas" da política; Eles suspeitavam de todas as formas burocráticas de organização e favoreciam a espontaneidade e os atos de vontade política; .... Eles refletiam o enfraquecimento ou o fim da classe política e das organizações políticas de massa com ela associadas, bem como sua fragmentação em vários e separados movimentos sociais; Cada movimento apelava para a *identidade* social de seus sustentadores. Assim, o feminismo apelava às mulheres, a política sexual aos gays e lésbicas, as lutas raciais aos negros, os movimentos antibelicista aos pacifistas, e assim por diante. (pp. 44 e 45)

Segundo Krüger (2010), a década de 1960 também foi marcada pela expansão da indústria cultural e, à medida que a lógica da indústria passou a operar na produção cultural, a linha divisória entre arte e cultura modificou-se, de maneira que a cultura passou a ser vista como mercadoria e foi inserida no modelo de produção industrial, tornando homogêneas suas particularidades para atingir a um público massivo e viabilizar as necessidades de consumo. "A partir de então a indústria do entretenimento irá colonizar também a esfera do lazer, do imaginário e produzir desejos inesgotáveis de consumo cultural por meio de propaganda e demais mecanismos de produção de massa." (Krüger, 2010, p. 142)

No Brasil, nesta mesma época, a contracultura estudantil foi marcada pela luta contra a ditadura militar instalada no país. Como conseqüência foi marcante ainda na década de 1960, a decepção com o modelo adulto e a adoção de novos hábitos, como o sexo livre e experimentação de drogas, que trouxeram sérios problemas como maiores fracassos escolares, doenças psicossomáticas, gravidez indesejada, doenças sexualmente

transmissíveis, homicídios, suicídios e abuso de drogas, que vem crescendo de modo assustador até os dias atuais. (Davim et al., 2009)

Na década de 1970, houve dois movimentos distintos: 1) o surgimento de grupos revolucionários como os *punk* nos Estados Unidos e na Inglaterra (e que ganharam força no Brasil apenas no final da década de 70 e início da década de 80); 2) pela grande influência da mídia, na outra parcela da população jovem, a revolta cedeu lugar a certo encolhimento e conformismo, agora caracterizada pelo individualismo, egocentrismo, narcisismo, denominada geração EU, preocupando-se mais com o consumismo e questões centradas no próprio bem-estar. (Viteck, 2007; Davim et al., 2009)

Em relação ao movimento *punk*, este foi um dos fenômenos sociais e culturais mais controversos na contemporaneidade, pois sua ideologia ligada à contracultura juvenil era, teoricamente, caracterizada por intensa contestação ao sistema capitalista. No entanto, o lançamento de discos e a adoção de um novo estilo de vida e de uma moda – pela maneira de se vestir – chegaram à massa populacional pela indústria cultural. Com isso, os mercados de moda, de discos e a imprensa logo notaram que a rebeldia podia ser colocada à venda e conseguiram muito sucesso. (Viteck, 2007)

Em 1980, especificamente no Brasil, houve grandes mudanças na política com o final da ditadura militar, emergindo uma nova representação ao adolescente da época, com o surgimento de variedade de figuras juvenis cuja identidade se expressa, principalmente, por meio de sinais impressos sobre sua imagem e pelo consumo de determinados bens culturais oferecidos pelo mercado. Esta nova representação do adolescente despertou visões opostas na sociedade tais como desordeiros ou renovadores. (Frota, 2007)

Em busca da diferença, do desejo de impactar, os adolescentes mobilizaram a atenção dos anos 1990, com as formas: *punk*, *dark*, *skin head*, *hip-hop*, *funk*, torcidas organizadas, entre outros (Diogenes, 1998, citado por Frota, 2007). Mas vale ressaltar que entre essas formas assumidas pelo adolescente como identitárias, algumas estavam carregadas de ideologias de contestação social, enquanto outras estavam a serviço da cultura capitalista em busca de novos mercados.

Frota (2007), nesta direção, segue argumentando que sob a ênfase do mercado e do consumo, com o avanço tecnológico e as mudanças do padrão social e cultural, os adolescentes vêm sendo colocados em situação de grande vulnerabilidade social, pelo fato de que as imposições do mercado, mediadas pela mídia, destinam-se à construção de modelos estereotipados de comportamentos para atender as demandas de consumo, o

que não fornece condições para planejamento e articulação de ações como maneira de superação de situações vividas.

A mesma autora ressalta que, de acordo com Aguiar, Bock e Ozella (2002 citado por Frota, 2007):

> Para eles é necessário não perder de vista o vínculo entre o desenvolvimento do homem e a sociedade. Além disso, existe uma emergência de se "despatologizar" a noção do desenvolvimento humano, em especial a adolescência, re-construindo a compreensão desta e sua expressão social. Por fim, sugerem um avanço urgente para além de uma suposta realidade "natural" da adolescência. Desse modo, as peculiaridades e especificidades históricas, culturais e sociais precisam ser levadas em conta nos estudos, pesquisas e atribuições de sentido feitos às vivências dos adolescentes. (p. 154)

Neste sentido, é importante situar a adolescência historicamente, refletindo sobre o momento atual em que: de um lado temos a adolescência como uma etapa de vida conturbada, com pessoas difíceis de lidar; mas de outro, temos atualmente a adolescência como ideal para todas as idades, de maneira que se busca a todo custo corpos cada vez mais jovens, com formas perfeitas aliados à independência e versatilidade.

Rocha e Garcia (2008) trabalham com a hipótese de que a idealização da adolescência na experiência subjetiva contemporânea por pessoas de todas as idades é facilitada pelo cenário cultural da pós-modernidade, regido pela lógica do consumo e pelo culto à liberdade. Desta forma, o ideal cultural adolescente, atualmente, é a liberdade de experimentação, a possibilidade de realização de novas escolhas sem as responsabilidades do mundo adulto.

Desta forma, Rocha e Garcia (2008) referem que:

> Em nossa fantasia, quase tudo é permitido ao adolescente, desde múltiplas experiências sexuais, a exposição exagerada do corpo, a diversão ininterrupta, condutas por vezes consideradas de risco até a circulação por diferentes estilos estéticos, nos quais as imagens oferecidas pelo consumo são instrumentalizadas com o objetivo de atingir diferentes níveis de pertencimento e participação social. Em suma, atualmente, os comportamentos juvenis denotam uma liberdade só imaginável a partir dos ideais libertários dos anos 60/70, e que esperamos ver mantidos pelo estilo de vida adolescente de hoje. Com efeito, os adolescentes contemporâneos parecem haver herdado das gerações anteriores não só o direito de desfrutar as conquistas realizadas por elas mas também o dever de realizar os seus sonhos mediante a exigência de gozar a vida e toda a liberdade possível. (pp. 629 e 630)

Com isso, tudo indica que, como a adolescência aparece como ideal cultural intensifica-se assim o desamparo dos adolescentes, os quais acabam por perder as

referências de identificação com os adultos. Neste sentido, muitos adolescentes apresentam sentimentos de vazio, que são indicativos tanto de sofrimento psíquico, quanto de uma forma de oposição e rebeldia frente aos prazeres sugeridos e praticados pelos adultos. (Rocha & Garcia, 2008).

Assim, a adolescência como estilo de vida parece ser uma forma de pertencimento moldado pela cultura do ter e da estética que se articula às práticas sociais do consumo. Diante das incertezas e inseguranças da pós-modernidade, a idealização da adolescência, sustentada pela cultura do consumo, parece ser umas das configurações possíveis do laço social. (Rocha & Garcia, 2008).

Nessa cultura o adolescente tudo pode e tem um horizonte à sua frente a explorar, descobrir, criar e ser diferente. No entanto, o que notamos na atualidade são pessoas angustiadas, sem parâmetros a seguir e com grandes cobranças e expectativas pelos adultos.

Além disso, a todo o momento ocorrem modificações na moda e ao mesmo tempo é passada uma ideologia de que cada um deve ser único e criar sua própria maneira de se vestir e de se comportar, gerando dúvidas, incertezas, necessidade de afirmação e aceitação cada vez maior perante os pares. Desta maneira, o importante na atualidade é ser curtido pelo maior número de pessoas nas redes sociais da internet, perdendo-se a noção da diferença entre público e privado, com necessidade cada vez maior de aparecer, ser reconhecido e admirado por todos, uma vez que a noção de limites fora esfacelada.

Também se busca uma perfeição de corpos quase impossível e não condizente com a biologia e a rotina de vida imposta para as pessoas, em que os adolescentes necessitam apresentar músculos bem delineados e, ao mesmo tempo, ser intensamente magros. Além disso, atualmente crescem as exigências de aperfeiçoamento intelectual, em que os adolescentes devem estudar diversas línguas, ter vasto conhecimento sobre o mundo e destacar-se a qualquer custo.

Assim, frente a este quadro atual da adolescência, muitos adolescentes, com seu intenso sofrimento, buscam ajuda especializada para conseguirem enfrentar este momento de vida. E com isso, são diagnosticados com nomenclaturas psiquiátricas e psicológicas, que muitas vezes, não auxiliam na solução de seus problemas. Sendo assim, como compreender este adolescente em seu sofrimento psíquico? Como entender seus relacionamentos com familiares, pares e romances e poder auxiliá-los?

Essas são algumas motivações que nos instigam a continuar em busca de horizontes de compreensão dos adolescentes em sofrimento emocional. Para ampliar a representação dos limites do campo do pensamento, a seguir, focaremos nossa atenção na psicopatologia em busca de respostas, primeiramente, refletindo sobre como esta ajuda especializada da psiquiatria se dá desde a história da humanidade até a nossa realidade atual.

HORIZONTES DA PSICOPATOLOGIA DA ADOLESCÊNCIA

> "Se a loucura conduz todos a um estado de cegueira onde todos se perdem,
> o louco, pelo contrário, lembra a cada um sua verdade..."
> Michel Foucault.

Sofrimento emocional ou mental, condutas excêntricas ou perturbadoras, pessoas consideradas diferentes e/ou com dons especiais sempre existiram na história da humanidade e foram vistas e tratadas de diversas maneiras dependendo da cultura de cada época e civilização. Além disso, dependendo do tipo de comportamento desviante do considerado normal e dos interesses políticos e econômicos de cada época, a pessoa recebia uma denominação diferente: louco, marginal, possuído por demônio, grande descobridor, gênio, doente, etc.

Atualmente, na nossa cultura ocidental, a loucura é considerada uma doença e vale ressaltar que, como disse Foucault (1975, p. 49): "a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal". Sendo assim, as pessoas consideradas loucas, diferentes e com sofrimento emocional causador de transtornos em suas vidas são consideradas portadoras de alguma psicopatologia.

> A palavra "Psico-pato-logia" é composta de três palavras gregas: "psychê", que produziu "psique", "psiquismo", "psíquico", "alma"; "pathos", que resultou em "paixão", "excesso", "passagem", "passividade", "sofrimento", "assujeitamento", "patológico" e "logos", que resultou em "lógica", "discurso", "narrativa", "conhecimento". Psico-pato-logia seria, então, um discurso, um saber, (logos) sobre a paixão, (pathos) da mente, da alma (psiquê). Ou seja, um discurso representativo a respeito do pathos psíquico; um discurso sobre o sofrimento psíquico; sobre o padecer psíquico. (Cecarelli, 2005, p. 471)

Para refletirmos sobre a psicopatologia na adolescência, é fundamental que visitemos a história para podermos compreender como a sociedade atual chegou à compreensão da psicopatologia da contemporaneidade.

Primeiramente, segundo Bastos (2012, p.4), a psiquiatria, ramo da medicina atual que trabalha com a psicopatologia, "foi desenvolvida a partir da necessidade de explicar, prever e administrar a irracionalidade humana". Organizada como atividade médica e reconhecida pelo estado, a psiquiatria nasceu no século XVIII. No entanto, a atividade médica psiquiátrica, considerada como conjunto de conhecimentos e práticas de tratamento existe há milênios. (Bastos, 2012)

Mas muitos anos antes do nascimento da psiquiatria como especialidade, há registros históricos de tratamentos para pessoas que apresentavam comportamentos desviantes dos considerados normais à sociedade. Dessa forma, há registros arqueológicos do antigo Egito que comprovam a prática da trepanação (tipo de cirurgia cerebral) com o possível objetivo de localizar no cérebro alguma causa orgânica da doença mental (Zimerman, 1999).

Além dos egípcios, anos mais tarde, os antigos gregos distinguiam a loucura em duas formas: uma de causa natural e outra de inspiração divina. Sendo assim, nesta época, Platão relacionava a segunda forma de loucura (inspiração divina) a quatro tipos específicos: 1) loucura profética inspirada por Apolo; 2) loucura poética ou artística inspirada pelas Musas; 3) loucura teléstica ou ritualística inspirada por Dionisos; 4) loucura erótica inspirada por Eros e Afrodite. (Bastos, 2012)

Esta união entre causas orgânicas e sobrenaturais de elementos desviantes nas pessoas era devida à estreita ligação da medicina com a religião, como afirmou Bastos (2012):

> Por negociar com as forças da natureza, ou mesmo por desafiá-las, nunca a medicina deixou de estar visceralmente ligada à religião. .... Na antiga tradição grega, base da civilização ocidental, o médico é um sacerdote de Apolo, seguidor do homem-deus Asclépios, o médico cuja arte lhe permitiu alcançar a divina habilidade da ressurreição dos mortos e, em consequência, desafiar os deuses. Assim, a impotência humana ascendeu à onipotência divina, através do poder médico de Esculápio (nome romano de Asclépios). (p. 24)

E esta ideia de médicos-deuses teve tanta influência sobre a população que se mantém até a atualidade, com a crença de salvação e cura passiva pela medicina, por intermédio de técnicas, assim como de medicamentos-poção.

Mas voltando à história, no Ocidente, segundo Foucault (1975), também há registros históricos de que sempre houve curas médicas para a loucura. Especificamente na Idade Média os loucos que eram julgados curáveis (frenesis, episódios de violência ou acessos melancólicos) eram internados em leitos reservados em hospitais. Esses leitos eram frequentemente fechados, como jaulas para manter principalmente os furiosos. Concomitante a essa visão médica, as religiões tratavam os loucos como possuídos necessitando de rituais de exorcismo.

No entanto, Zimerman (1999), traz a visão de que nesta mesma época da Idade Média, os doentes mentais eram degredados, punidos com crueldade ou com a morte, recolhidos em prisões e masmorras junto de assassinos e outros marginais, exibidos em circos juntamente com gigantes, anões e outros aleijões, encarcerados em hospícios em cubículos infectos e imundos, muitas vezes algemados e assim por diante. Segundo este autor, nesta época, havia uma mentalidade de que essas pessoas estavam possuídas por demônios necessitando de rituais de exorcismo, benzeduras, poções mágicas e diversas formas de curandeirismo. Esses rituais de "cura" eram realizados por pessoas de alto prestígio, como sacerdotes, faraós, bruxos e xamãs.

No fim do século XV e século XVI houve uma modificação no cenário cultural, em que a loucura, os grandes sofrimentos e as extravagâncias passaram a fazer parte da literatura da época, que atingiram seu ápice principalmente com Shakespeare e Cervantes. Desta forma, a loucura era essencialmente experimentada em estado livre, fazendo parte do cenário e da linguagem comuns como uma experiência cotidiana mais a ser exaltada do que dominada. Todavia, neste ínterim, em Saragossa, na Espanha, abriu-se o primeiro estabelecimento[1] reservado ao tratamento médico exclusivo dos loucos. (Foucault, 1975)

Com isso, observamos que mesmo o sofrimento e as condutas desviantes sendo incorporadas no cenário social da época, a medicina mantinha sua convicção de que a loucura era em si mesma uma patologia e que precisava ser tratada. Sendo assim, para essa população, foi criado um espaço excluído da sociedade, uma vez que se localizava em locais distantes da civilização, e dos portadores de outras patologias.

No século seguinte, XVII, segundo Foucault (1975), ocorreu uma mudança brusca no domínio da loucura, sendo agora o louco veementemente excluído da

[1] O estabelecimento de internação dos loucos aparece na obra de Foucault (1975) com diferentes denominações, como: casa de internamento; asilo; hospital. Estas diferenças mostram que em cada época da história, de acordo com a realidade cultural de cada país, dava-se um nome diverso a este tipo de estabelecimento.

sociedade, de forma que em toda Europa foram criados estabelecimentos para internação destinados a receber loucos e todas as pessoas consideradas diferentes:

> ...os inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pessoas a quem a família ou o poder real querem evitar um castigo público, pais de família dissipadores, eclesiásticos em infração, em resumo todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de "alteração". .... Essas casas não tem vocação médica alguma; não se é admitido aí para ser tratado, mas porque não se pode ou não se deve mais fazer parte da sociedade. O internamento que o louco, juntamente com muitos outros, recebe na época clássica não põe em questão as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos. (Foucault, 1975, pp. 54 e 55)

A partir deste momento a loucura que antes havia sido associada à patologia médica, à possessão demoníaca e a sentimentos humanos genuínos de sofrimento, liberdade, revolução e humor, agora passa a ser associada também à conduta moral das pessoas, que precisam ser punidas e adequadas aos padrões sociais ou então banidas do convívio dos comuns, assim como todas as pessoas pobres causadoras de problemas sociais e as que apresentavam comportamentos não condizentes com as leis e condutas socialmente aceitas.

Com as modificações socioculturais do século XVIII houve também novas mudanças na forma de se olhar para a loucura, que passou a ser separada dos pobres. A estes últimos foram criados auxílios financeiros e cuidados médicos domiciliares para não necessitarem mais da internação. Entretanto, os loucos eram vistos como perigos eminentes as suas famílias e ao grupo de convívio social, necessitando então serem contidos. Assim, o internamento passa a ser destinado exclusivamente aos loucos que passaram então a ser vistos como doentes necessitando de cuidados médicos. (Foucault, 1975).

O doente mental então era excluído do convívio dos ditos *normais*, daqueles que não ameaçavam a sociedade e afastado dos produtivos e dos donos da razão. Desta maneira, tratar do doente mental era sinal de exclusão, reclusão e asilamento (Gonçalves & Sena, 2001).

No final do século XVIII e início do século XIX, de acordo com Foucault (1975), Tuke, criou um asilo considerado como uma reconstituição para o louco de uma quase-família onde ele deveria sentir-se como que em casa. No entanto, este asilo contribuiu para maior controle social e moral, em que a cura significava "reinculcar-lhe os sentimentos de dependência, humildade, culpa, reconhecimento que são a armadura

moral da vida familiar" (Foucault, 1975, p. 57). Para tanto, eram utilizados castigos, ameaças, privações alimentares, humilhações, ou seja, tudo o que poderia infantilizar e culpabilizar o louco.

Nesta mesma época, Pinel, em Bicêtre, libertou os acorrentados, eliminando algumas ferramentas materiais de contenção aos loucos. Em contrapartida ele reconstituiu um encadeamento moral que transformava o hospital em uma espécie de:

> ...instância perpétua de julgamento: o louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros; a sanção tinha que seguir imediatamente qualquer desvio em relação a uma conduta normal. E isto sob a direção do médico que está encarregado mais de um controle ético que de uma intervenção terapêutica. .... O essencial é que o asilo fundado na época de Pinel para o internamento não representa a "medicalização" de um espaço social de exclusão; mas a confusão no interior de um regime moral único cujas técnicas tinham algumas um caráter de precaução social e outras um caráter de estratégia médica. (Foucault, 1975, pp. 57 e 58)

Pessotti (2006) trouxe outra visão sobre o tratamento proposto por Pinel. Segundo este autor, partilhando os ideais libertários da Revolução Francesa, Pinel e Esquirol, em Bicêtre, promoveram uma inovadora reforma hospitalar, conhecida como tratamento moral, segundo o qual eram realizadas medidas que mantivessem o respeito pela dignidade do enfermo mental e aumentassem a sua moral e autoestima, contrariando a hegemonia de um organicismo hipotético ou até metafísico. Essa nova concepção preconizava que a loucura consistia em um desarranjo duradouro do discurso e dos atos, correspondendo a ideias erradas sobre os eventos físicos e sociais. Desta forma, ao invés de buscar a causa da loucura em uma lesão estrutural ou funcional do encéfalo, dever-se-ia buscar sua causa na experiência do real, sendo esta entendida em dois sentidos: i) um como um processo de elaboração de ideias a partir da experiência sensorial e ii) outro como exposição aos impactos afetivos da vida cotidiana, ou seja, às paixões. De acordo com essas ideias de Pinel, a psiquiatria passou, então, a ser atuada de forma a corrigir os hábitos e reeducar os indivíduos emocionalmente.

Nestas perspectivas notamos um desencontro entre os discursos de Foucault e Pessotti em relação ao mesmo fato histórico, sendo que o primeiro denotou uma imagem denegrida e crítica da modalidade de tratamento implementada por Pinel, enquanto que o segundo trouxe uma leitura mais "romantizada". Mas apesar das diferenças na maneira de olhar para o método utilizado por Pinel para tratar dos loucos, Foucault e Pessotti chamaram a atenção para o fato de que o louco passou a ser tratado como uma pessoa de moral desviante e que precisava ser enquadrada no sistema

preconizado pela sociedade e, para isso, era necessário o asilamento e afastamento desta pessoa do convívio dos comuns. Com isso, mais do que medicados, os loucos precisavam ser corrigidos em seus atos.

Pessotti (2006) relata que a medicina da época não estava preparada para lidar com a loucura como uma doença da mente ou da pessoa, sendo que este tratamento preconizado por Pinel durou apenas algumas décadas, quando o velho organicismo ganhou força novamente e passou a ser hegemônico nas práticas e no pensamento da psiquiatria. Assim, "qualquer alusão a fenômenos psíquicos, a funções mentais e a qualquer enfoque psicológico era visto como especulação – coisa de "médicos filósofos" (Pessotti, 2006, p. 113).

Com este pensamento, Emil Kraepelin inaugura o século XX, preconizando que para o diagnóstico e a terapêutica o médico deveria se basear na evolução clínica dos sintomas. Este objetivismo extremado da psiquiatria positivista de Kraepelin, no entanto, passa a ser contestado ainda no século XX com a difusão da fenomenologia de Husserl e da teoria psicanalítica, que começam a se interessar pela subjetividade. (Pessotti, 2006)

No entanto, Bastos (2012) chamou a atenção para o fato de que, apesar de proclamar-se politicamente "neutra", a psicanálise tendeu a identificar-se com posições progressistas e liberalizantes. Ou seja, adotava uma posição falsamente contrária à psiquiatria "repressiva" institucional, mas, na realidade, mostrava-se complementar.

O mesmo autor referiu que a fenomenologia de Husserl criticava o objetivismo proposto por Kraepelin afirmando ser uma perversão da objetividade, pelo fato de basear-se na superstição de que a ciência é um discurso absoluto e impessoal. E complementou que:

> Identificando o ser com a linguagem científica sobre o ser, o objetivismo cientificista esquece que a ciência é uma proposta e uma criação humanas. Por outro lado, a perspectiva fenomenológica não nega a possibilidade de conhecimento objetivo, exigindo, porém, o reconhecimento da subjetividade (sem o subjetivismo). (Bastos, 2012, p. 15)

Baseando-se na teoria de Husserl, o pensamento filosófico fenomenológico passou para a vivência prática da clínica psiquiátrica por meio do psiquiatra e filósofo Karl Jaspers (1883-1969), que identificou a necessidade de se adotar uma postura compreensiva frente ao adoecer psíquico em detrimento de uma busca por causalidades (Bastos, 2012; Spohr & Schneider, 2009).

Segundo Spohr e Schneider (2009), de acordo com Jaspers:

> Era crucial compreender que o adoecer psíquico ocorria a partir do existir humano, ou seja, como resultado de um processo de construção de uma personalidade no meio do mundo e em meio às relações com os outros, em oposição à noção de "doença mental" – sustentada em perspectiva individualizante, mecanicista e de base neurofisiológica – que não só inviabilizava a compreensão do fenômeno "adoecimento psíquico" na sua totalidade, como também impedia o próprio sujeito de emancipar-se do peso de seu "rótulo", já que ele era entendido como oriundo de problemas internos (psicológicos e/ou cerebrais). (Spohr & Schneider, 2009, p.117)

Assim, Jaspers rompe com a lógica embasada na causalidade, predominante no modelo neurofisiológico organicista da psiquiatria da época, demarcando uma nova perspectiva para a psicopatologia, a partir da compreensão sustentada no paradigma fenomenológico de Husserl.

Este paradigma utilizado por Jaspers privilegiava a compreensão empática do fenômeno psíquico levando também em consideração as possíveis explicações intelectuais, de forma a buscar abrir-se para todas as possibilidades de investigação empírica e, principalmente, resistindo a toda tentativa de reduzir a pessoa a um denominador comum e negando que alguma teoria pudesse apreender toda sua realidade. (Bastos, 2012).

A fenomenologia de Husserl (1859-1938) também influenciou outros autores importantes desta mesma época como Ludwig Binswanger (1881-1966) e Eugène Minkowski (1885-1972), os quais por sua vez influenciaram Arthur Tatossian (1929-1995), um importante fenomenólogo da atualidade do século XXI, que também apresenta em sua produção fortes influências das ideias de Martin Heidegger (1889-1976) e Maurice Meleau-Ponty (1908-1961).

Esses autores entre outros atuantes na atualidade do século XXI, como Virgínia Moreira, Paulo Dalgalarrondo, André Dartigues, Adriano Furtado Holanda, Mauro Martins Amatuzzi, Maria Alves de Toledo Bruns, Claudio Lyra Bastos, Elizabeth do Valle, Daniel Augusto Moreira etc., mantém-se pesquisando e atuando na abordagem fenomenológica, que está cada vez mais ganhando corpo e se mostrando nas pesquisas e nas práticas clínicas atuais, contribuindo para a busca de uma visão mais ampla e integrada das pessoas.

Todavia ao longo do século XX e até os dias atuais – segunda década do século XXI –, aumentaram também os estudos na abordagem positivista, sendo esta a predominante nos sistemas de saúde atuais em diversos lugares do mundo e no Brasil. A

nosologia psiquiátrica positivista delimita os quadros psicopatológicos de acordo com os sinais e sintomas apresentados pelo indivíduo.

As classificações nosológicas "universais" dos transtornos mentais surgiram na segunda década do século XX para corresponder às necessidades específicas da psiquiatria norte-americana, como: 1) exigências atuariais do sistema de seguros de saúde; 2) exigências legais do sistema jurídico norte-americano; 3) exigências acadêmicas de "objetivação" e validação na pesquisa científica estreitamente ligada à indústria farmacêutica. Desta forma, os manuais de classificação de doenças (CID – Classificação Internacional de Doenças e DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) apresentavam quadros detalhados, com itens *objetivos*, produzindo diagnósticos quantitativos, supostamente mais *científicos*. Nestes manuais procurou-se eliminar tanto a subjetividade do entrevistador como a do entrevistado. (Bastos, 2012)

Esse modelo positivista ressoou no Brasil, de maneira que o tratamento dispensado às pessoas com transtornos mentais ao longo dos tempos não difere do já explicitado acima; com isso, encontramos em nosso país uma história igualmente marcada pelo modelo de origem kraepeliniano de diagnóstico e tratamento, além de exclusão.

No período colonial, temos que os alienados, os idiotas e os imbecis foram tratados de acordo com sua classe social, sendo que (1) os mais ricos que eram relativamente tranqüilos, eram tratados em suas casas e, às vezes, enviados à Europa; já, (2) caso se mostrassem agitados eram colocados em cômodos separados, soltos ou amarrados. Entretanto, os (3) pobres tranqüilos vagavam pelas cidades, aldeias ou campos, enquanto que os (4) agitados eram recolhidos às cadeias, onde eram amarrados de forma bárbara e mal alimentados, de forma que acabavam falecendo em pouco tempo (J. Moreira, 1905 citado por Oda & Dalgalarrondo, 2004).

Com a vinda da família real em 1808 e a Independência do Brasil em 1822 e com a decadência da lavoura, houve o aumento progressivo da importância das cidades e desde então, principalmente nas capitais, houve maior pressão ao poder público para tomada de providências enérgicas e retirada de circulação de desocupados e desordeiros. Assim, o destino comum aos criminosos, arruaceiros, vadios e loucos era a prisão, mas os casos mais evidentes de desarranjo mental eram levados às enfermarias dos hospitais da Irmandade de Misericórdia e mantidos sob condições miseráveis (Oda & Dalgalarrondo, 2004).

Com isso, um grupo de médicos higienistas, a partir de 1830, começa a fazer a solicitação de um local específico para tratar dos alienados, pois estes estavam sendo depositados em celas insalubres nos hospitais gerais e sofrendo castigos corporais. Solicitavam assim, um local para servir de asilo higiênico e arejado onde os loucos pudessem ser tratados segundo o tratamento moral. Desta forma, os higienistas estavam exigindo que os loucos, agora nomeados como doentes mentais, fossem trados por médicos. (Costa, 2006)

Alguns anos mais tarde, em 1852, foi inaugurado o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, fundado pelo imperador Pedro II, como um ato filantrópico, para ser um hospital destinado privativamente ao tratamento de alienados (Oda & Dalgalarrondo, 2004).

A obra do Hospício foi realizada de forma suntuosa, um dos mais belos prédios construídos na época, sendo atualmente utilizado como sede da Reitoria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (Bastos, 2007; Miranda-Sá, 2007).

No entanto, a direção deste Hospício continuou confiada pelos religiosos da Santa Casa de Misericórdia. Somente em 1881, com a criação da cadeira de "Doenças Nervosas e Mentais", Nuno de Andrade, um médico generalista assumiu o comando do hospício. (Costa, 2006)

Em 1886, Nuno de Andrade foi substituído por Teixeira Brandão e, pela primeira vez, um médico psiquiatra ocupou a direção do Hospício, cujo tratamento visava à supressão da loucura e tinha no isolamento e na vigilância os princípios primordiais do tratamento e da segurança dos alienados. A condição de excluir o alienado da sociedade implicava a possibilidade de uma reinserção futura, após sua reabilitação (Costa, 2006; Mostazo & Kirschbaum, 2003).

Com um médico psiquiatra no comando do Hospício Pedro II iniciou-se o ensino regular em psiquiatria aos médicos generalistas no Brasil (Costa, 2006).

Pouco tempo depois, em 1890, com a instauração da República, o Hospício Pedro II muda de nome, passando a ser chamado de Hospital Nacional dos Alienados, sendo definitivamente separado da Administração da Santa Casa, passando a ser tutela do Estado (Costa, 2006).

No entanto, segundo Miranda-Sá (2007), apesar da riqueza da estrutura do hospital, devido à falta de recursos destinados ao tratamento desta clientela e o baixo poder aquisitivo da população atendida, houve uma deterioração progressiva deste serviço, a despeito do aumento da demanda e da necessidade de ampliação do serviço.

Nos anos de 1920 e 1930, o ideário da psiquiatria preventiva da época foi fortemente sustentado pela Liga Brasileira de Higiene Mental e ensejava a criação de campanhas, serviços abertos e ambulatórios de modo a dar conta da entrada destas pessoas e sua permanência na sociedade. Havia, neste período, um abandono da defesa do hospício como modelo assistencial, embora fosse possível constatar sua permanência como lugar de degradação. O asilo, então, parecia permanecer como elemento importante para alojar o público-alvo da política de higiene mental e foi ampliado numericamente, com crescente inauguração dessas estruturas institucionais. Nesta época, como métodos de tratamento, eram realizadas aplicações de insulina, a malarioterapia, a piretoterapia, a convulsoterapia por cardiazol, a eletroconvulsoterapia e o tratamento por extratos de plantas medicinais brasileiras (Venâncio, 2003).

Em 1927 é criado o Serviço de Assistência aos Doentes Mentais do Distrito Federal, pelo Governo Washington Luís, sendo que esta instituição ficou encarregada de coordenar administrativamente todos os estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro. Três anos mais tarde, em 1930, obedecendo à tendência centralizadora do governo surgido com a Revolução de 1930, o Serviço de Assistência aos Doentes Mentais é incorporado ao Ministério da Educação e da Saúde, o qual passa então a assumir a responsabilidade por todos os serviços psiquiátricos do país. (Costa, 2006)

E em 3 de julho de 1930, o Decreto nº 24.559 promulga a segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais que dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psiquiátricos. Assim, esta lei propunha fundamentalmente a hospitalização e o isolamento do doente mental, visando atender principalmente a segurança da ordem e da moral pública. (Costa, 2006; Gonçalves & Sena, 2001)

No entanto, de acordo com Miranda-Sá (2007), no plano da assistência pública, houve a tentativa de oferecer tratamento ambulatorial como principal meta de substituição da hospitalização pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais. Com isso, houve um aumento nos recursos repassados às unidades sanitárias nos anos 1950 e 1960. Mas essas unidades eram anexos aos hospitais psiquiátricos públicos, então começaram as críticas ao sistema vigente, referindo que ele mantinha a segregação do enfermo e da enfermidade psiquiátrica.

Assim, por questões de interesse financeiro, a hospitalização foi priorizada porque era mais lucrativa para quem a promovia. Este fato se refletiu na assistência com

a transferência de pacientes desospitalizados na rede pública para serviços de internação integral em locais credenciados pela previdência social pública. (Miranda-Sá, 2007)

Com isso, nos anos seguintes, a estrutura manicomial se consolidou no Brasil. Foram criados diversos hospitais psiquiátricos e os pacientes, principalmente os pobres, eram abandonados por suas famílias nos grandes pavilhões, onde permaneciam até sua morte, sendo, na maioria das vezes, tratados sob condições muito precárias. Tratar o doente mental era sinal de exclusão e asilamento.

Até que em meados da década de 1970, iniciou-se um processo de reforma na psiquiatria brasileira, tendo como marca o reclame dos direitos do doente mental e de sua cidadania.

De acordo com o Ministério da Saúde (2005) o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início nos anos de 1970, na mesma época em que estava ocorrendo o "movimento sanitário". O processo de reforma iniciou-se em favor da mudança nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, em defesa da saúde coletiva, para equidade na oferta de serviços e inclusão dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão.

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de forças e atores de diferentes origens, incidindo em diversos territórios e em todas as instâncias governamentais (Estado, Municípios e União), nas universidades, nos conselhos profissionais, nas associações de pacientes e familiares usuários dos serviços, entre outros. (Ministério da Saúde, 2005).

Este processo de Reforma deu-se pelas inconveniências do modelo eugênico que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica e tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, o que facilitava a exclusão dos pacientes e cronicidade das doenças. Durante este processo houve denúncias sobre a precariedade da assistência psiquiátrica e tornaram públicos dados e informações de órgãos públicos como números de leitos, custos e qualidade da assistência, em que disponibilizava-se muito dinheiro, mas pouco chegava ao seu real destino. (Gonçalves & Sena, 2001)

Nesta época, também aumentaram as denúncias de maus-tratos e condições insalubres a que os pacientes estavam expostos nos hospitais psiquiátricos, além do aumento constante no número de mortes.

Em 1989, o então deputado Paulo Delgado propôs um projeto de lei para reestruturação da assistência psiquiátrica no país, a qual foi aprovada inicialmente pela Câmara Federal neste ano, seguindo para o senado, onde recebeu diversas emendas e

substitutivos, até que em 6 de abril de 2001, foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo presidente da República como lei federal número 10.216. Esta lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, regulamentando a extinção progressiva dos manicômios e proibindo a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos, sendo estes substituídos por outros recursos assistenciais.

Atualmente, estamos vivendo um período de transformação bastante lenta do modelo psiquiátrico, em que está ocorrendo a redução de leitos nos hospitais psiquiátricos e aumento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, além da criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no intuito de prestar um atendimento mais humanitário e com maior inserção social das pessoas com transtornos mentais.

Particularmente para a infância e adolescência, sendo esta última o foco de nossas atenções, a partir de 2002, sob os mesmos princípios que regem as demais tipologias CAPS no Brasil, foram propostos os CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, com a função de prover atenção em saúde mental baseados na integralidade do cuidado, financiado integralmente pelo SUS – Sistema Único de Saúde. Inicialmente, conforme a deliberação da III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 2001, os CAPSi foram planejados para ser instalados em cidades com população igual ou superior a 200 mil habitantes para atender casos de maior gravidade e ordenar a demanda em saúde mental infanto-juvenil em seu território de abrangência. (Couto, Duarte & Delgado, 2008)

Segundo a regulamentação, os CAPSi devem ser compostos por uma equipe com no mínimo um psiquiatra com formação em saúde mental infantil, um neurologista com a mesma formação ou pediatra, um enfermeiro e quatro profissionais de nível superior, sendo, dentre eles, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e/ou pedagogo, além de cinco profissionais de nível médio. Quanto à clientela, os CAPSi são responsáveis pelo atendimento regular de um número limitado de pacientes e seus familiares, em regime diferenciado de tratamento de acordo com suas necessidades – intensivo, semi-intensivo e não intensivo –, com uma diversidade de atividades terapêuticas, sendo prioridade os atendimentos para pacientes com autismo, psicoses e para aqueles que apresentarem prejuízos psicossociais severos. (Couto et al., 2008)

No entanto, a implementação destes centros ainda está bastante lenta. Nesse sentido, Couto et al. (2008) ressaltaram a necessidade de aumento do número de CAPSi

no país, assim como de ambulatórios e demais dispositivos de saúde mental, principalmente voltados para a infância e adolescência, além da necessidade de melhor qualificação profissional para atuar junto a esta clientela.

Especificamente refletindo sobre a abordagem de atendimento da saúde mental brasileira percebemos que estes serviços permanecem muito influenciados pelo modelo médico positivista, o qual privilegia a atribuição de diagnósticos dos transtornos mentais baseados na observação clínica de sinais e sintomas apresentados pelo paciente, como também a terapêutica medicamentosa sendo a principal abordagem de tratamento. Nesta perspectiva temos dois sistemas de classificação que definem e descrevem os transtornos mentais: a Classificação Internacional de Doenças na 10ª edição (CID-10) – utilizado como padrão para classificar quadros psicopatológicos no sistema de saúde brasileiro – e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais na 4ª edição revisada (DSM-IV-TR). Vale ressaltar, que uma nova edição do DSM está sendo elaborada, estando programada para ser lançada no ano de 2013, provavelmente no mês de maio.

Corroborando Melo e V. Moreira (2008), compreendemos a importância da leitura diagnóstica a partir destes manuais, pois eles nos apontam indicativos do delineamento dos quadros psicopatológicos, mas também reconhecemos a limitação desta forma de diagnosticar.

No entanto, dada a devida importância a esta leitura diagnóstica dos quadros psicopatológicos, a seguir serão explicitadas as principais características diagnósticas segundo a CID-10 e/ou o DSM-IV-TR dos diagnósticos atribuídos exclusivamente aos adolescentes colaboradores desta pesquisa, pois não temos a pretensão de abarcar todas as categorias diagnósticas existentes, pelo fato de que fugiríamos de nossos objetivos. Vale retomar que o objetivo desta pesquisa é entender para vir a compreender como os adolescentes submetidos a tratamento psiquiátrico percebem seu modo de ser adolescente e como vivenciam suas relações familiares, sociais e afetivo-sexuais.

Assim, apresentaremos a seguir os seguintes transtornos mentais: Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), Síndrome de Gilles de La Tourette (SGT), Episódio Depressivo (ED), Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), Transtorno Desafiador e de Oposição (TDO), Transtorno de Conduta (TC), Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno de Personalidade com Instabilidade Emocional – tipo Borderline (TPB), Transtorno de Personalidade Histriônico (TPH), Outros Transtornos Específicos da Personalidade, tipo

Narcísico (TPN), Transtorno Alimentar – tipo Anorexia Nervosa Atípica (ANA), Transtorno Alimentar – Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP).

Iniciando pelos Transtornos Ansiosos, temos o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) e o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). De acordo com Dalgalarrondo (2008), o TAG é caracterizado pela presença de excesso de sintomas ansiosos na maior parte dos dias durante pelo menos seis meses. "A pessoa vive angustiada, tensa, preocupada, nervosa ou irritada" (Dalgalarrondo, 2008, p. 304). Sendo frequentes, nesses quadros, sintomas como a insônia, dificuldade para relaxar, angústia constante, irritabilidade aumentada e dificuldade de concentração, além de sintomas físicos como dores ou queimação no estômago, cefaléia, tonturas, dores musculares, taquicardia, formigamento e sudorese fria. Além disso, o sofrimento deve ser clinicamente significativo, com prejuízos na vida social e ocupacional do indivíduo (Dalgalarrondo, 2008).

Por sua vez, o TOC, ainda de acordo com o autor, é caracterizado por ideias, fantasias ou imagens obsessivas e por atos, rituais ou comportamentos compulsivos, que são vivenciados na forma de obrigações imposta pelo próprio indivíduo a ele mesmo.

A síndrome de Gilles de La Tourette (SGT) é um transtorno neuropsiquiátrico, associado a alterações neurofisiológicas e neuroanatômicas, mas de etiologia ainda desconhecida. Tem seu início na infância e se apresenta por tiques motores e vocais (Fen, Barbosa & Miguel, 2001)

Já em relação aos Transtornos do Humor, temos o Episódio Depressivo (ED) e o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB). O ED de acordo com Dalgalarrondo (2008) apresenta como sintomas principais: tristeza; choro fácil e/ou freqüente; apatia; sentimento de falta de sentimento; sentimento de tédio, de aborrecimento crônico; irritabilidade aumentada, angústia ou ansiedade; desespero; desesperança; anedonia; fadiga ou cansaço fácil e constante; desânimo; insônia ou hipersonia; perda ou aumento do apetite; diminuição da libido; ideação negativa; ideias de arrependimento e de culpa; ruminações de mágoas antigas; ideias de morte; ideação, planos ou atos suicidas; déficit na atenção, concentração e de memória; dificuldade de tomar decisões.

O TAB, ainda segundo Dalgalarrondo (2008) apresenta as seguintes características principais: aumento da autoestima; elação; insônia; loquacidade aumentada; logorreia; pressão para falar; distratibilidade; agitação psicomotora; irritabilidade; arrogância; heteroagressividade; desinibição sexual e social; tendência

exagerada a comprar objetos ou a dar seus pertences; ideias de grandeza, de poder, de importância social.

O Transtorno Desafiador e de Oposição (TDO), segundo a CID-10 (1993) é um transtorno específico da infância e adolescência, caracterizado por um comportamento provocador, desobediente ou perturbador não acompanhado de comportamentos delituosos ou condutas agressivas ou dissociais graves.

Em um nível mais grave, o TDO pode seguir seu curso transformando-se em Transtorno de Conduta (TC), que, no caso deste padrão de comportamento se mantiver na vida adulta, passará a integrar o Transtorno de Personalidade Antissocial. De acordo com a CID-10 (1993) o TC é caracterizado pelo padrão persistente no tempo (seis meses ou mais) de conduta dissocial, agressiva ou desafiante, com grandes violações das expectativas sociais próprias à idade da criança, de maneira que deve haver mais do que travessuras infantis ou a rebeldia do adolescente. Desta forma, aparecem manifestações excessivas de agressividade e de tirania, crueldade com relação a outras pessoas ou a animais, destruição de bens de outrem, condutas incendiárias, roubos, desobediência anormalmente frequentes e graves.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), segundo Sadock e Sadock (2007), é um padrão persistente de desatenção e/ou comportamento hiperativo e impulsivo, que é mais grave do que o esperado em outras crianças e adolescentes da mesma idade e nível de desenvolvimento. Para satisfazer aos critérios diagnósticos, os sintomas devem estar presentes antes dos 7 anos de idade e deve haver prejuízo por desatenção e/ou hiperatividade em pelo menos duas situações diferentes da vida, além de interferir no funcionamento adequado ao desenvolvimento social, acadêmico e em atividades extracurriculares.

Os Transtornos de Personalidade (TP) em geral são marcados por uma intensa desarmonia tanto no plano intrapsíquico como no plano das relações interpessoais, produzindo consequências muito ruins para a vida do indivíduo e de todos ao seu redor (Dalgalarrondo, 2008). De acordo com a CID-10 (1993), é um tipo de distúrbio grave da constituição caracterológica e das tendências comportamentais do indivíduo, que compreendem vários elementos da personalidade, acompanhados de angústia pessoal e desorganização social, aparecendo durante a infância ou a adolescência e persistindo de modo duradouro na idade adulta.

Especificamente, o Transtorno de Personalidade com Instabilidade Emocional – tipo Borderline (TPB), é caracterizado por: instabilidade emocional intensa; sentimentos

crônicos de vazio; relacionamentos interpessoais intensos e instáveis; esforços excessivos para evitar o abandono real ou imaginário; sérias dificuldades e instabilidades quanto à auto-imagem e aos objetivos e preferências pessoais e sexuais; atos repetitivos de autolesão, envolvendo atitudes perigosas e repetidos atos suicidas. (Dalgalarrondo, 2008)

O Transtorno de Personalidade Histriônico (TPH) é caracterizado por: dramatização com expressão exagerada das emoções; sugestionabilidade aumentada; afetividade superficial, pueril e lábil; busca contínua por atenção a apreciação alheia; sedução inapropriada em aparência e comportamento; erotização de situações não estritamente eróticas; tendência a reações infantis, com pouca tolerância à frustração. (Dalgalarrondo, 2008)

O tipo Narcísico, dentro da classe Outros Transtornos Específicos da Personalidade (TPN), se caracteriza por: presença de senso grandioso e irreal da importância de sua pessoa, de forma a julgar-se como superior, esperando ser reconhecido como tal, sem ter feito algo concreto para isso; muito voltado para fantasias de grande sucesso pessoal, de poder ou de amor ideal; acredita ser excepcionalmente especial e único, de forma que somente instituições ou pessoas também muito especiais podem estar à sua altura; requer admiração excessiva; ausência de empatia por pessoas comuns; frequentemente arrogante e invejoso, mas acha que os outros têm inveja dele; tende a ser explorador buscando vantagens sobre os outros para atingir sua finalidade. (Dalgalarrondo, 2008)

Em relação ao Transtorno alimentar (TA), temos que é uma perturbação no modo da alimentação trazendo sofrimento clinicamente significativo, com prejuízos na vida social e ocupacional do indivíduo.

Em relação ao comportamento alimentar, Dalgalarrondo (2008) referiu ser um fenômeno humano complexo e de importância central, incluindo algumas dimensões complementares, segundo Bernard e Trouvé (1976 citado por Dalgalarrondo, 2008, p. 339): 1) dimensão fisiológico-nutritiva, relacionada a aspectos metabólicos, endócrinos e neuronais, que regulam a demanda e a satisfação das necessidades nutricionais; 2) dimensão psicodinâmica e afetiva, relacionando a fome e a alimentação à satisfação e ao prazer oral; 3) dimensão relacional, relacionando a alimentação à relação mãe-bebê, de forma que a boca é o mediador da primeira relação interpessoal, podendo representar simbolicamente o amor, a destruição, a conservação no interior do Eu e a apropriação de qualidades do objeto amado.

Dentre os tipos de Transtornos Alimentares temos a Anorexia Nervosa, que é caracterizada por perda de peso auto-induzida por restrição da alimentação e/ou comportamentos punitivos, como indução de vômitos, exercícios físicos excessivos e uso de substâncias anorexígenas, diuréticas e/ou laxativas, havendo uma busca intensa pela magreza e o medo intenso ou mórbido de parecer ou estar gordo (Dalgalarrondo, 2008). Já na Anorexia Nervosa Atípica (ANA), há a presença de algumas características da Anorexia Nervosa, mas o quadro clínico global não justifica tal diagnóstico, como por exemplo, pode haver a perda acentuada do peso, mas sem haver a preocupação de querer emagrecer por observar-se gordo.

Já o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica, segundo o DSM-IV é caracterizado pela presença de compulsão alimentar com subsequente angústia devido à ausência de comportamentos regulares voltados para a eliminação do excesso alimentar. A compulsão alimentar é definida por ingestão de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria, em um período limitado de tempo, com sentimento de falta de controle sobre o consumo alimentar durante o episódio (American Psychiatric Association, 2002).

Como vimos neste capítulo, a história da psiquiatria como ramo da ciência médica é relativamente recente e acompanhou as mudanças e as ideologias de cada momento histórico da sociedade.

Desta forma, é importante ressaltar que a ciência emancipou-se da filosofia há aproximadamente dois séculos apenas e gerou uma representação matematizada e mecanicista da natureza. Assim, a disseminação da mentalidade quantitativa foi condicionada por dois fatores predominantemente: 1) a construção progressiva do Estado moderno, com a criação de exércitos profissionais permanentes e a contabilidade pública; 2) o desenvolvimento da economia de mercado. E da confluência destes dois fatores emergiu a estatística. (Boeira & Vieira, 2010)

Neste sentido, a ciência positivista natural tem como premissa que no “contexto da gênese da *episteme* (ciência), a matemática e a lógica são entendidas como ciências formais, porque seus objetos não são coisas ou processos, mas *entes formais*, que viabilizam a construção de raciocínios válidos, prescindindo, assim, do critério de objetividade” (Boeira & Vieira, 2010, p. 23).

Já o paradigma fenomenológico, reivindica para as ciências sociais um estatuto metodológico próprio, argumentando que para o entendimento das ações humanas é imprescindível uma dimensão subjetiva ou autorreflexiva. Sendo assim, não é possível

explicar ou descrever a vida em sociedade com base apenas em características exteriores e objetiváveis do comportamento humano. (Boeira & Vieira, 2010)

> A ciência social só pode compreender realmente as relações sociais ao incorporar em seus enfoques analíticos o universo interior dos indivíduos – e, sobretudo, a dimensão do sentido que os mesmos conferem às suas ações. Os métodos qualitativos e interpretativos seriam, assim, preferíveis aos quantitativos, visando-se obter conhecimento intersubjetivo, descritivo e compreensivo, em vez de um padrão de conhecimento supostamente "objetivo" e formulável em termos quantitativos. (Boeira & Vieira, 2010, p. 35)

Com isso, compreendemos a importância da metodologia quantitativa para a ciência atual, mas entendemos que para melhor compreender a pessoa humana a metodologia qualitativa pode trazer melhor compreensão. Portanto, neste presente trabalho, seguiremos a metodologia qualitativa fenomenológica.

Entendemos que os quadros psicopatológicos delineados pelos manuais diagnósticos positivistas são apenas uma das possibilidades de olhar para o existir da pessoa na sua relação com o mundo, já que a partir de uma perspectiva fenomenológica, compreendemos que os fenômenos psicopatológicos têm uma etiologia tanto biológica, quanto situacional e cultural (V. Moreira, 2001 citado por A. Melo & V. Moreira, 2008).

Assim, convidamos agora o leitor a seguir para o próximo capítulo no qual serão expostas as teorias de alguns dos principais autores da psicopatologia fenomenológica para ampliar nossa visão sofre o fenômeno das *vivências dos relacionamentos sócio-afetivo-sexuais de adolescentes submetidos a tratamento psiquiátrico*.

CAPÍTULO 2
A PSICOPATOLOGIA SEGUNDO A ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA

Em direção à compreensão do fenômeno indagado recorremos à abordagem fenomenológica da psicopatologia. Sendo assim, neste capítulo elegemos alguns autores como base para nossa imersão nos pressupostos da psicopatologia fenomenológica e análise dos relatos dos(as) colaboradores(as) desta pesquisa.

Dentre os autores eleitos estão: Karl Jaspers e Arthur Tatossian – importantes estudiosos da psicopatologia fenomenológica ao longo dos dois últimos séculos –, em um interdiálogo com recentes autores que estudam a psicopatologia fenomenológica, como Virginia Moreira e Claudio Lyra Bastos. As principais características da obra de cada um destes autores serão expostas a seguir.

Baseado na Fenomenologia de Edmund Husserl, o médico psiquiatra Karl Jaspers[2] (1883-1969) desenvolveu seus estudos sobre psicopatologia e realizou duas publicações de grande importância, contribuindo com um novo referencial para a psiquiatria do início do século XX:

1. Em 1912 publicou um artigo com os fundamentos, a descrição e a aplicação do método fenomenológico à psicopatologia, com o título original de *Phänomenologiche Forschungsrichtung in der Psychopathologie* e publicado em *Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie,* traduzido para o inglês em 1968 e para o português apenas em 2005, por Adriano C. T. Rodrigues, com o título *A Abordagem Fenomenológica em Psicopatologia,* publicado na *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*.
2. Em 1913 publicou seu livro *Allgemeine Psychopathologie* traduzido para o português décadas mais tarde com o título *Psicopatologia Geral* por Samuel Penna Reis e revisado por Paulo da Costa Rzezinski.

Sobre a obra de Jaspers, Rodrigues (2005) afirma que a tarefa do autor ao escrever a obra Psicopatologia Geral:

> ...se compôs pelo mapeamento dos suportes conceituais e métodos vigentes, pelo exame de suas virtudes e limitações quando empregados individualmente; pela

[2] Karl Jaspers nasceu em 23 de fevereiro de 1883, em Oldenburg, cidade alemã, próxima ao litoral do Mar do Norte, numa família de classe média. Uma convergência de fatores como seu pendor filosófico, seu treinamento médico e sua saúde frágil provavelmente responderam por muito do que foi possível Jaspers desenvolver no campo da psicopatologia. (HERSH, 1982; RODRIGUES, 2005)

> exploração dos domínios específicos de aplicação dos métodos mais "gerais" (causalista-explicativo e histórico-compreensivo) e, finalmente, pela proposição de um modelo de psico(pato)logia que, na sua visão, poderia atender a aspirações científicas. (p. 756)

Após suas publicações, Jaspers, anos mais tarde, ressaltou que apesar de sua obra ser designada como representante da corrente fenomenológica ou da corrente de psicologia compreensiva, só em parte essa designação seria correta, pois considerava que o sentido de sua obra era mais compreensivo, visando o esclarecimento dos métodos da psiquiatria em geral, de seus modos de concepção e de seus caminhos de investigação, expondo e analisando criticamente, por meio de uma reflexão metodológica, todo conhecimento das experiências feitas. (Jaspers, 1913/1987a).

Dessa maneira, Jaspers considerava que sua obra era apenas uma dentre as plataformas metodológicas possíveis para a psicopatologia. Mas foi com esta nova metodologia, que Jaspers trouxe grande contribuição para a psicopatologia. (Rodrigues, 2005)

Em sua obra, Jaspers (1913/1987a) afirmou que para compreender o ser humano, tem-se de compreender que conteúdos objetivos ele possui em sua consciência, de maneira que o importante é compreender qual significado ele atribui às suas experiências. "Aquilo que o homem experimenta como realidade própria, aquilo que contempla e lhe está presente é que lhe determina a essência; sobretudo, a clareza com que essa realidade se lhe afigura concretamente certa." (Jaspers, 1913/1987a, p. 397).

Especificamente buscando-se a compreensão das experiências de sofrimento psíquico, segundo Jaspers (1912/2005), para que esta compreensão possa ser comunicada, investigada e discutida cientificamente, deve-se classificar, definir, diferenciar e descrever os fenômenos psíquicos particulares com terminologia específica. Para isso, é necessário obter uma representação clara das experiências do paciente, focando em como essas experiências surgem em sua consciência e quais suas sensações, deixando-se de lado todas as teorias, construtos psicológicos e mitologias materialistas sobre processos cerebrais, voltando-se apenas para o que podemos entender como tendo real existência e que podemos diferenciar e descrever.

Assim, segundo Jaspers (1912/2005), devemos proceder começando pelo exterior, buscando uma apreciação real do fenômeno psíquico particular pela observação de sua gênese, suas condições de surgimento, suas configurações, seu

contexto e possíveis conteúdos concretos, além do uso de comparação intuitiva e simbolização. Desta forma, Jaspers (1912/2005) afirma que

> Quanto mais numerosas e precisas tais pistas indiretas se tornam, melhor definidos e mais característicos os fenômenos estudados se mostram. De fato, este esforço pessoal em representar para nós mesmo os fenômenos psíquicos, guiados apenas por estas pistas inteiramente exteriores, é a única condição sob a qual podemos falar de algum tipo de trabalho psíquico. (p. 775)

Jaspers (1912/2005) apresentou três tipos de métodos práticos para uma análise fenomenológica e determinação do que de fato os pacientes experimentam: 1) a "imersão" nos gestos, comportamentos e movimentos expressivos dos pacientes; 2) a exploração que se dá pelo questionamento direto e por meio da avaliação que os próprios pacientes fazem de si mesmos, sob a condução do fenomenólogo; 3) as autodescrições escritas. Assim, a fenomenologia demanda que consideremos cada fenômeno psíquico e cada experiência que vem à luz na investigação dos pacientes em suas próprias autodescrições. Nesse sentido, não devemos nos satisfazer com uma impressão geral extraída do quadro total, mas buscar saber a respeito de cada detalhe, como ele deve ser visto e avaliado.

O objetivo inicial do fenomenólogo deve ser apreender, delimitar um elemento particular e retratá-lo com a finalidade de construir uma concepção e prover um nome pelo qual podemos identificá-lo. Contudo, deve-se ter em mente que há uma variação infinita de experiências individuais dos pacientes, mas a fenomenologia extrai destas experiências algumas características gerais que podem ser igualmente encontradas em outros pacientes. Assim, apenas "onde pode ser reduzido ao "real" e se tornar um dado imediato, isto é, se tornar concreto, pode haver matéria para a fenomenologia" (Jaspers, 1912/2005, p. 781).

Após a apreensão do fenômeno, devemos delimitá-lo, ou seja, estabelecer algum tipo de ordem para poder ter acesso ao conhecimento da diversidade da vida psíquica de maneira sistemática e tornar possível a investigação do fenômeno além dos limites já alcançados. Para tanto, buscamos uma classificação que organize os fenômenos psíquicos conforme suas similaridades. (Jaspers, 1912/2005).

Jaspers (1912/2005) chamou atenção para o fato de que ao se aproximar da compreensão do fenômeno, no caso da psicopatologia da vida psíquica do paciente, o fenomenológo deve se assegurar de que outras pessoas, no contato e nas conversas com o paciente, tenham a mesma compreensão do fenômeno.

Com isso, Jaspers visava garantir à psicopatologia uma ancoragem empírica com dados passíveis de observação por qualquer pessoa, diferentemente das abordagens que tinham natureza teórica (Rodrigues, 2005).

Assim, a Psicologia Compreensiva de Jaspers tem como método a fenomenologia para compreender o psiquismo, compreendendo que este é uma unidade psíquica presente em um corpo que vive em uma determinada realidade.

Jaspers (1913/1987a) chama de Somatopsicologia a análise dos sintomas da vida psíquica nos fenômenos somáticos concomitantes e consecutivos. Afirma que a unidade corpo e alma, como unidade do todo vivido, faz-se presente em toda pessoa. Denomina *alma* a interioridade que se vivencia de modo imediato, a unidade do eu, a substância psíquica subjacente. E *corpo* é a configuração morfológica do que vive, os movimentos significativos visíveis, os processos químicos, físicos e biológicos. Desta forma, o somático atua sobre a alma e esta também atua sobre o corpo. O corpo é visível, sensível e palpável. Já a alma/psíquico aparece de maneira compreensível por meio do corpo, em forma de expressão ou movimento.

Jaspers (1913/1987b) fala sobre a unidade corpo-alma:

> A unicidade não é nem somático, nem psíquico, e sim o que em ambos se manifesta e o que não é nem somático, nem psíquico, mas a própria vida. (p. 767)

Desta maneira, Jaspers (1913/1987a) afirma que para a compreensão da psicopatologia é imprescindível o esforço de se conhecer a realidade da vida psíquica por todos os meios e de todos os lados. Com isso,

> ...o fundamento real da investigação é constituído pela vida psíquica, representada e compreendida através das expressões verbais e do comportamento perceptível. Queremos sentir, apreender e refletir sobre o que realmente acontece na alma do homem. A inclinação geral para a realidade é, na psicopatologia, a inclinação para a vida psíquica real. (Jaspers, 1913/1987a, p. 34)

Dada a importância da unidade corpo-alma para compreender a vida da pessoa como um todo e chegar à compreensão psicopatológica, outro ponto importante que se faz presente na obra de Jaspers são os conceitos de saúde e doença.

Jaspers (1913/1987b) ressalta que os conceitos de saúde e doença são amplamente utilizados para julgar fenômenos vitais, rendimentos e entes humanos:

> Quem emprega esses conceitos, quem se vê acuado por perguntas, costuma, afinal, apontar para a medicina, a qual estabelece e tem estabelecido, empírica e cientificamente, o que é “doente”. Não é disto, porém, que se trata. O que significa sadio e doente, em geral, depende menos do juízo médico que do juízo do paciente,

> bem como daquelas concepções que vigoram no ambiente cultural particular, isto não se percebe na grande massa das doenças somáticas, mas se percebe muito nas doenças psíquicas. O mesmo estado psíquico leva certo indivíduo, com o rótulo de doente, ao psiquiatra; outro, com o rótulo de culpa, pecado, ao confessionário. (p. 932)

Ao buscar uma definição para os conceitos de saúde e doença, Jaspers (1913/1987b) explica diferentes definições por ele encontradas:

- Em relação ao conceito de valor – o conceito de *doente* é comumente utilizado impresso com um juízo de valor negativo implicando na ideia de nocivo, indesejado, inferior;
- Em relação ao conceito de média – pensando-se no que é próprio da maioria, o médio é o sadio; o que é raro, o que varia ou se desvia de certa medida da média é doente;
- Na medicina somática:

> O médico não se torna absolutamente mais hábil pelo fato de alguma coisa, seja o que for, significar, em geral, doente. Seu trabalho consiste, sim, em estabelecer o que é que existe, quando se apresenta certo estado e certo evento concreto, de que é que depende, de que forma é que decorre, porque é que é influenciado. Em vez de conceito geral de doença, que é mero conceito de valor, ele cria certa quantidade de conceitos existenciais e eventuais (por exemplo, lesão, infecção, tumor, diminuição ou aumento de secreções endócrinas, etc.). (Jaspers, 1912/1987b, p. 933)

Ainda em relação ao conceito de doença na medicina somática, Jaspers (1913/1987b) complementa referindo que a pessoa se sente doente e toma atitudes em relação à sua doença, neste caso ocorre um salto em sua percepção de algum distúrbio e ele forma um juízo de estar doente. Este fato pode referir-se a uma deficiência local particular da saúde no todo ou exprimir uma consciência da doença no todo e, com isso, a pessoa pode procurar um médico para ajudá-lo na identificação e no tratamento.

Mas quando a pessoa se desperta para esse sentimento de doença e procura um médico, podem acontecer duas coisas: 1) o paciente só toma real conhecimento de sua doença quando o clínico nomeia seus sentimentos de desconforto em uma patologia específica; 2) ou o clínico não encontra nenhum achado físico para o desconforto que a pessoa apresenta e, neste caso, encaminha ao psiquiatra. (Jaspers, 1913/1987b)

> Inteiramente diversa e realmente problemática é a situação das doenças mentais: ou falta achado somático, ou a inadequação da atitude do paciente insere-se na essência da moléstia; ou mesmo o desejo da doença dá origem a sintomas específicos. (Jaspers, 1913/1987b, p. 935)

- O conceito de doença na psiquiatria:

Jaspers (1913/1987b) afirma que não tem como pensar em média nos conceitos de saúde e doença no campo do psíquico, pois nunca se conhece realmente a média senão pelos resultados finais os mais grosseiros tais como rendimentos escolares.

> Já a aplicação do conceito de doença em geral ao psiquismo se tem feito em muito menor escala que em relação ao soma. Não seriam fenômenos naturais, a se conhecerem empírica e causalmente, que aqui existiriam, e sim demônios, ou culpa e expiação. A seguir, conceberam-se como doentes, apenas, idiotas e furiosos; mais adiante ainda, melancólicos; no decorrer dos últimos séculos, todavia, alargou-se mais ainda o círculo e, certamente, de maneira decisiva, conforme o ponto de vista da utilidade social. O aumento enorme que sofreu o número de frenocômios funda-se em que certos homens já não podem viver nas condições mais evoluídas da civilização moderna, a qual exige cada vez mais rendimentos sociais; poderiam ser alimentados, colaborar uma vez ou outra, sem o julgo, porém, da aparelhagem social. Daí porque este ponto de vista psicologicamente externos, acrescido aos pendores anti-sociais [sic] de certos indivíduos, passou a ser decisivo para a administração policial no tocante à delimitação da doença. Outros limites residem no tocante à situação econômica dos doentes, em clínicas psiquiátricas, sanatórios, consultórios médicos. (Jaspers, 1913/1987b, p. 936.)

No entanto, a capacidade de amplamente compreender uma patologia envolve a necessidade de se apreender o curso da vida do indivíduo, ou seja, sua biografia – esta se refere a uma vida particular, trazendo em si elementos de análises implantados em conexões temporais abrangentes, de ordem biológica, psicológica e social. Neste sentido, a biografia leva à perspectiva histórica mais ampla que vê a pessoa de maneira abrangente: seu desenvolvimento ontogenético, filogenético, sua história pessoal, sua história na tradição da humanidade e na história dos povos. (Jaspers, 1913/1987b).

Assim, para compreender a patologia psíquica de acordo com a teoria de Jaspers, é necessário compreender como a pessoa age em relação à sua dor, seu sentimento acerca do adoecer e sua consciência da doença. E a maneira pela qual ela irá lidar com seu sofrimento dependerá de suas experiências ao longo da vida e de como constituiu sua identidade e autoimagem, que envolvem a percepção de aspectos bons e maus de si próprio.

Neste sentido, Jaspers (1913/1987b) chama a atenção para os aspectos bons e maus constituintes das pessoas:

> ...se atentarmos para a abismalidade que há no homem; se não nos preocuparmos com quaisquer pressupostos da possibilidade de uma ordem cósmica correta, de um existir humano idealmente perfeito, de uma visão do mundo que seja única e verdadeira, neste caso a loucura e a psicopatia adquirem significado humano; e são uma realidade em que se mostram essas possibilidades; possibilidades que o

> indivíduo sadio a si mesmo oculta; de que se esquiva; de que se preserva. Mas o indivíduo sadio cuja psique se haja aberto ao que é marginal investiga dentro do psicopatológico o que ele próprio pode ser a linguagem que vem dos confins. O temor e a veneração de certas modalidades da doença não constituem apenas fato histórico da superstição, mas tem permanente significado. (pp. 939 e 940)

Desta maneira, pensar em psicopatologia, seguindo a teoria de Jaspers, é compreender o indivíduo como um todo, livre de preconceitos e teorias que limitam e direcionam nossa percepção. É compreender o que há de comum entre os aspectos que estão prejudicando os indivíduos em sofrimento, identificá-los e delimitá-los.

Jaspers trouxe enorme contribuição para a psicopatologia de sua época com sua base fenomenológica. Anos mais tarde, diversos autores com a mesma base estudaram e estudam até a atualidade os fenômenos psicopatológicos. Dentre esses autores, a seguir, conheceremos o trabalho de Arthur Tatossian[3] (1929-1995).

Tatossian desde muito cedo foi aberto à fenomenologia. Quanto à sua obra, até o início dos anos de 1970, exerceu plenamente seu papel de neuropsiquiatra, tendo nesta época 70 publicações em neurologia, 26 em psiquiatria e apenas sete, incluindo sua tese, de fenomenologia – intitulada: *Estudo Fenomenológico de um caso se Esquizofrenia Paranóide* (Tese de Doutorado em Medicina defendida em 1957). Depois de 1979, sua obra fenomenológica desabrochou, mas Tatossian não abandonou a psiquiatria geral, no entanto, seus trabalhos mais profundos e mais bem acabados serão os fenomenológicos. (Tatossian, 1979/2006)

Tatossian, em 1979, publicou seu célebre livro com o título original em francês *La Phénomenologie des Psychoses*, traduzido para o português por Célio Freire e revisado por Virgínia Moreira, com o nome *A Fenomenologia das Psicoses* e publicado em 2006.

Sobre Tatossian, V. Moreira (2001) refere que:

> A aguda compreensão da importância da experiência possibilitou a este fenomenólogo francês pensar a psicopatologia de forma ambígua, levando em conta tanto os aspectos biológicos quanto os culturais, não como contradições, mas como dimensões entrelaçadas de um mesmo fenômeno. Como ele mesmo constata em suas conferências sobre cultura e psicopatologia, a vivência da doença é a mesma em

---

[3] Arthur Tatossian nasceu em 3 de abril de 1929, em Marseille, cidade francesa, filho de imigrantes armênios. Seus pais foram obrigados a abandonar a Turquia, sua terra natal devido a perseguições turcas incessantes, mudando-se assim para França. É descrito como uma pessoa tímida, introvertida e modesta. E também é considerado um mestre por profissionais da área de saúde mental (Tatossian, 2006; V. Moreira, 2001). Na mesma cidade de Marseille, Tatossian iniciou seus estudos em medicina no ano de 1947, tornando-se interno nos hospitais em 1952, tendo escolhido a psiquiatria desde o início de seu internato.

> distintas culturas, mas a forma de sua expressão variará segundo o ambiente cultural em que ela se manifeste. .... A obra de Arthur Tatossian integra a psicopatologia, a fenomenologia e a cultura, mas vai muito além, representando um momento importante no desenvolvimento do conhecimento da psicopatologia. (p. 129)

Para Tatossian (1979/2006) a fenomenologia psiquiátrica tem como base o caráter imediato da experiência do doente mental, que pode ser visto de uma maneira que transpõe as fronteiras do sensível, utilizando a operação fenomenológica fundamental – a redução – sem a interposição de um saber teórico pré-determinado.

De acordo com a teoria fenomenológica, em cada experiência há mais do que o empirismo comum reconhecido. O que há na experiência está para além do fato objetivo e é a essência daquilo que se mostrou, ou seja, sua forma de ser. Neste sentido, a essência é o que torna possível o dado, constituindo-o transcendentalmente. Desta forma, a fenomenologia não pretende explicar e sim clarificar a experiência psiquiátrica, tornando-a transparente em sua essência. (Tatossian, 1979/2006)

Tatossian (1979/2006) utiliza uma citação de Blankeburg (1965, citado por Tatossian, 1979/2006) para clarificar suas afirmações:

> Não se trata da experiência dos estados de fatos novos, mas da experiência nova *sobre o que* e *em que* se é desde sempre objeto da experiência. ... Trata-se aqui de um caminho puramente descritivo que não fornece fundamentalmente 'nada de novo'. (p. 36)

Retomando Tatossian (1979/2006), este ressalta que é a estrutura eidética que fornece o caminho fenomenológico, a qual não é a causa dos fatos psicopatológicos, pois ela simplesmente mostra o que os torna possíveis. Neste sentido, a atitude fenomenológica busca encontrar a experiência apriórica, não do que é o objeto da experiência, mas de como ele é, de seu modo de ser.

> A experiência fenomenológica é, portanto, uma experiência dupla, ao mesmo tempo empírica (no sentido comum) e apriórica, já que a transcendência constituinte do dado é seu *a priori*, seu eidos ou, mais precisamente, visa à apreensão global e unificadora daquilo que até nela seria assumido isoladamente pela filosofia e pelas ciências particulares. (Tatossian, 1979/2006, p. 36)

Já a experiência clínica psiquiátrica corrente opera uma redução diagnóstica, de maneira que o modo da presença concreta da pessoa torna-se sintoma – índice real de outra realidade, a doença somática ou psíquica – enquanto a pessoa não é mais um ser, mas um caso clínico. (Tatossian, 1979/2006)

A noção de experiência fenomenológica conduz à distinção entre sintoma, estrutura e fenômeno. Para fazer esta distinção Tatossian recorre a alguns autores, como Glatzel, Minkowisky e Tellenbach.

Primeiramente, Tatossian (1979/2006) cita a diferenciação de Glatzel (1972, citado por Tatossian, 1979/2006) entre sintoma (manifestação do comportamento) e estrutura (manifestação do vivido). As manifestações do comportamento têm a ver com o comportamento motor, gestual, mímico e verbal (compreendendo aqui o conteúdo "objetivo" das palavras, como, por exemplo, as ideias delirantes). Estes podem ser descritos sem referência à totalidade da pessoa e tem um papel similar aos chamados sintomas somáticos. No entanto, esses são estilos de comportamento, os quais, enquanto componentes do repertório de toda pessoa, não são em si mesmos patológicos, não permitindo por si mesmos um diagnóstico psicopatológico. Com isso, a especificidade psicopatológica não é fornecida pelas manifestações do comportamento e sim pelas manifestações do vivido. Estas se apresentam na pessoa como um todo, não sendo redutíveis aos distúrbios das funções parciais do psiquismo. Desta maneira, estas manifestações estão escondidas sob o que se mostra imediatamente ao psiquiatra e não podem ser apreendidas a não ser indiretamente, pela observação psiquiátrica em que os dados resultam do comportamento material.

Ideias similares às de Glatzel foram explicitadas anteriormente por Minkowiski (1953, citado por Tatossian, 1979/2006), o qual referiu que todo sintoma (no sentido ordinário da psiquiatria) comporta uma parte essencial e uma parte acessória (Tatossian, 1979/2006).

Segundo Tatossian (1979/2006), Minkowiski (1968, citado por Tatossian, 1979/2006) evocava a dualidade da experiência psiquiátrica: a ordem sintomática dos quadros psicopatológicos (por exemplo: a tristeza e as ideias delirantes melancólicas) e o aspecto tempo-espacial de ordem estrutural (os distúrbios do tempo vivido e do espaço vivido).

Citando Tellenbach (1961, citado por Tatossian, 1979/2006), Tatossian nos remete ao outro modo de compreender a diferença entre experiência do sintoma e a experiência do fenômeno:

> O *fenômeno* é o que, estando o mais frequentemente escondido, pode vir à luz por certas modalidades de aproximação ou isto que – mais raramente – já está à luz. Nos *sintomas* que se mostram temos somente, para falar com propriedade, a experiência de que alguma coisa está presente, que *justamente não se mostra*, mas que somente se anuncia ou se revela – a saber, a doença ou a alteração. É porque a doença se

> anuncia nos sintomas, sem se *mostrar*, que os sintomas obrigam a inferências diagnósticas. (p. 42)

Com isso, de acordo com Tatossian (1979/2006), os fenomenólogos precisamente não se interessam pelos sintomas, mas pelo fenômeno, o qual não é diretamente dado por intermédio do comportamento material e sim na experiência psiquiátrica na condição de que ela se faça experiência fenomenológica, a qual é mais do que experiência empírica no sentido usual – enquanto sendo mesmo totalmente experiência e não inferência.

Neste sentido, o autor ressalta que a experiência requerida do psiquiatra fenomenólogo comporta, pois, necessariamente, duas etapas: desvendar as implicações transcendentais-eidéticas (o fenômeno, a essência ou o *a priori*) dos comportamentos (o sintoma ou, antes, o fato bruto) do paciente, depois fundi-los com os dados empíricos. E conclui citando Blankenburg (1975, citado por Tatossian, 1979/2006) que referiu:

> ...tanto a investigação positiva como a investigação filosófica, não são mais que etapas preliminares de uma nova ciência da experiência, na qual a experiência empírica tradicional e a experiência transcendental, na qualidade de momentos ou oscilações do pêndulo numa inter-ação dialética cada vez mais rápida, se encontram na unidade de um desencadeamento da experiência e da investigação. (Tatossian, 1979/2006, p. 45)

Tatossian (1979/2006) segue em seu trabalho chamando a atenção para a distinção de outros dois conceitos centrais da psiquiatria: normalidade *versus* doença mental. No entanto, como a redução fenomenológica suspende todas as teses de valor e, portanto, toda normatividade, pode parecer indiferente a distinção entre normal e patológico para a fenomenologia. Com efeito, a norma estatística e a norma ideal são exteriores ao vivido fenomenológico e a fenomenologia recusa toda competência à estimação do caráter patológico de um vivido.

Entretanto, a consideração da norma é imanente a toda experiência fenomenológica. A norma fenomenológica é intrínseca aos fenômenos, pois o objeto da psicopatologia não é o simples desvio de comportamento. Neste sentido, não importa qual comportamento está potencialmente presente na pessoa, pois o que caracteriza o sadio é o que pode impedir a autonomização ou a persistência temporal do comportamento desviante e não a ausência de sua potencialidade, nem mesmo de sua realização incidente. (Tatossian, 1979/2006)

Assim, segundo Tatossian (1979/2006):

> A *norma fenomenológica* se inscreve no equilíbrio dialético que caracteriza o ser sadio, e a psicopatologia é então uma "patologia da liberdade", na condição de que a liberdade seja compreendida não ao bel-prazer e de forma arbitrária, mas como capacidade de deixar-ser (*seinlassen)* as coisas e de se deixar-ir nelas, no equilíbrio das transcendências subjetiva e objetiva: o contra-exemplo evidente é o delirante que impõe sua ordem às coisas contra a natureza delas, mas submete também a sua. (p. 46)

A fenomenologia tematiza o problema da norma como problema da ancoragem do ser num mundo comum constituído pela intersubjetividade da qual ele mesmo também o é. Segundo as sociedades, o comportamento material da pessoa pode ser considerado adequado ou desviante. Sendo assim, o critério sociológico de normalidade é desestruturado, mas não o critério fenomenológico que reside nas condições de possibilidade do comportamento, não em sua materialidade. Com isso, a fenomenologia visa uma descrição da experiência psiquiátrica que escapa à influência sociocultural. (Tatossian, 1979/2006)

Tatossian (1979/2006) conclui que a fenomenologia jamais pretendeu substituir a psiquiatria clínica positivista, referindo que a esta compete a noção de estabelecimento da loucura, enquanto que à fenomenologia compete compreender a pessoa.

Temos assim dois autores importantes para a fenomenologia psicopatológica, Jaspers e Tatossian, que apresentam visões ora convergentes, ora divergentes sobre a psicopatologia. No entanto, é importante ressaltar que ambos preconizam a importância de se olhar para a pessoa como um todo e buscar compreendê-la.

Virginia Moreira[4], uma importante pesquisadora da atualidade (séc. XXI), publicou diversos trabalhos refletindo sobre as obras de Jaspers e Tatossian. Em seu livro *Personalidade, Ideologia e Psicopatologia Crítica*, publicado em 2002 em conjunto com Tod Sloan, V. Moreira referiu que Jaspers, com a publicação de seu livro *Psicopatologia Geral* em 1913, marcou historicamente o início da psicopatologia diferenciando-a da psiquiatria, de maneira que: a psiquiatria volta-se para casos individuais enquanto uma profissão prática; já a psicopatologia, como uma ciência, se desenvolve no domínio dos conceitos e das regras gerais, tendo como seu objeto de estudo o acontecer psíquico consciente (V. Moreira, 2002).

---

[4] PhD. Virginia de Saboia Moreira Cavalcanti, ou apenas Virginia Moreira (maneira como assina seus trabalhos) é psicóloga, atualmente (2013) professora e pesquisadora da Universidade de Fortaleza e coordena o APHETO - Laboratório de Psicopatologia e Psicoterapia Humanista Fenomenológica Crítica – desenvolvendo diversos trabalhos sobre psicopatologia fenomenológica.

Além disso, a mesma autora referiu que a compreensão do fenômeno psicopatológico para Jaspers "pode ser estática, genética (contextualizada) ou total, o que implica na constituição do indivíduo, abordando a unidade da doença e a totalidade biográfica" (V. Moreira, 2002, p.119).

Segundo, V. Moreira (2002), a psicopatologia geral de Jaspers seguiu a premissa fundamental do método fenomenológico de Husserl que é a descrição, no entanto, se restringiu à descrição dos variados fenômenos psicopatológicos. Desta forma, a autora referiu que, ainda que a proposta de Jaspers seja considerada fenomenológica, ela se diferencia de outras abordagens fenomenológicas em psicopatologia como, por exemplo, a de Tatossian.

Leite e V. Moreira (2009) referiram que Tatossian discute as relações entre a psiquiatria e a filosofia com base na fenomenologia, propondo uma teoria que contemple a experiência psiquiátrica, mas que não seja somente descritiva nem essencialmente filosófica. Desta forma,

> ...a proposta de Tatossian de uma Psicopatologia Fenomenológica consegue atingir seu objetivo, pois se propõe a unificar a experiência positivista-objetiva e a experiência fenomenológica-eidética – na qual não há nem a predominância da postura filosófica nem da psiquiatria clássica –, e propicia a ideia de uma nova construção teórica, que transcende as duas posturas no encontro com a pessoa em sofrimento. (Leite & Moreira, 2009, p.52)

Ainda sobre as divergências de pressupostos de Jaspers e Tatossian e refletindo sobre o pensamento filosófico fenomenológico para a vivência da prática clínica psiquiátrica, Bastos[5] (2012), corroborando V. Moreira (2002) referiu que foi Jaspers que, baseado em Husserl e por meio de sua obra *Psicopatologia Geral*, fez uma passagem da filosofia para a clínica privilegiando a compreensão empática do fenômeno psíquico e resistindo às tentativas de reduzir o homem a um denominador comum. Enquanto que outros autores psiquiatras fenomenológicos com inspiração em Martin Heidegger, como Ludwing Binwanger e Eugène Minkowiski – os quais influenciaram Tatossian – "desenvolveram as dimensões intuitivas do diagnóstico psicopatológico, privilegiando a experiência direta que surge do fenômeno intersubjetivo da entrevista" (Bastos, 2012, p.16).

Assim, Jaspers procurava entender a pessoa em seu sofrimento para nomeá-lo e, com isso, auxiliar em seu entendimento sobre si, situando seus sintomas e

[5] Claudio Lyra Bastos: médico psiquiatra brasileiro atuando, do ano 2000 até a atualidade, como diretor do Instituto Fluminense de Saúde Mental da Universidade Federal Fluminense.

compreendendo-os. Já Tatossian direcionava-se para compreender o fenômeno vivido pela pessoa, situando-a em seu *mundo-da-vida* e buscando compreendê-la, para somente depois chegar ao seu sofrimento e entender o significado do sintoma em sua vivência. Desta maneira, Jaspers apresentou uma nova forma de se compreender a psicopatologia, enquanto Tatossian procurava compreender a pessoa para entender sua produção de sintoma.

Além de refletir sobre as teorias de Jaspers e Tatossian, Virginia Moreira e Claudio Lyra Bastos, em suas pesquisas, têm contribuído com novas reflexões e perspectivas sobre a psicopatologia fenomenológica. V. Moreira tem ampliado a psicopatologia fenomenológica com sua *Psicopatologia Crítica.* Enquanto Bastos faz uma crítica sobre a psiquiatria organicista tão difundida atualmente no meio médico. As principais ideias de ambos os autores serão apresentadas a seguir.

V. Moreira (2002), sobre a psicopatologia crítica, referiu que:

> ...uma psicopatologia crítica não tem, portanto, a ambição de ser um enfoque ou, menos ainda, uma disciplina. Trata-se de uma compreensão das manifestações psicopatológicas com a qual nenhuma das abordagens tradicionais da psicopatologia chegou a se preocupar. No lastro da psicologia crítica, esta compreensão crítica da psicopatologia põe em cheque uma epistemologia individualista que perpassa todas as abordagens da psicopatologia tradicionais, marcadas pela ideologia individualista que faz parte do mundo ocidental como um todo. (p. 125)

Em sua psicopatologia crítica, V. Moreira (2002) utiliza a fenomenologia de Merleau-Ponty como uma ferramenta crítica e propõe alguns fundamentos norteadores:

1. *"A psicopatologia crítica será compreendida de forma não dicotomizada, mundana"* (V. Moreira, 2002, p. 126).

Segundo a autora, há grande dificuldade por parte dos psicólogos e psiquiatras ocidentais em transcender o dualismo cartesiano tradicional, por sua formação ser fortemente marcada pelo positivismo. Assim, V. Moreira (2002) propõe a superação desta visão dualista e dicotomizada com base no conceito de *mundano* da fenomenologia de Merleau-Ponty:

> A vida humana se encontra envolvida no mundo sensível, na história, ou, poderíamos acrescentar, na cultura. O mundo sensível seria então, para o filósofo francês, a extensão do ser humano, ou tudo o que lhe dá continuidade, existindo em mútua constituição com este. O ser humano – doente ou sadio – está implicado no mundo e sua abertura a este mundo humano não é um *a priori* ou uma ilusão, mas uma característica inerente ao ser. (p. 127)

2. *"Uma psicopatologia crítica será necessariamente não individualista, priorizando uma compreensão cultural e histórica do fenômeno psicopatológico, sem perder de vista sua compreensão também biológica"* (V. Moreira, 2002, p. 127)

   Trata-se de utilizar uma lente cultural que torne possível realizar uma análise histórica e ideológica da doença mental, de maneira a romper radicalmente com os modelos de psicopatologia que atribuem ao indivíduo a origem e a responsabilidade sobre a doença mental (V. Moreira, 2002).

3. *"A psicopatologia crítica não pretende uma neutralidade científica"* (V. Moreira, 2002, p.129)

   Uma psicopatologia crítica deve avaliar o contexto da experiência patológica e se posicionar frente a questões que lhe são intrínsecas, buscando o bem-estar da pessoa. Para isso, prioriza uma cientificidade ética e moral, de maneira que a leitura do quadro psicopatológico seja também social, cultural e ideológica, e que vá além do biológico, mas sem esquecê-lo. (V. Moreira, 2002)

4. *"A psicopatologia crítica busca a etiologia da enfermidade mental, não se restringindo à sua sintomatologia"* (V. Moreira, 2002, p. 130).

   Trata-se de priorizar a etiologia enquanto o estudo da origem do fenômeno psicopatológico, de maneira a compreender o que determina a experiência psicopatológica, para, em seguida, poder tratá-la a partir de sua constituição. Desta forma, os sintomas são entendidos apenas como uma linguagem e devem ser escutados, pois são a expressão do sofrimento. (V. Moreira, 2002)

   Seguindo-se este preceito descrito, o estudo das origens das manifestações psicopatológicas, entendidas de maneira não individualista e com uma lente cultural, nos diz que: "em grande parte, os doentes mentais são fruto de sociedades doentes, de desigualdade social, de pobreza e exploração humana, além dos inúmeros processos ideológicos que instauram o vazio, a despotencialização e a falta de significado da vida" (V. Moreira, 2002, p. 131).

5. *"A psicopatologia crítica compreende toda experiência psicopatológica como uma experiência de despotencialização, sem confundir sofrimento com psicopatologia"* (V. Moreira, 2002, -. 131).

   A despotencialização, segundo V. Moreira (2002), é a incapacidade da pessoa de viver significativamente. Nesse sentido, a pessoa doente sente-se sem poder e sem perspectiva de ir adiante, faltando-lhe energia, esperança, vontade, sofrendo de um niilismo que parece crônico.

Segundo a autora, a sociedade ocidental atual é marcadamente hedonista, sendo que o sofrimento deve ser eliminado rapidamente e, para isto, temos uma gama de tratamentos *psi*. No entanto, ela ressalta que o problema é exatamente tratarmos o sofrimento psíquico como doença, pois: "a patologia mental sempre incluirá sofrimento, que é inclusive um critério clínico. No entanto, o contrário não é verdadeiro, ou seja, sofrimento psíquico não significa doença mental" (V. Moreira, 2002, p. 132). Isso porque, na vida enfrentamos diversos sofrimentos que fazem parte da experiência e, inclusive, levam ao crescimento, não sendo necessariamente patológicos.

6. *"A psicopatologia crítica é desideologizadora"* (V. Moreira, 2002, p. 132).

Ideologias são ideias ou imagens que sustentam injustiças sociais promovendo interesses particulares. Desta forma, uma psicopatologia crítica se questionará sobre qual função a doença está apresentando naquele contexto vivido pela pessoa e em que medida existe um grupo específico da sociedade que tem interesse que essa doença exista. Neste sentido, uma psicopatologia crítica irá buscar a compreensão ideológica da situação do doente mental dentro da estrutura sócio-histórica na qual ele vive, se relaciona, trabalha e adoece. (V. Moreira, 2002)

Desta forma, V. Moreira contribui para a psicopatologia fenomenológica trazendo uma visão crítica do olhar para a pessoa que apresenta um sofrimento psíquico, de maneira que devemos situar a pessoa e o sofrimento em seu mundo vivido, contextualizando-o para compreendê-lo e entender qual significado ele apresenta para aquela pessoa. Neste sentido, a psicopatologia crítica de V. Moreira segue na mesma direção da teoria de Tatossian contribuindo para sua ampliação.

Outro autor que auxilia para a ampliação da compreensão sobre a psicopatologia fenomenológica atual, além de situar a psiquiatria contemporânea brasileira, é Claudio Lyra Bastos. Em seu livro *Cientistas e Feiticeiros: Uma abordagem crítica da psiquiatria atual*, publicado em 2012, Bastos faz uma crítica ao modelo psiquiátrico amplamente utilizado no Brasil, que atualmente está cada vez mais associado às neurociências em busca das causas orgânicas dos transtornos mentais. Ele argumenta que:

> Se a enorme diversidade que terapias alternativas, curas religiosas e esotéricas e textos de autoajuda atingem hoje em dia demonstra, de certa forma, um fracasso da medicina moderna, muito maior esse fracasso se revela na psiquiatria, onde não se acha coerência interna nem mesmo dentro de suas facções. (Bastos, 2012, p.8)

O autor referiu que a psiquiatria biológica ou neuropsiquiatria teve sua origem no cientificismo dos séculos XVIII e XIX, relacionada aos conceitos de Lombroso e às concepções reflexológicas e behavioristas, para chegar ao neurofisiologismo e psicofarmacologismo atuais. Ademais, está ligada aos desejos de previsibilidade e controle, além de ideias de subordinação da pessoa e da sociedade às leis naturais, de maneira a justificar os fatos sociais pela natureza. Dessa forma, o determinismo biológico é uma tendência de pensamento que pode ser observada em qualquer sociedade autoritária contemporânea. (Bastos, 2012)

> Uma importante vertente atual do biologismo é o psicofarmacologismo, que ignora totalmente os princípios básicos da psicopatologia e propõe-se a resolver todos os problemas decorrentes da frustração pessoal e do desequilíbrio social exclusivamente por medicamentos. Reduz toda a vida psíquica a meia dúzia de mecanismos, que relaciona a meia dúzia de neurotransmissores, sem nenhum fundamento teórico que justifique qualquer de suas premissas. Nos Estados Unidos, na atualidade, existem propostas de reintegrar totalmente a psiquiatria à neurologia, como no século XIX. (Bastos, 2012, p.9)

Assim, segundo Bastos (2012) a sociedade ocidental moderna se baseia nos ideais norte-americanos que ditam uma necessidade obsessiva de subordinar a psiquiatria a ideais deterministas de previsibilidade e controle, criando uma psicopatologia “tirânica”.

Em seu livro, o autor ressalta a importância da reflexão sobre os modelos utilizados para se olhar para o sofrimento psíquico e das formas utilizadas como tratamento, além de nos atentarmos para reflexão da necessidade ou não de tratamento em muitos casos. E, assim, traz a abordagem fenomenológica da psicopatologia como um olhar mais crítico e capaz de permitir a emergência da transdisciplinaridade, proporcionando uma “oxigenação essencial à sobrevivência da psiquiatria” (Bastos, 2012, p.251).

De acordo com Bastos (2012), a psicopatologia fenomenológica se propõe a estudar um fenômeno complexo, que é a psicologia do patológico, utilizando como instrumento o próprio observador, o qual é um instrumento igualmente complexo. E ressalta que o trabalho psiquiátrico exige uma postura que priorize a observação fenomenológica compreensiva antes da especulação e da interpretação. Neste sentido, o “aprofundamento da abordagem fenomenológica é a única forma real de se atingir uma verdadeira compreensão de como se constitui a complexidade humana, em suas vertentes biológicas, psicológicas e sociais” (Bastos, 2012, p. 67).

Enfim, neste capítulo buscamos apresentar alguns dos principais autores e pesquisadores sobre a psicopatologia fenomenológica. Eles nos auxiliarão, juntamente com os autores citados no primeiro capítulo e outros pesquisados na literatura e nas bases de dados científicas, na compreensão das vivências dos relacionamentos de nossos(as) colaboradores(as), bem como no entendimento do sofrimento emocional deles(as).

Convidamos agora o leitor ao próximo capítulo, no qual abordaremos a metodologia fenomenológica aplicada à pesquisa qualitativa, a qual será utilizada como caminho em direção à compreensão do fenômeno indagado: *a vivência dos relacionamentos sócio-afetivo-sexuais de adolescentes submetidos a tratamento psiquiátrico*.

CAPÍTULO 3
O MÉTODO FENOMENOLÓGICO APLICADO À PESQUISA EM PSICOLOGIA

"... a fenomenologia é a doutrina universal das essências, em que se integra a ciência da essência do conhecimento."
Edmund Husserl.

Para atingir nosso objetivo de compreender as *vivências dos relacionamentos sócio-afetivo-sexuais de adolescentes submetidos a tratamento psiquiátrico*, utilizamos o paradigma fenomenológico. Assim, neste capítulo convidamos o leitor a um caminhar sobre os fundamentos da fenomenologia aplicados à pesquisa qualitativa, que nos guiou na compreensão do fenômeno indagado no presente estudo, bem como o caminho percorrido em busca dos adolescentes colaboradores e seus perfis.

Primeiramente é fundamental esclarecermos o que é a fenomenologia. Dessa forma, A. Silva (2010, p. 268) define que a fenomenologia "busca compreender os significados da experiência vivida e, nesse processo, o pesquisador é orientado para o fenômeno que está sendo investigado".

A fenomenologia enquanto método científico de pesquisa tem sua origem na filosofia fenomenológica de Husserl e, segundo Amatuzzi (2009, p. 97), "volta-se para uma experiência específica e situada que se recebe por meio de um depoimento experiencial depois trabalhado de forma sistemática nos moldes como se costuma fazer em procedimentos científicos".

Sendo assim, para compreendermos melhor o método científico fenomenológico é necessário que voltemos um pouco na história para entendermos as bases deste paradigma na filosofia fenomenológica.

A fenomenologia surgiu no final do século XIX com Franz Brentano (1838-1917), mas foi Edmund Husserl (1859-1938) que verdadeiramente estabeleceu a forma de pensamento que iria perpetuar com o nome de Fenomenologia no século XX (Dartigues, 2010; Bruns, 2007; Schneider, 2009; Amatuzzi, 2009).

Husserl nasceu em 8 de abril de 1859, na cidade de Prossnitz, na Moravia, no então Império Austríaco, hoje Prostejov, pertencente à República Tcheca. De origem judaica, Husserl completou os primeiros estudos em um colégio público alemão, em uma cidade chamada Olmutz – atualmente denominada Olomouc na República Tcheca

– em 1876. Estudou física, matemática, astronomia e filosofia nas universidades de Leipzig, Berlim e Viena. (D. Moreira, 2004).

De 1884 a 1886, Husserl entrou em contato com o filósofo e psicólogo Franz Brentano em Viena, assistindo a seus cursos de Filosofia e Psicologia Descritiva. Brentano, em sua *Psicologia do ponto de vista empírico*, propunha um novo método de conhecimento do psiquismo, distinguindo os fenômenos psíquicos, que comportam uma intencionalidade, dos fenômenos físicos. Além disso, esse mesmo autor também afirmou que os fenômenos psíquicos podem ser percebidos e que seu modo de percepção original constitui o seu conhecimento fundamental. (D. Moreira, 2004; Dartigues, 2010)

Desta forma, Brentano, com sua inteligência, raciocínio e poder de argumentação lógica, influenciou intensamente Husserl em sua formação intelectual e no desenvolvimento de sua Fenomenologia (D. Moreira, 2004).

Para Husserl a fenomenologia "busca uma fundamentação totalmente nova, não só da filosofia, mas também das ciências singulares." (Zilles, 2007, p. 218). Ele criticava as ciências positivas predominantes na época pelo fato de reduzirem-se ao empirismo, ou seja, a uma descrição de fatos sucessivos sem o questionamento de sua essência. Justificava assim, a necessidade de constituir uma "filosofia de rigor" que fornecesse novos fundamentos para as ciências. Com isso, propôs um método de investigação que tem como ponto de partida a "volta às coisas mesmas", de maneira que a filosofia deve estabelecer seus conhecimentos e verdades sustentados na descrição da realidade circundante, como é apreendida pelo homem, enquanto ser consciente. (Dartigues, 2010; Schneider, 2009; D. Moreira, 2004)

A fenomenologia de Husserl influenciou diversos pesquisadores filósofos e de outras áreas da ciência. Particularmente quanto às Ciências Humanas, a fenomenologia garantiu a existência e a particularidade de seus objetos, pois anteriormente elas estudavam as relações causais externas entre os elementos da natureza e as apresentava como explicação e lei de seu objeto de investigação. Quando a fenomenologia está propondo a *volta às coisas mesmas*, ela está exigindo um esforço de saída do mundo constituído reflexivamente ou representado conceitualmente, para se retomar um compromisso mais originário. (Martins & Dichtchenkenian, 1984)

Enquanto método científico, a fenomenologia é uma abordagem que não pretende verificar e sim construir uma compreensão de algo. Sua *práxis* científica dirige-se à análise compreensiva do fenômeno, de forma que compreender implica a

capacidade de tornar explícito e transparente o que se mostra oculto (Amatuzzi, 2007; Bruns, 2007).

Na fenomenologia não há preocupação com os aspectos factuais do estado das coisas, mas com a natureza do fenômeno como significativamente experienciado, pois cada pessoa é única e vive experiências ao longo da vida carregadas de significados que podem ser desvelados de forma reflexiva. A experiência encontra-se no cerne da condição humana e está associada tanto ao conhecimento adquirido quanto à maneira como a pessoa enxerga a experiência. (A. Silva, 2010).

> O desenvolvimento de uma pesquisa utilizando a fenomenologia como método para compreender os significados das experiências vividas se configura como um "olhar" sobre o fenômeno que tem na experiência vivida uma fonte rica para a reflexão de temas relevantes, como o medo, o conflito, o tempo, o poder, as relações interpessoais, o estresse, a dor, o ódio, o trauma, o sofrimento, a inveja, a vingança, entre outros. (A. Silva, 2010, p. 272)

Ela está interessada nos significados das experiências vividas pelas pessoas, tendo como objetivo a busca por um entendimento mais profundo da natureza ou o significado subjetivo e intersubjetivo das experiências, ou seja, da minha, da sua das nossas experiências. (A. Silva, 2010; Holanda, 2007)

O método básico de investigação da fenomenologia é a redução fenomenológica ou *epoqué*. Segundo Bruns (2007), considerando-se que:

> ....as verdades são relativas e temporárias e não absolutas e duradouras e nada é objetivo que não tenha sido antes subjetivo, o processo de análise permitido pela redução fenomenológica pode oferecer um caminho para sair do polêmico impasse existente entre a subjetividade e objetividade, uma vez que, ao dirigir-se ao fenômeno, o pesquisador conduz o processo de análise, colocando em "suspensão de juízo de valores" o conhecimento que possuir a priori acerca do fenômeno submetido ao processo de análise, que não supõe uma atitude de neutralidade, mas uma postura intencional ao fenômeno. (p. 72)

A pesquisa fenomenológica trabalha a partir de dados empíricos e por meio da análise dos relatos dos colaboradores, buscando-se os elementos do significado que permitirão acessar a estrutura do vivido (Holanda, 2007).

O modelo mais conhecido, destacado e utilizado para análise dos relatos dos colaboradores é o descrito por Giorgi (1985, citado por Bruns & Trindade, 2007; Holanda, 2007; D. Moreira, 2004). Este modelo apresenta quatro momentos essenciais a serem realizados (Holanda, 2007; D. Moreira, 2004):

1. Apreensão do Sentido do Todo – neste primeiro momento empreende-se uma leitura global das entrevistas, que com o consentimento dos colaboradores foram gravadas e transcritas na íntegra, com o objetivo de obter o sentido global dos relatos.
2. Discriminação das Unidades de Significado – neste segundo momento há nova leitura dos relatos transcritos com o objetivo de discriminar as unidades de significado uma vez que elas não se encontram previamente identificadas, mas são apreendidas e elaboradas pelo pesquisador no decorrer do processo de análise. É o momento em que o pesquisador "suspende" a maneira comum de ver o fenômeno, e reconhece momentos pertinentes e significativos do fenômeno indagado, a fim de reduzir seus juízos, preconceitos e ideias na interpretação do relato.
3. Transformação em linguagem psicológica – neste terceiro momento, uma vez que as unidades de significado foram delineadas, o pesquisador expressa, de uma forma mais direta, o que elas contêm seguindo sua perspectiva teórica. Dessa forma, as unidades de significados são agrupadas por temas ou categorias que expressam o *insight* psicológico contido nelas.
4. Síntese das Unidades de Significado – neste quarto momento realiza-se uma sistematização consistente das experiências dos colaboradores, em que o pesquisador integra os *insights* contidos em todas as unidades de significados, buscando identificar suas convergências e divergências, compreender o fenômeno e elaborar uma síntese descritiva.

> Tendo em vista o fato de o discurso humano ser necessariamente inacabado, incompleto, os horizontes de compreensão são inesgotáveis. Todavia o fenômeno deve mostrar-se para o pesquisador em sua essência, ou seja, em suas características fundamentais vistas pela perspectiva do horizonte psicológico. (Bruns, 2007, p. 74)

O discurso científico difere do discurso do senso comum não só pela escolha de um método, mas pela conduta ética e rigor com que o cientista conduz todas as etapas da investigação (Bruns, 2007).

Assim, com base na descrição da metodologia qualitativa fenomenológica conduzimos este presente estudo. A seguir, convidamos o leitor a conhecer o caminho percorrido no encontro dos colaboradores e as técnicas utilizadas para compreensão do fenômeno indagado.

ACESSO AOS(ÀS) COLABORADORES(AS): CAMINHO PERCORRIDO, A ENTREVISTA COMPREENSIVA FENOMENOLÓGICA E PERFIL DOS(AS) COLABORADORES(AS)

Para o acesso aos(às) colaboradores(as) desta pesquisa, houve inicialmente preocupação com a ética. Sendo assim, o projeto deste trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da FMRP/USP em julho de 2010, tendo sua **aprovação** no dia dois de setembro de 2010 (ANEXO A). Só então foi dado início à prévia seleção dos(as) colaboradores(as).

Para compor o nosso quadro de colaboradores(as) deste estudo adotamos os seguintes critérios:

1. Convidamos adolescentes de 12 a 19 anos – a delimitação da faixa etária para seleção dos adolescentes para esta pesquisa deu-se de acordo com o serviço selecionado para a realização deste estudo, que atende adolescentes de 12 a 19 anos, e levando-se em conta a Organização Mundial da Saúde – que circunscreve a adolescência dos 10 aos 19 anos – e a legislação brasileira – que segundo o ECA, adolescente é aquele que estiver entre os 12 e os 18 anos, como explicitado no primeiro capítulo.
2. Excluímos adolescentes que apresentavam diagnóstico de Retardo Mental (por apresentarem prejuízos na aquisição de normas e valores sociais, além de, nos casos mais graves, apresentarem dificuldades em entender conceitos e realizar comunicação verbal) e também os que apresentavam psicopatologias em que há perda de contato com a realidade, pois nos momentos em que há presença aguda dos sintomas, os adolescentes apresentam dificuldades em se situar no momento de vida atual com base na realidade observável;
3. Não convidamos adolescentes atendidos diretamente pela pesquisadora, no intuito de minimizar as interferências na busca da compreensão pelo fenômeno indagado.

Para atender a estes critérios, inicialmente os(as) colaboradores(as) foram pré-selecionados por intermédio do acesso ao prontuário médico dos(as) adolescentes atendidos no serviço elegido, no intuito de obter informações prévias sobre a condição clínica dos(as) adolescentes e conhecer aqueles que contemplavam os critérios acima explicitados.

Com a posse destas informações foram convidados 12 adolescentes, sendo que apenas 2 não concordaram em participar do presente estudo, o qual então é composto por 10 adolescentes, sendo: 5 do sexo feminino e 5 do sexo masculino.

O contato com os(as) adolescentes seguiu-se de duas formas: (1) por meio de contato telefônico prévio e (2) quando o telefone que constava no arquivo do hospital não atendia ou estava errado, o contato com o(a) adolescente e seu(a) familiar ocorria pessoalmente no corredor de espera para a consulta psiquiátrica.

No caso daqueles colaboradores(as) com os quais foi possível conversar previamente por telefone, primeiramente conversava-se com o(a) responsável legal, expondo-lhe todos os passos da pesquisa visando à sua anuência. Somente com esta autorização, solicitava a este(a) responsável que chamasse o(a) adolescente ao telefone para explicitar do que se tratava a pesquisa e para saber se ele(a) concordava em participar. Com o consentimento do(a) adolescente, foi agendado um dia e horário com ele(a) e o(a) responsável legal para a realização da entrevista compreensiva. Sempre se procurou agendar a entrevista no mesmo dia em que o(a) adolescente tinha consulta psiquiátrica, no intuito de facilitar o contato e evitar possíveis dificuldades de transporte e tempo.

Com aqueles que não foi possível contato por telefone, a pesquisadora utilizou o dia da consulta psiquiátrica para se encontrar com eles(as) e seus(as) responsáveis legais, a fim de explicitar tudo sobre a pesquisa, seguindo os mesmos passos utilizados via telefone descritos anteriormente. Com a aprovação de ambos, em seguida era agendado outro encontro com a pesquisadora em um próximo retorno ao médico psiquiatra, para a realização da entrevista compreensiva.

Contudo, algumas dificuldades foram encontradas ao contatar os(as) colaboradores(as). Como expresso anteriormente dois dos(as) colaboradores(as) pré-selecionados recusaram-se a participar da presente pesquisa, sendo que as recusas foram: 1) o responsável legal de um dos adolescentes referiu não querer participar por falta de tempo; e 2) um adolescente, cujo responsável legal havia autorizado, disse que não gostaria de participar da pesquisa. A pesquisadora compreendeu os motivos de recusa e os respeitou.

No dia e horário agendados entre pesquisadora, o(a) adolescente e seu(a) responsável legal, estes(as) últimos(as) foram convidados a ir a uma sala reservada. Neste momento novamente foram explicados os objetivos da pesquisa e lidos os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXOS B e C – sendo um para o(a)

adolescente e outro para seu(a) responsável legal), de modo lento e coloquial para que ambos compreendessem e tivessem condições para aceitar ou recusar a participação na pesquisa.

No entanto, os(as) responsáveis legais de dois adolescentes, um com 18 e outro com 19 anos completos, não puderam comparecer no dia previamente agendado para a entrevista, mas como já haviam consentido previamente a participação dos(as) filhos(as) com a pesquisadora pelo contato telefônico, esses dois adolescentes participaram da pesquisa. E também como apresentavam idades correspondentes à maioridade legal e por não apresentarem prejuízo cognitivo ou comprometimento no juízo crítico da realidade (como exposto previamente nos critérios de exclusão) e seguindo-se as normas preconizadas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, os Termos de Consentimento foram lidos seguindo o mesmo ritual dos anteriores, para que os(as) adolescentes pudessem se sentir seguros para decidir sobre sua participação nesta pesquisa.

Retomando o percurso realizado no dia agendado com os(as) colaboradores(as) que concordaram em participar da pesquisa, após a leitura, a concordância na participação e a assinatura dos Termos de Consentimento – sendo que uma cópia foi entregue ao(à) adolescente e outra ao(à) seu responsável – a pesquisadora solicitava ficar a sós com o(a) adolescente e dava início às atividades. Estas eram iniciadas com o Critério de Classificação Econômica do Brasil, seguido pelo Roteiro de Identificação do(a) Colaborador(a) e, por fim, a Entrevista Compreensiva Fenomenológica.

O Critério de Classificação Econômica do Brasil (ANEXO D) é um questionário desenvolvido pela ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa / dados com base no Levantamento Sócio Econômico de 2005 pelo IBOPE –, reformulado em 2008, para definir as grandes classes socioeconômicas. Este instrumento encontra-se disponível no site www.abep.org e também foi anexado na seção de anexos para viabilizar o acesso do leitor. Este questionário foi utilizado para auxiliar na compreensão dos(as) colaboradores(as) ao situá-los em sua condição socioeconômica.

O Roteiro de Identificação do(a) Colaborador(a) (ANEXO E) é composto por algumas perguntas desenvolvidas pelas pesquisadoras no intuito de conhecer melhor o(a) colaborador(a) e situá-lo(a) em seu *mundo-da-vida*. Este roteiro contém questões sobre dados pessoais (como data de nascimento, religião, onde e com quem reside, membros familiares residentes no mesmo domicílio, dados sobre união dos pais) e questões sobre o tratamento psiquiátrico (como há quanto tempo faz tratamento, o que

levou a buscar tratamento, se já houve internação em enfermaria psiquiátrica). Para maior conhecimento deste roteiro, ele encontra-se na íntegra na seção de anexos.

A entrevista compreensiva fenomenológica acontece por meio de um encontro da pesquisadora com os(as) colaboradores(as) e se caracteriza como um diálogo com a finalidade de conhecer os horizontes do *mundo-da-vida* destes(as) últimos(as).

Segundo Amatuzzi (2007), durante a entrevista fenomenológica cabe ao pesquisador permanecer ativo e presente como um interlocutor que solicita e acolhe os relatos das experiências do(a) colaborador(a), fazendo um esforço de ir além das estruturas já dadas, ou seja, ir além dos modos habituais de pensar, buscando-se uma melhor conexão com a experiência.

A nossa entrevista fenomenológica foi mediada pela questão: *Fale a respeito de sua infância e de sua adolescência, relacionando-as aos seus relacionamentos intrafamiliares, escolares, afetivo-sexuais e ao seu tratamento aqui no ambulatório*.

As entrevistas foram realizadas individualmente com cada adolescente, sem limite de tempo pré-estabelecido para que os(as) colaboradores(as) pudessem se sentir livres para relatar o seu *mundo-da-vida*.

A seguir apresentaremos o perfil dos(as) colaboradores(as) no Quadro 1. É importante ressaltar que foram atribuídos nomes fictícios aos(às) colaboradores(as), no intuito de preservar sua identidade.

Quadro 1 – Perfil dos(as) Colaboradores(as)

Colaborador	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
Nome	Wanda	Gracieli	Daniela	Graziela	Gisele	Fernando	Renato	Roberto	Reginaldo	João
Idade	13	16	18	18	18	15	15	17	18	19
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Religião	Católica praticante	Testemunha de Jeová praticante	Evangélica não praticante	Católica não praticante	Evangélica praticante	Católico praticante	Cristão não praticante	Católico +/- praticante	Espírita praticante	Nenhuma específica
Escolaridade	Cursando 8º ano do Ensino Fundamental	Cursando 1º ano do Ensino Médio	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Médio Completo	Ensino Médio Completo	Cursando 7º ano do Ensino Fundamental	Cursando 9º ano do Ensino Fundamental	Cursando 3º ano do Ensino Médio	Cursando 1º ano da Faculdade de Jornalismo	Cursando 2º ano do Ensino Médio
Exerce Atividade Laboral	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
Nível Sócio-Econômico	C2	B2	C2	C1	C1	B2	B2	C2	B1	C1
Tempo de Tratamento Psiquiátrico	5 anos	3 anos	8 meses	4 anos	1 ano	9 meses	3 meses	2 anos	2 anos	7 anos
Diagnóstico Segundo o Adolescente	Depressão e Ansiedade	Depressão	Transtorno Alimentar	Distúrbio do Humor	Depressão	Distúrbio do Comportamento	Não Sabe	Depressão	Depressão	Déficit de Atenção
Diagnóstico Segundo Prontuário Médico	TAG, TOC, ED remitido	TP a/e	TAG, ANA, TPB	TAB, TC a/e	TPH, TAB, TPB	TC a/e, TDO, TDAH	TDAH a/e, TC a/e, Compulsão Alimentar	ED em remissão	ED, TPN	SGT, TDAH, TOC

TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizada; **TOC**: Transtorno Obsessivo Compulsivo; **ED**: Episódio Depressivo; **TP a/e**: Transtorno de Personalidade à esclarecer; **ANA**: Anorexia Nervosa Atípica; **TPB**: Transtorno de Personalidade com Instabilidade Emocional – tipo Borderline; **TAB**: Transtorno Afetivo Bipolar; **TC a/e**: Transtorno de Conduta à esclarecer; **TPH**: Transtorno de Personalidade Histriônico; **TDO**: Transtorno Desafiador e de Oposição; **TDAH**: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; **TPN**: Outros Transtornos Específicos da Personalidade, tipo Narcísico; **SGT**: Síndrome de Gilles de La Tourette.

O Quadro 1 mostra que os(as) colaboradores(as) foram adolescentes de 13 a 19 anos, sendo cinco do sexo feminino e cinco do sexo masculino.

Quanto à escolaridade:

- Uma adolescente abandonou os estudos no Ensino Fundamental;
- Dos três adolescentes que estão cursando o Ensino Fundamental, dois estão atrasados na relação idade/ano de estudo;
- Dos três adolescentes que estão cursando o Ensino Médio, apenas um está atrasado na relação idade/ano de estudo;
- Duas adolescentes completaram o Ensino Médio;
- Um adolescente está cursando o primeiro ano de faculdade.

A maioria dos(as) adolescentes referiu seguir a religião católica e apenas um adolescente referiu não acompanhar nenhuma religião específica.

As classes socioeconômicas dos(as) adolescentes variaram entre B e C, predominando esta última. E em relação à atividade laboral apenas dois referiram trabalhar.

Todos estavam em tratamento psiquiátrico, sendo que o tempo de tratamento variou de três meses a sete anos. Quanto às hipóteses diagnósticas, nove dos(as) adolescentes referiram ter conhecimento sobre parte das hipóteses aventadas para si, enquanto apenas um deles referiu não saber. Destes(as) nove adolescentes, cinco referiram apresentar quadros depressivos e uma relatou distúrbio do humor – a qual é uma grande classe diagnóstica que inclui os transtornos depressivos –, enquanto que os outros(as) três relataram hipóteses diagnósticas variáveis, como transtorno alimentar, distúrbio do comportamento e déficit de atenção.

No entanto, nos prontuários médicos consultados no período de setembro de 2010 a maio de 2011, constavam um número maior de hipóteses diagnósticas do que as referidas pelos(as) adolescentes, sendo que algumas delas ainda estavam a esclarecer, ou seja, indicando dúvidas quanto às hipóteses diagnósticas aventadas para cada adolescente, necessitando de maior observação e investigação para confirmação ou refutação das hipóteses.

Convidamos agora o leitor ao próximo capítulo, no qual traçaremos os perfis individuais de cada colaborador(a), bem como faremos a análise de seus relatos em direção à compreensão do fenômeno indagado: *a vivência dos relacionamentos sócio-afetivo-sexuais de adolescentes submetidos a tratamento psiquiátrico*.

CAPÍTULO 4
NOS HORIZONTES DA COMPREENSÃO

Neste momento partimos para a análise fenomenológica dos relatos dos colaboradores e das colaboradoras em direção à compreensão do fenômeno: *a vivência dos relacionamentos sócio-afetivo-sexuais de adolescentes submetidos a tratamento psiquiátrico.*

Embasados pela metodologia fenomenológica, como descrito em capítulo anterior, após o primeiro momento de leitura global dos relatos para apreensão do sentido do todo e o segundo momento de discriminação das unidades de significados, a seguir, encontra-se o terceiro momento da análise dos relatos, no qual as unidades de significados estão agrupadas em categorias e refletidas sob o eixo teórico explicitado nos capítulos anteriores, bem como em outros autores pesquisados na literatura e nas bases de dados científicas.

CATEGORIAS QUE EMERGIRAM DOS RELATOS DOS(AS) COLABORADORES(AS)

Foram **quatro categorias emergidas** dos relatos dos(as) colaboradores(as):

Categoria 1 – *Mundo-da-vida* na infância nos horizontes das relações intrafamiliares

Esta categoria aborda a vivência na infância para cada colaborador(a) em suas relações no núcleo familiar.

Categoria 2 – *Mundo-da-vida* nos Relacionamentos Sociais

Nesta categoria encontramos a maneira de como os(as) colaboradores(as) experienciam seus relacionamentos com os(as) colegas e/ou amigos(as), bem como, em alguns casos, com professores(as) na escola.

Categoria 3 – *Mundo-da-vida* nos Relacionamentos Afetivo-Sexuais

Esta categoria explicita as vivências dos(as) colaboradores(as) nas experiências de paquerar, ficar, namorar e ter relações sexuais.

Categoria 4 – Horizontes das vivências de sentimentos dolorosos

Nesta categoria encontramos as vivências de dificuldades e sofrimentos emocionais dos(as) adolescentes, bem como seus modos de lidar com o diagnóstico atribuído pelos médicos psiquiatras.

A seguir, para possibilitar melhor entendimento ao leitor, serão apresentados perfis de cada colaborador(a) seguidos das categorias com as respectivas unidades de significado. Lembrando que para preservar as identidades dos(as) colaboradores(as) foram atribuídos codinomes.

Perfil da colaboradora Wanda

Wanda, 13 anos, sexo feminino, classe socioeconômica C2. Mora com os pais, um irmão homem mais velho do que ela e a noiva dele, em uma pequena cidade do interior de São Paulo. Seu pai trabalha como cortador de cana e sua mãe como manicure e gestora do lar. Segundo Wanda seus pais nunca chegaram a se casar oficialmente, sua mãe fugiu de casa com seu pai quando tinha 13 ou 14 anos e estão juntos até atualidade. Está cursando regularmente a 7ª série/8º ano do Ensino Fundamental e não exerce nem nunca exerceu atividades laborais. Seguia a religião evangélica, mas atualmente está freqüentando a católica por opção própria.

Wanda é uma menina baixinha, magrinha e aparenta menos idade do que a cronológica. À primeira vista, ela se mostra tímida, encolhendo-se e olhando para a mãe ao seu lado. No entanto, ao chamar seu nome, Wanda imediatamente olha para a pesquisadora e abre um sorriso simpático.

Diante de sua mãe, Wanda permanece calada, deixando que sua mãe fale por ela. No entanto, com a saída da mãe da sala, Wanda muda a postura, endireita-se na cadeira, tomando agora uma postura mais ereta, e conversa livremente com a pesquisadora.

Wanda conta que sua infância foi dividia em dois momentos: um quando morava em um bairro considerado perigoso por seus pais, de maneira que não podia brincar fora de casa; outro quando se mudou de casa, para um bairro considerado mais tranquilo, onde podia brincar na rua e subir em árvore, principalmente na companhia de uma prima, com quem era bem próxima. Além disso, contou que brincava bastante com seu irmão mais velho e com seus pais.

Apesar de se lembrar de bons momentos de brincadeiras na infância, Wanda conta que nesta época era muito tímida e tinha dificuldades em conversar com as pessoas, o que ela considerava que não era muito bom. Lembra que achava que tinha algo que não a deixava bem emocionalmente, mas não sabia o que era. Até que um dia, ao sentir-se muito mal, com faltas de ar e tonturas, sua mãe a levou ao médico, o qual disse pela primeira vez que Wanda apresentava depressão e ansiedade e a encaminhou para tratamento psiquiátrico especializado.

Agora, na adolescência, Wanda conta que mudou muito seu jeito de ser: está vencendo a timidez, de maneira que hoje conversa bastante com as pessoas e tem vários amigos, tanto na escola, quanto na vizinhança. No entanto, diz sofrer pelo fato de seu pai a proibir de sair de casa para conversar principalmente com meninos, o que faz com que eles tenham muitas discussões.

Na esfera dos relacionamentos afetivo-sexuais, Wanda contou que já teve um breve namoro com um menino, sem o conhecimento de seu pai, mas que não deu certo, porque o menino tinha muito ciúme dela e vice-versa.

Quanto ao seu tratamento psiquiátrico, atualmente encontra-se com as seguintes Hipóteses Diagnósticas segundo seu prontuário médico: Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e Episódio Depressivo Maior Remitido (EDM Remitido).

Categoria 1: *Mundo-da-vida* na infância nos horizontes das relações intrafamiliares

> *Eu lembro que eu não tinha muito amizade assim... não tinha de ir na casa das coleguinhas, coisas assim, era muito perigoso quando eu morava nos predinhos, então não tinha amizade mesmo, não podia ir pra outro lugar. Era uns predinhos* [nome do local] *lá muito cheio de mano e que geralmente mesmo criança não fica pra fora por causa desses caras, ce entendeu? Aí eu morei lá também no* [nome de outro local], *eu morei um tempo lá, onde eu passei assim a maior parte da minha infância eu passei lá. Era muito divertido! Morava minha prima junto comigo, então... A gente cresceu junto. .... Ela ficava na minha casa, brincando. Nóis brigava muito também. (riu) Mas é coisa que acontece, também. Mas a gente brincava, mas também ficava brigando, mas ficava chateada eu e ela, mas não podia bobear que nóis já tava subindo em árvore de novo e conversando.*

Segundo P. Barbosa (2011) a criança, em seu desenvolvimento, interage com o ambiente construindo sua percepção de mundo. Desta forma, ela começa a perceber que existem regras sociais que estão além das colocadas por seus pais e que outras pessoas

de seu convívio também se submetem. Essa percepção, de acordo com a autora, é de fundamental importância para a construção da autonomia da criança, dando-lhe condições de começar a discriminar aspectos do ambiente. Neste sentido, notamos que Wanda, ao relatar suas vivências no primeiro bairro que morou em sua infância, lembra dos perigos sociais que faziam parte da vizinhança de maneira que, tanto ela quanto as outras crianças do bairro, não podiam brincar livremente nas ruas, construindo assim sua percepção de perigos sociais e dando significado às suas possibilidades e limitações.

Sobre os perigos sociais é importante ressaltar que atualmente, todas as classes sociais sofrem com insegurança – medo de assaltos, balas perdidas, conflitos entre gangues e facções, uso e tráfico de drogas, entre outros – não sendo exclusivo da classe C, a qual Wanda pertence.

Mas, ao mudar de residência, Wanda recorda de momentos de brincadeira e diversão com a prima, com quem mantinha uma boa relação de amizade. Este laço entre as primas demonstrou ser fruto de um vínculo forte, o qual superava as discórdias e os desentendimentos entre as duas.

Prosseguindo com as percepções no *mundo-da-vida* (*Lebenswelt*) de Wanda, em seu relato abaixo, a colaboradora expressa sobre o momento de transição da infância para a adolescência que está vivenciando:

> *...um monte de gente, enche a rua, aí né, a gente brinca muito de pique-esconde, pique-rela, essas coisas tudo. E aí ela* [colega/vizinha] *pega e fala que eu to muito grande, que eu tenho 13 anos pra correr no meio da rua, né. Mas eu falo assim que, sei lá, é legal, eu gosto, ce entendeu? Eu falo que eu tenho que aproveitar, porque depois eu cresço e não vou poder fazer nada. .... Eu era bem sozinha, ce entendeu? Agora eu tenho bastante amizade, ce entendeu?*

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde brasileiro, os 13 anos de idade pertencem à faixa etária correspondente à adolescência. No entanto, segundo o próprio Ministério da Saúde (2007), em seu manual sobre a adolescência, para considerarmos este momento da vida devemos nos atentar para os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, além da cronologia etária.

Biologicamente o corpo modifica com a explosão hormonal, em que há o aparecimento dos pelos pubianos e axilares, redistribuição da gordura corporal desenhando novas formas e curvas, desenvolvimento dos seios, a menarca, maior força muscular, entre outras (Azevedo, Fonseca, Coutinho & Saldanha, 2006).

Socialmente, a transição da infância para a adolescência, implica em muitas modificações, com normas de condutas e comportamentos diferentes, além de aumento gradativo das responsabilidades. Na infância a criança é livre para brincar, para ser ela mesma (Barbosa, 2011), enquanto que o adolescente, com as mudanças corporais e consequente emergência da sexualidade, passa a submeter-se a novas regras de conduta, sofrendo alteração radical em sua autopercepção, bem como passando a ser notado de maneira diferente pelos outros (Sobrinho, 2010).

Essas modificações corporais demandam que Wanda se adapte ao novo esquema corporal e suas repercussões sociais, bem como rearranje suas concepções psíquicas sobre si como um ser encarnado.

> Estar de posse do próprio corpo significa reconhecê-lo em sua "concreticidade", na experiência de verdade e de realidade cuja base é a percepção de ser (um corpo) no mundo. Esta percepção é orgânica, pré-objetiva e quase instintiva. Enquanto fenômeno é integral, deriva da interconexão dos sentidos, proporcionando uma experiência altamente subjetiva do que seja viver/ser um determinado corpo (Talamoni, 2008, p. 70).

Nos horizontes da infância encontramos as relações intrafamiliares. Dentre estas, temos o relacionamento de Wanda com a mãe:

> *Então assim ela* [mãe] *sempre foi muito assim, ficava assim muito comigo, ce entendeu? Em todo lugar. Até nas brincadeiras, ela brincava de vôlei, queimada assim com a gente. Juntava ela e as mulher velha lá com a gente e todo mundo ficava jogando, brincando o tempo inteiro. E assim, o tempo todo, minha mãe nunca teve por fora, ela sempre teve junto. Ela sempre deixava ir nas palestra, viagem, minha mãe nunca proibiu de eu ir em nada dessas coisas. E assim... muito boa minha mãe sempre foi. E... já hoje assim, que nem... agora já tem um certo limite, né.*

Wanda relata a importância da presença da mãe em sua vida proporcionando momentos de lazer, alegria e liberdade. A presença física da mãe e sua atenção nas brincadeiras e no cuidado com a filha são muito importantes para o desenvolvimento psíquico e emocional.

No relacionamento com o pai, evidencia-se o cuidado com a filha e a exigência de nova postura pelo fato de ela estar adentrando a adolescência, momento de modificações corporais e emergência da sexualidade:

> *Meu pai assim... ele é legal, ce entendeu? Ele não é... quando eu era mais nova, ele conversava muito comigo, ce entendeu? E a gente saía bastante também, sabe? Mas... agora assim... Ele ta chato pro meu lado, ce entendeu? .... Antes, quando eu tinha meus 10, 11 anos, por aí, meu pai já... .... ele já começou a falar assim: Não, não pode subir em árvore, não sei que tem... Que tinha uma árvore ali que era*

> *assim, tipo umas voltas, ce entendeu? E eu e minha amiga não tinha nada o que fazer, e ficava ali, né, conversando. Aí meu pai foi proibindo. Aí eu fiquei muito brava, por causa que eu não podia, eu não tava tendo mais liberdade de nada! Ce entendeu? Aí meu pai proibiu eu também de ficar conversando com moleque. Mas eu penso assim, entendeu? .... E eu não deixo de conversar com ninguém por causa do meu pai não, ce entendeu? .... Porque lá onde eu moro, há muito moleque. Aí meu pai já implica, porque ele acha que eu to indo lá por conta de moleque, entendeu?*

Sobrinho (2010) afirma que a família desempenha um papel de extrema importância no crescimento e desenvolvimento do adolescente, pois nesta fase, com o crescimento físico e a maturação sexual durante a puberdade, o adolescente passa a buscar sua autonomia e independência precisando tornar-se cada vez mais responsável por suas próprias decisões e, ao mesmo tempo, apresenta a necessidade de sentir segurança na orientação dos pais.

Além disso, é nessa fase da adolescência, que se adquire a capacidade de pensar de maneira abstrata questionando o mundo no qual se está inserido (L. Melo, 2005). Assim, com maior consciência sobre o mundo e maior capacidade crítica, Wanda apresenta condições de questionar o modelo familiar, social e cultural em que vive, trazendo conflitos ao equilíbrio pré-estabelecido.

L. Melo (2005) afirma que é necessário que os pais ouçam os filhos, mas também estabeleçam limites para ajudá-los a desenvolver o autoconhecimento e a autocrítica. No caso de Wanda, notamos que ela demonstra sentir raiva frente às limitações colocadas pelo pai, sentindo-se tolhida em sua liberdade.

As limitações impostas pelo pai à Wanda, preocupado com sua sexualidade, estão relacionadas ao fato que, apesar das mudanças emergentes nas concepções da sexualidade atualmente, a ideologia patriarcal ainda permanece atuante no imaginário popular ditando que o homem deve ser viril e a mulher deve conter sua sexualidade para se proteger frente aos riscos de adquirir uma gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis (Lins, 2012). Desta forma, compreendemos que colocar limites nos relacionamentos com meninos foi a maneira que o pai encontrou para cuidar de Wanda.

Na relação com o único irmão, que é mais velho do que ela, Wanda relata companheirismo:

> *Eu e meu irmão a gente sempre brincou muito, mas sempre que a gente brincava bastante acabava em briga, ce entendeu? .... nessa época a gente brincava naqueles predinhos que eu te falei. Aí como era um condomínio fechado, era só eu e ele... e que nem ou eu brincava com ele ou com ele. Tinha que fazer essa escolha, né. (ri)*

Ao falar da relação com o irmão, Wanda lembra principalmente do momento em que morava em sua primeira residência, localizada em um bairro perigoso, quando não podia brincar com outras crianças na vizinhança. Contudo, os perigos da rua contribuíram para estabelecimento de vínculo com o irmão, sendo que juntos puderam se divertir e aproveitar bons momentos de brincadeiras na infância dentro de casa. Já na adolescência:

> *A gente discute, ce entendeu? Que nem ele... quer assistir um canal e eu outro, aí a gente vai e discute... que nem, às vezes ele quer assistir um programa e eu quero assistir outro, aí eu e ele já dá aquela discussão e ele acha ruim comigo. Aí a gente briga tudo e tal. .... Eu tenho que aguentar cada uma com ele! (ri) Ele faz assim... ele... tudo o que os meninos faz ele olha de cara feia, tipo assim: Olha o que você ta fazendo! Ce entendeu? Ele já me olha com um olhar assim: Entra pra dentro agora! (ri) Quando eu to conversando, ce entendeu? Mas ele não bate em mim, nada, ce entendeu? Mas ele é muito ciumento.*

Neste momento da vida, com o crescimento, as formas de lazer mudam e as brincadeiras dão lugar para televisão, computador e conversas. Neste sentido, Wanda comenta que nesta fase surgem divergências de gostos e desejos com o irmão, mas as quais eles superam e conseguem se entender sem confronto físico. Além disso, ela comenta sobre os "ciúmes" do irmão para com ela, que, provavelmente, denota a preocupação com sua sexualidade.

Sobre este aspecto, Giddens (2010) afirma que o ideário sociocultural penetra na identidade e nos sentimentos pessoais de cada um. Desta maneira, compreendemos que, por intermédio da convivência familiar, foi transmitida ao irmão, a ideia de preocupação com a sexualidade na adolescência, principalmente com a sexualidade feminina, e a maneira como Wanda a expressa. Sendo assim, esta preocupação denota ser uma demonstração do afeto que o irmão sente pela Wanda e de sua necessidade de cuidar dela.

Categoria 2: *Mundo-da-vida* nos Relacionamentos Sociais

Wanda relata que um tempo atrás ela tinha poucos amigos porque sentia vergonha de tomar iniciativa para conhecer as pessoas; situação que se modificou na atualidade:

> *...eu tinha... vergonha de chegar na pessoa, ce entendeu? Às vezes eu... eu num chegava em ninguém puxando assunto. Eu era muito quieta. Os outros falam que eu mudei totalmente, porque eu não conversava com ninguém, nem com família,*

> *amigos, nada, quando eu era mais nova. Aí... eu não tinha atitude assim de chegar nos outros, puxar assunto. Mas hoje não, hoje, apesar de eu ter um pouco de vergonha, eu mesmo quando eu vejo uma pessoa, eu vou lá, puxo assunto, sabe? Pergunto, converso, tudo de boa, sabe? .... Na escola também que eu mudei, no começo... no outro ano foi difícil eu fazer amizade porque já tinha grupo formado. Como eu entrei no meio do ano, então, eu não conhecia assim, ninguém. Agora esse ano já ta bem melhor, já fiz amizade com a sala inteira, já, sabe? Num brigo com ninguém na sala de aula, assim, cunverso com todo mundo. Os professores agora estão implicando porque eu to conversando demais. (ri)*

Compreendemos que juntamente com as alterações em seu corpo, Wanda também se modifica, apresentando novas maneiras de se relacionar com o outro. Isto se dá, pois é no meio social compartilhado que o(a) adolescente maneja seu corpo tornando-o(a) apto a habitar um determinado espaço – seu *Lebenswelt* (*mundo-da-vida*) – coexistindo com outras pessoas nas relações (Talamoni, 2008).

Além disso, Pereira e Garcia (2009) afirmam que durante a transição da infância para a adolescência, ocorre um aumento da influência e importância dos amigos, que passam a ser fonte de companhia, intimidade e apoio emocional. As amizades se desenvolvem em espaços que possibilitam uma sucessão de interações e o estabelecimento de relacionamento, sendo a escola um local bastante propício. Nesta direção, ao iniciar o ano escolar juntamente com a turma, após ter mudado de escola no ano anterior, Wanda sentiu-se mais à vontade para conhecer os colegas e estabelecer vínculos de amizade.

Além do ambiente escolar, a vizinhança também possibilita o contato com os pares e o estabelecimento de amizades:

> *Ah, sei lá, eu tinha medo de chegar pra pessoa e conversar. Não sei assim direito. Eu sei lá, pra mim, eu tava lá sozinha, tava bom, ce entendeu? Agora, eu já, quando eu to sozinha eu falo: Ah, vou pra casa de uma amiga minha, não quero ficar aqui não. Senão eu vou pra rua, fico lá andando, quando passa algum amigo ou amiga minha eu chamo, eu cunverso, fico lá conversando, aí fico lá às vezes até às 10 horas. Tem um amigo meu o L., eu e ele conversa muito, sabe? E a gente é muito amigo mesmo, ce entendeu? Meu pai já implica com ele, mas eu já... eu começo a conversar com ele, ele manda eu entrar e eu falo que daqui a pouco eu entro, mas eu não entro mais. A gente tem muita amizade. A gente tem muita amizade com a G. também. Aí né, eu e ela conversa muito também, a gente tem bastante amizade. E antes eu não era assim de chegar na pessoa, conversar, puxar assunto. Sabe, e... eu tinha medo às vezes de... eu tinha vergonha de falar oi, às vezes quando um menino falava oi, eu fingia que não via, que não ouvia e... essas coisas assim.*

A adolescência se caracteriza pelo afastamento gradual do núcleo familiar, passando a experienciar maior contato com os pares, bem como ampliando seu contato

com o mundo, agora visto de outra forma, com maior capacidade de raciocínio e crítica (Sobrinho, 2010; Pereira & Garcia, 2009). Nesta ampliação do *Lebenswelt* (*mundo-da-vida*) da adolescente, ao sentir-se pertencendo em um grupo de semelhantes o(a) adolescente vê-se apoiado para contrariar seus pais (L. Melo, 2005).

Nesta direção, compreendemos que Wanda se mostra neste encontro e desencontro de ideias, contestações e submissões, entre o pai e o grupo de pares, seguindo em direção a construção de sua identidade.

Categoria 3: *Mundo-da-vida* nos Relacionamentos Afetivo-Sexuais

Sobre as paqueras, Wanda comenta que:

> *...paquerinha a gente sempre tem. Sempre fica de olho em um, em outro. Mas eu... assim... eu não sou de ficar muito não, ce entendeu? Eu mesma sou muito tímida com essas coisas. Apesar de que a minha amiga fala que nem parece que eu sou tímida. Que ela fala assim pra mim. Na hora que eu chego eu já fico vermelha, não falo nada, eu fico muito tímida, né. Agora pra chegar em amigo assim, eu num... fico tímida nada, sabe? Eu falo, brinco, zoo. Agora em paquerinha assim, menino, eu tenho, bastante, ce entendeu? Aí já muda bastante.*

Em seu relato Wanda enuncia uma clara diferença de sentimentos na relação com meninos: com colegas, ou seja, com aqueles em que não há desejo sexual, a relação é mais tranqüila, de maneira que ela consegue ser mais livre e espontânea; já na relação com meninos em que há desejo sexual, ela denota ficar tensa, envergonhada e paralisada, com dificuldades inclusive para conversar.

Azevedo et al (2006) relatam que a adolescência é um momento de vida caracterizado pela exploração e experimentação da intimidade, da sexualidade e do desenvolvimento da autonomia. E especificamente sobre a menina adolescente, as autoras afirmam que "ao ir aceitando sua genitalidade, a adolescente inicia a busca do parceiro de maneira tímida, porém intensa, dando início aos contatos íntimos que preenchem a sua vida sexual" (Azevedo et al, 2006, p. 158).

> *E... assim... que nem... eu falei... com as meninas, a gente conversa muito. Eu mesma assim, eu deixei de ser BV[6], que você sabe o que que é, né? De selinho mesmo em dezembro do outro ano. E esse ano que eu deixei de ser BVL, que é boquinha virgem de língua. Aí eu deixei de ser esse ano e foi com esse menino, ce entendeu? E... que nem... as meninas que me ajudou, que ela chegou em mim e falou assim: Eu vou*

[6] A sigla *BV* comumente utilizada pelos adolescentes na linguagem coloquial significa *Boca Virgem*, ou seja, quem nunca deu o primeiro beijo em outra pessoa, mesmo que seja um simples encostar de lábios (também chamado beijo tipo selinho).

desencalhar a Wanda. (ri) Desse jeito. Aí ela ficou me enchendo o saco e eu falei deixa eu quietinha no meu canto aqui, né.

Wanda relata sobre suas primeiras experiências de beijar um menino e da ajuda da amiga para que esta experiência acontecesse. Nesse sentido, segundo Pereira e Garcia (2009), na adolescência, os pares exercem grande influência nas opiniões e atitudes do adolescente, que vai construindo seu modo de ver e se relacionar *no* e *com* o mundo. Carvalho (2010) complementa referindo que, em sua pesquisa com adolescentes sobre o beijar, concluiu que a maioria deles experienciavam seus primeiros beijos de maneira programada, sendo que a necessidade de beijar pela primeira vez pode ser entendida como um modismo e uma obrigatoriedade estimulada pela mídia.

Ainda sobre seu mundo vivido dos relacionamentos afetivo-sexuais, Wanda relata que:

Não, assim, eu não chego, porque eu acho feio menina que chega, eu acho que é o menino que tem que chegar na gente. Eu acho feio essa parte. Que nem eu não gosto de chegar em moleque não. Eu acho que eu demorei pra ficar por causa disso.

Esta ideia de Wanda de esperar pelo cortejo masculino encontra ressonâncias no ideário atual das adolescentes brasileiras, que, segundo Azevedo et al (2006) encontraram em sua pesquisa, as meninas adolescentes preocupam-se com a reputação aguardando a iniciativa dos homens de as pedirem em namoro.

Neste sentido, apesar das mudanças atuais nas concepções do feminino e sua sexualidade, a partir do movimento feminista de 1960, em que a mulher vem ganhando mais espaço e lutando por menos opressão e por sua liberdade de escolha e autonomia nas relações sexuais (Hall, 2006), ainda hoje o modelo patriarcal faz-se presente, pregando que a mulher deve se valorizar e resguardar sua sexualidade para ser tratada com maior respeito e ser desejada a fim de estabelecer relações de casamento com o homem (Lins, 2012).

Outro aspecto encontrado no relato de Wanda nestas vivências da sexualidade está relacionado à influência do desejo do outro sobre sua própria autoestima, dificultando uma vivência autêntica, como observamos a seguir:

Ah.. antes eu ficava pensando que... sei lá, por causa que ninguém, assim, eu sempre falava que eu me apaixonava pela pessoa errada, por causa que sempre aquele que eu gostava não me queria, né. Então eu tava de rolo com um menino. Aí esse ano, a minha auto-estima melhorou, sabe, eu achei. Só que... assim... demorou bastante, só que a gente ainda ficou meio assim... só que... agora ele largou de mim, assim,

acabou. .... não teve assim... sei lá, ele cansou. Aí ele falou que queria terminar, aí eu falei tudo bem. Só que agora eu to normal, ce entendeu?

Azevedo et al (2006) afirmam que o autoconceito e a autoestima da adolescente feminina fazem parte da formação da identidade e de seu novo papel na sociedade. Ademais, a representação social que a adolescente tem de si mesma é construída nas relações com o outro e com o mundo e influenciam diretamente em suas atitudes, seus pensamentos e seus sentimentos.

Categoria 4: Horizontes das vivências de sentimentos dolorosos

Uma das situações em que aparece seu sofrimento é devido ao fato de apresentar estatura diferente da maioria dos colegas da mesma idade, como no relato a seguir:

Na outra escola que eu estudava sim, por causa que... por causa que lá o pessoal era muito grande mesmo. Já no [nome da escola], *na escola do* [nome da escola] *que eu to, já tem pessoas mais do meu tamanho, então assim você nem acha que se sobressai, porque é muito baixinho mesmo, ce entendeu? Tem um menino mesmo que ta na minha série, que ele é mais baixinho do que eu, o menino que está na sétima que é mais baixinho do que eu, entendeu? Tem outros também que é mais grande. Mas é assim, muito melhor, porque tem gente baixinha, ce entendeu?.... Ah assim... eu não acho ruim, eu não acho nem bom ser pequena, mas também não quero ser tão grande, ce entendeu? Porque eu queria assim ser média, isso eu acho legal. Então assim tá bom desse jeito. Mas é claro que se eu crescesse um pouco mais seria muito melhor. (ri) Mas ... eu vou ficar pequena. Se você olhar pra minha mãe, ela é baixinha. Da parte da minha mãe e do meu pai é tudo baixinho, ce entendeu? Então é de família. .... Hoje até eu levo na zoeira, ce entendeu? Porque antes eu não levava. Eu achava ruim, sabe? Mas agora não. Hoje às pessoas zoam de mim, aí eu zoo ele também. Levo de boa, assim.*

Wanda comenta sobre seu sofrimento por apresentar estatura mais baixa do que a maioria dos colegas da escola, o qual era aumentado devido ao *bullying* sofrido, em que os pares realizavam xingamentos e brincadeiras pejorativas sobre sua estatura. No entanto, após mudar de escola e inserir-se em um grupo de semelhantes quanto à estatura o *bullying* cessou e a adolescente refere que conseguiu aceitar melhor sua aparência.

Sobre o fenômeno do *bullying* Antunes e Zuin (2008) afirmam que é um tipo de violência conceituado como um conjunto de comportamentos agressivos, físicos ou psicológicos, como chutar, empurrar, apelidar, discriminar e excluir, que ocorrem entre colegas repetidas vezes, no qual uma criança ou adolescente considerado mais forte,

sozinho ou em grupo, vitimiza o outro que não consegue encontrar um modo eficiente de se defender.

Esta violência é normalmente dirigida àqueles que não se encontram dentre os padrões de características físicas, etnia, orientação sexual, entre outros, considerados adequados pelo ideal sócio-histórico-cultural vigente (Antunes & Zuin, 2008). Além disso, o estilo de vida, vestimenta, modo de ser e agir e o padrão de beleza corporal, são ditados pela mídia, de maneira que as pessoas tornam-se escravas das demandas de consumo e padrões de beleza impostos (Giddens, 2010; Rocha & Garcia, 2008).

Mas adequar-se a estes padrões não é uma tarefa fácil e, muitas vezes, gera intenso sofrimento, ainda mais para o adolescente que está em um momento de construção de sua identidade e que precisa de modelos para poder se identificar. O modelo veiculado pela mídia escraviza o adolescente na busca pelo corpo perfeito, dificultando a construção de uma identidade mais autêntica que tornaria suas vivências mais prazerosas.

Contudo, como Wanda percebe-se destoante do modelo ideal de beleza ditado pela sociedade de consumo, ela sofre e sente sua autoestima rebaixada. Frente ao sofrimento, ela é levada ao psiquiatra que a diagnostica como contendo transtornos mentais como ansiedade e depressão (TAG, TOC e EDM).

A seguir, a adolescente relata algumas vivências de sofrimento emocional:

> *Ah... às vezes sei lá... em casa mesmo, os problema. Às vezes a auto-estima abaixa quando a gente briga. Eu mesma, quando eu brigo com a M.* [amiga], *mesmo, a auto-estima abaixa. Porque ela é a amiga que eu tenho há mais tempo, então aí... eu mesmo falo pra ela, por causa que... não demora eu ligo pra ela, vou na casa dela, converso. Mas é só é isso mesmo. Os problemas na escola também atrapalham a ansiedade. .... É, quando tem alguma ocasião que tem alguma coisa muito ruim acontecendo aí eu já fico ansiosa, ce entendeu? Mesmo fora de casa eu fico ansiosa.*

Com uma leitura fenomenológica, V. Moreira (2002) afirma que o tema da autoestima está cada vez mais presente como parte constitutiva das psicopatologias manifestadas na atualidade – dentre elas a depressão –, as quais apresentam sua etiologia cultural ligada ao hedonismo narcisista das sociedades contemporâneas.

Especificamente estudando a depressão na adolescência, A. Melo e V. Moreira (2008) concluíram que numa cultura do consumo e da intolerância à dor o(a) adolescente busca saída para esta configuração existencial. Desta forma, a depressão é considerada como “uma forma de alcançar o equilíbrio no processo de autoregulação .... é o modo como o adolescente consegue lidar com o seu sofrimento e com suas

inquietudes da sua existência numa tentativa de manutenção do equilíbrio, da autoregulação." (A. Melo & V. Moreira, 2008, p. 61).

Desta forma, frente à dificuldade em conseguir se adequar aos ideais de consumo preconizados dentro de uma cultura narcisista e acrescendo-se o fato de o olhar incriminativo dos colegas acompanhado dos comportamentos agressivos que caracterizam o *bullying*, Wanda demonstra apresentar sentimentos de inadequação e ansiedade. E, assim, o enorme mercado *psi* desenvolvido pela sociedade ocidental para curar patologias produzidas pela própria sociedade (V. Moreira, 2002), preconiza que estes sentimentos apresentados pela adolescente são característicos de doenças mentais e precisam ser tratados.

Perfil da colaboradora Gracieli

Gracieli, 16 anos, sexo feminino, classe socioeconômica B2. Mora com os pais e com a única irmã 10 anos mais nova. Sua mãe é gestora do lar e seu pai trabalha como funcionário em um comércio. Segue a religião Testemunha de Jeová. Quanto à escolarização, a adolescente reprovou o primeiro ano do Ensino Médio por excesso de faltas, referindo que o motivo foi o intenso sofrimento emocional que a impedia de freqüentar a escola. Para continuar os estudos, atualmente está cursando novamente a mesma série, mas agora por meio do Atendimento Pedagógico Domiciliar[7]. No entanto, no mesmo ano que deixou a escola regular, ingressou em um curso técnico de confeitaria, o qual chegou a completar. Em relação à atividade laboral, trabalhou durante seis dias em um restaurante, mas pediu demissão referindo se sentir mal pelo fato de as colegas de trabalho falarem sobre sexo.

[7] "Atendimento pedagógico domiciliar é o atendimento educacional que ocorre em ambiente domiciliar, decorrente de problema de saúde que impossibilite o educando de freqüentar a escola" (Ministério da Educação/Secretaria de Educação Especial, 2002, p. 13). Segundo a resolução nº 2 do Conselho Nacional de Educação (CNE/CEB), de 11/09/2001, artigo 13. "Os sistemas de ensino, mediante ação integrada com os sistemas de saúde, devem organizar o atendimento educacional especializado a alunos impossibilitados de freqüentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar, atendimento ambulatorial ou permanência prolongada em domicílio." Disponível em http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB0201.pdf

Gracieli é uma adolescente que se mostra com um sorriso simpático e bastante disposta para o contato. Aparenta idade cronológica, mas sua voz é bem fina, semelhante à de uma criança.

Na presença da mãe, Gracieli permanece a maior parte do tempo quieta, mas mostra-se sempre com um sorriso no rosto e atenta a conversa. Sua mãe fala bastante e rápido, pedindo ajuda para compreender o que se passa com a filha. Explico novamente sobre a pesquisa e ambas concordam prontamente em participar. Quando a mãe sai da sala, Gracieli aguarda seu momento e quando solicitada conta com detalhes suas vivências.

Sobre a infância Gracieli lembra que foi tumultuada pelo fato de um tio diagnosticado com esquizofrenia morar na mesma casa que ela. Conta que sofria muito, pois pegava os problemas do tio para ela. Além disso, conta que não tinha crianças na vizinhança para ela brincar e na escola tinha poucas amizades.

Sobre a adolescência, ela conta de bastante sofrimento com um ex-namorado, pela traição de sua melhor amiga e por perder amigos que foram excluídos da igreja que frequenta. Também nesta época refere que não conseguiu seguir com os estudos em escola regular pelo sofrimento emocional, chegando a repetir o primeiro ano do Ensino Médio.

Quanto aos relacionamentos familiares, relata que é muito próxima da mãe, quem considera sua verdadeira amiga. Com o pai, quando criança, lembra que brigavam bastante, mas atualmente, são parceiros. Em relação à irmã mais nova, diz que é muito grudada nela, mas tem medo que sua irmã sofra com sua doença.

Sobre os relacionamentos afetivo-sexuais, Gracieli conta do namoro tumultuado e orgulha-se por ser virgem. Mas no momento relata que não sabe se conseguirá confiar novamente em alguém após a desilusão com o ex-namorado.

Começou a fazer tratamento psiquiátrico há aproximadamente três anos, apresentando crises, durante as quais sentia muita dor no peito e na cabeça, teve aumento de pressão e tentou suicídio ingerindo medicações e pegando uma faca. Atualmente, segundo o prontuário médico, apresenta a seguinte Hipótese Diagnóstica: Transtorno de Personalidade a esclarecer (TP a/e).

Categoria 1: *Mundo-da-vida* na infância nos horizontes das relações intrafamiliares

Gracieli inicia relatando sobre a boa relação entre seus pais em sua infância:

E... e Fernanda, foi assim a minha infância. Foi essa. Nunca aconteceu nada... é... nunca teve discussão de pai e mãe na minha frente. Meu pai e minha mãe nunca foi de ficar brigando, nunca meu pai bateu na minha mãe. Eu não tenho o que reclamar do meu pai e da minha mãe.

Sobre seu mundo vivido na infância, a adolescente inicialmente evidencia a falta de problemas e brigas entre seus pais, mas, em seguida, relata sobre as dificuldades enfrentadas na convivência com um tio portador de esquizofrenia:

Na minha infância, eu morei com um tio... é... eu morei com meu pai, com a minha mãe e tem um tio meu que ele é deficiente. Ele tem esquizofrenia. E ele morou comigo. Então eu via tudo o que acontecia... é... lá dentro de casa. Meu pai dava bronca, às vezes que precisava ele dava uma bronca. Então eu pegava muito os problemas das pessoas pra mim. Sempre peguei e pego até hoje. Levo os problemas das pessoas pra mim. Aí, por fim, esse tio meu, ele fugia de casa, não voltava. Hoje, até então, ele não mora mais com a gente...

Segundo Cemin (2009, p. 333), o desenvolvimento é "um processo sistêmico constituído de percepção, de integração, de sensibilidade e sentimentos do vivido no contato a cada momento do viver". Nesse sentido, Gracieli percebia as dificuldades de seu tio e o sofrimento gerado na família devido ao transtorno mental que ele apresentava, compartilhando a dor e as preocupações.

Nos horizontes dos relacionamentos intrafamiliares, no contínuo da vida que se inicia na infância e segue pela adolescência, Gracieli relata um pouco mais sobre os relacionamentos com os pais e com a irmã. Na relação com a mãe, a adolescente relata que:

Muito grudada, eu e minha mãe. Eu e minha mãe se sente muito grudadas. Sabe? Nunca... a minha mãe sempre me entendeu. Mas eu num desgrudo da minha mãe. Principalmente quando eu to nessas épocas de crise. Eu não desgrudo, Fernanda, eu não desgrudo da minha mãe. Minha mãe pra mim é meu escudo! Desde pequenininha, porque meu pai trabalhava à noite e eu e ela ficava à noite, nóis dormia junto, acordava junto. Meu pai trabalhava, nóis dormia. Eu quase nem via meu pai. .... Eu sou muito aberta com a minha mãe. O que a minha mãe tem que falar ela fala. Ela é um livro aberto comigo. De tudo ela fala. É... de... tudo mesmo. E eu consigo também falar tudo pra ela. Converso bastante com a minha mãe. Agora com meu pai eu já tenho mais receio. Não sei se é porque é pai. Sei lá. Não sei. Não sei. Não sei. Eu ainda prefiro mais com a minha mãe.

Sobre o desenvolvimento psíquico Antony (2006) explica que ontologicamente somos um *ser-em-relação*, pois nascemos da interação, da comunicação e do encontro com outro ser. Desta forma, somos constantemente influenciados e influenciamos o outro. O caminho do desenvolvimento envolve encontros e desencontros relacionais

com outro significativo, sendo que o desenvolvimento psicológico da criança é o resultado de constantes interações da unidade *criança-outro-mundo*.

Na vida intra-útero, o bebê experiência um estado de fusão e dependência absoluto do organismo da mãe. Com o nascimento há o início da separação com o corpo materno, movimento que impulsiona o processo de diferenciação do eu que acontece via tomada de consciência do corpo próprio, possibilitando o reconhecimento do corpo-eu distinto do outro rumo à constituição do eu subjetivo, adquirindo-se consciência de si mesmo enquanto um eu que habita um corpo e está em um mundo em intercorporeidade com o outro. (Antony, 2006)

Todavia, a autora afirma que este movimento de separação/diferenciação gera angústia na criança, podendo, em alguns casos, dificultar o caminho em direção à independência e constituição da individualidade. Neste sentido, crianças que se sentem ameaçadas apresentam necessidade aumentada de dependência, cuidado e proteção ocasionando confusão de fronteiras entre o eu e o outro. Desta maneira, a "criança sofre da angústia da ausência da presença. Sem o outro ela não existe. Separação, afastamento, ausência são fatos traumáticos para a criança pequena" (Antony, 2006, p.5)

Compreendemos que Gracieli encontra-se neste estado de fusão, indiferenciação e dependência com sua mãe, apresentando necessidade da presença corporal dela para se sentir segura, principalmente nos momentos de sofrimento mais intensos, que ela denomina como "crise". Neste sentido, o estado de indiferenciação com a mãe caracteriza uma vivência inautêntica, prejudicando seu desenvolvimento.

Na relação com o pai, Gracieli, em seu relato, denota não ter a mesma fusão/dependência que ocorre com a mãe, entretanto, como veremos a seguir, a adolescente ressalta a importância da presença física do pai e de sua atenção:

> *...eu vou falar um pouco do meu pai. .... No começo, Fernanda, como foi difícil meu pai entender a minha depressão. Então ele achava que era rebeldia. E aí, Fernanda, quando eu ficava nervosa, eu ficava tão nervosa que eu ia pra cima dele. E a gente rolava no chão. E eu catava ele e eu esmurrava ele. Dava soco nele. Esmurrava ele, Fernanda! Esmurrava! Parecia dois homens lutando no chão. Ele tentava me segurar pra mim... mas assim... pra ele... a minha psicóloga teve que chamar ele pra ele entender que era uma depressão forte e que ele ia ter que entender. Só que a briga, ó... foi várias brigas que tivemos. Ele não chegou a me esmurrar, nem nada, só que assim... às vezes, de tanto ele me segurar pra eu não ficar batendo nele, ficava marcas assim, sabe? Porque eu tinha* ***raiva*** [ênfase] *do jeito que ele falava. Não sei porque você tem isso! Você tem aquilo! Sabe? E aí... Ele não entendia. Aí eu ia* [bate as mãos] *pra cima dele. O jeito de resolver com ele era na* [bate as mãos]...

> *na porrada. Hoje melhorou. Hoje ele entende tudo. Hoje quando ele me vê ruim, ele me abraça e chora* [Gracieli chora]. *Coitado, ele me abraça e chora!*

A necessidade de ser vista e reconhecida em seu sofrimento por seu pai, deixava Gracieli com muita raiva. Batendo fisicamente no pai, a adolescente podia sentir sua presença. Nesta direção, de acordo com Antony (2006), a criança é essencialmente sensório-motora, descobrindo o mundo por meio dos movimentos corporais. Ao sentir age impulsivamente, tendo na ação motora uma maneira de aliviar suas tensões e preocupações, pois ainda não apresenta capacidade reflexiva.

Segundo Gracieli, para que o pai adquirisse consciência de seu sofrimento, foi preciso que uma terceira pessoa pudesse identificá-lo: a psicóloga. Com isso, o pai passou a demonstrar seu sentimento também por meio do corpo: abraçando e chorando. Entendemos, assim, que os sentimentos e a comunicação entre Gracieli e seus pais se dão por intermédio de reações corporais, ainda sem capacidade de reflexão e diferenciação.

Esta maneira de sensação e comunicação corporal se estende ao relacionamento com a irmã, como observamos no relato a seguir:

> *A gente não se desgruda. A gente tem... ela tem a cama dela de solteira e eu tenho a minha cama de solteiro. Só que a gente não se desgruda tanto que a gente dorme na mesma cama de solteiro, juntas. De tanto que a gente é unida, entendeu? Quando ela foi nascer, eu sempre... falava... eu instruía as pessoas. Olha, você tem que pegar ela desse jeito. Você tem que por um pano no sovaco, porque às vezes você ta cheirando mal e minha irmã é nenê. .... Mas... não é que eu tinha ciúmes, eu... eu... eu ajudava muito a minha mãe. Não acho que eu tive ciúmes não, sabe? Só que... ao mesmo tempo que eu acho que eu não tive, eu acho que eu tive. Porque eu fiquei 45 dias, minha mãe grávida, eu fiquei com dor no corpo inteirinho antes da minha irmã nascer. Então eu num sei Fernanda, isso, se foi ciúmes, se foi uma fibromialgia mesmo devido ao próprio emocional, entendeu? Depois que a minha irmã nasceu eu tratei ela super bem.*

Compreendemos que o nascimento da irmã apresentou a inserção de outro na relação fusional mãe-filha, gerando sofrimento, o qual se mostrou expresso em seu corpo e Gracieli recebeu um nome para esta dor: fibromialgia. Contudo, após o nascimento da irmã, os sintomas somáticos desapareceram, mas a relação de Gracieli com a irmã também passou a ser indiferenciada, de forma que a adolescente sente-se “grudada” na irmã.

Jaspers (1913/1987a) chama de Somatopsicologia a análise dos sintomas da vida psíquica nos fenômenos somáticos concomitantes e consecutivos, e afirma que a unidade, corpo e alma, como unidade do todo vivido, faz-se presente em toda pessoa.

> Todo homem, porém, realiza em suas sensações a percepção do respectivo corpo, o qual se lhe torna objetivo; daí porque, nas sensações corpóreas, mais existe, certamente, do que simples sensação objetiva de alguma coisa que vem a ser meu corpo: são sensações pelas quais se experimenta a própria existência. (p. 274)

Contudo, nesta experimentação corporificada do mundo, o autor chamou atenção para o fato de que a psique pode influenciar desordens primariamente somáticas, sendo difícil distinguir o que é condicionado pelo psíquico ou pelo somático, pelo fato de que a psique busca vias predispostas para exercer seus efeitos patológicos. Assim,

> ...além das sensações que resultam de processos orgânicos primários, há as sensações correspondentes a alterações orgânicas, que, como evento somático, acompanham, de modo permanente a vida psíquica; ou que, de uma forma ou de outra, surgem, com características especiais, por mecanismo psicogênico. (Jaspers, 1913/1987a, p. 274)

Neste sentido, entendemos que o mundo vivido nas relações intrafamiliares de Gracieli se mostra caracterizado pela simbiose presente nas relações com a mãe e com a irmã prejudicando o desenvolvimento autêntico da adolescente. Além disso, a experimentação corporificada das vivências contribui para o surgimento de doenças psicossomáticas, dificultando a capacidade de reflexão e crescimento psíquico.

Categoria 2: *Mundo-da-vida* nos Relacionamentos Sociais

> *Com respeito a amigos: Eu tive uma decepção muito forte com uma amiga. .... Porque essa menina que dizia ser minha amiga ficou com ele* [ex-namorado]. *Ficou com ele, aí... .... Eles casaram. .... Então, Fernanda, amigo, é só a mãe. Então eu tive uma decepção muito forte com amigo! E... aí fiz novos amigos. E, Fernanda, agora to passando por...* [começa a chorar] *Perdi mais dois amigos... porque assim... na minha religião, por exemplo, ... ele transa com uma mulher fora do casamento, ele é dissociado. E ele transou com duas meninas. E ele foi dissociado. E quanto a pessoa é dissociada, a gente não pode conversar com essa pessoa. Até essa pessoa reafirmar nas reuniões de novo e voltar. E o M.* [volta a chorar], *que é um grande amigo meu, eu num to podendo conversar com ele. E agora com essa depressão eu precisava. To sozinha. To sem ninguém. Não confio mais em ninguém. Não confio, não consigo confiar. Acho que vai demorar pra... pra mim voltar a ter confiança nas pessoas. Não sei se eu to pensando errado. ....* [chora] *Então ta sendo difícil. .... Tenho a B., a G., mas ta tudo namorando. Então é difícil, né, você vai sair com eles aí... ah... vamos sair, vamos namorar... então num tenho! A única amiga que eu tenho que ontem mesmo eu liguei pra ela, ela não é da minha religião, eu conheci ela no* [escola que fez curso]. *.... Aí eu contei tudo, ela sabe de tudo, tudo isso que*

aconteceu. Só que também num sei se eu devo ficar falando tudo da minha vida que acontece, entende?

Gracieli relata que seu mundo vivido das amizades está sendo experienciado com sentimentos de traição, desconfiança, perda e exclusão.

Bauman (2008, p. 113) afirma que na sociedade atual, em que se prega o hedonismo a qualquer custo, a "confiança foi condenada a uma vida cheia de frustração". E o autor utilizou a metáfora da liquidez ao referir sobre a fragilidade dos laços entre as pessoas, explicando que as antigas relações são quebradas e desfeitas sempre que se encontra outra pessoa que se imagina poder proporcionar maior satisfação. Neste sentido, Gracieli sentiu-se traída em sua confiança pela amiga, que se casou com seu ex-namorado, rompendo a relação de amizade.

Gracieli está inserida nesta cultura pós-moderna, mas também nos valores e na moral da religião Testemunha de Jeová a qual pertence. Assim, seu mundo vivido apresenta-se marcado pela contradição: de um lado há a ideologia sociocultural da busca por prazer e das relações tratadas como mercadorias (Cugini, 2008; Bauman, 2008; Giddens, 2010); mas de outro lado, estão a moral e as regras religiosas, ditando normas de condutas rígidas, limitando os relacionamentos sociais. Esta contradição contribui para que Gracieli sinta-se confusa no estabelecimento de confiança e dos vínculos, além de contribuir para seus sentimentos de solidão e de perda.

Categoria 3: *Mundo-da-vida* nos Relacionamentos Afetivo-Sexuais

Gracieli relata sobre seus primeiros contatos afetivo-sexuais com meninos, por meio do "ficar":

Quando eu era... na oitava série eu fiquei com acho... 2 ou 3 meninos. Mas assim, nunca fui piriguete assim, nada dessas coisas. Assim, mas foi coisas de oitava série, sabe? Sétima, oitava série. Ficava na escola. Mas eu contei pra minha mãe. Aí minha mãe falou pra mim: Toma cuidado com essas coisas... né... não fica ficando muito com esses meninos, não, que você vai ficar mal falada, né. E eu sempre fui muito responsável. É... você pode me falar que eu tenho cara de 10 anos, mas eu penso coisa de 30. Pra mim, eu tenho... eu sou responsável.

Compreendemos que o mundo vivido da sexualidade de Gracieli está permeado pelo conflito de ideologias sobre os relacionamentos e a sexualidade, pois de um lado Gracieli está inserida na sociedade atual, a qual valoriza o ideal de vida adolescente de liberdade e experimentação da sexualidade, em um mundo de relações líquidas, imperando a busca do prazer (Bauman, 2008; Rocha & Garcia, 2008). No entanto, no

outro extremo, encontramos no relato da adolescente a presença do modelo patriarcal presente no discurso internalizado de sua mãe, preconizando que ela deve aguardar o homem "certo", com o qual ela deve se casar (Lins, 2012). Além disso, por pertencer à religião Testemunha de Jeová, Gracieli também carrega a moral religiosa e a regra de apenas se relacionar com rapazes pertencentes à mesma religião e o sexo só é permitido depois do casamento.

Em seguida, após o ficar veio o namoro:

> *Eu namorei, comecei namorar um moço.... com 12 pra 13 anos. Ele tinha 18. Ele ficava me ligando até que eu comecei a gostar dele. Aí... aí... assumimos namoro, meus pais deixaram, tudo. .... A gente namorou 1 ano e 8 meses ao todo. A gente não transou, nada, sou virgem, não aconteceu nada. O que que aconteceu, Fernanda? Ele... eu descobri que ele foi viajar, que ele não é virgem mais, ele já tinha ficado com outras mulheres, antes de me conhecer. .... ele tinha ficado com uma puta. .... Ela fez tudo com ele. Tudo mesmo! Até coisar o negócio dele! Aí! Foi um choque pra mim! .... Aí eu fiquei com um nojo! Mas um nojo! Que eu nem dei um beijo nele. .... Aí... eu amava tanto esse menino... aí ta. Aí ele contou tudo pro meu pai. Tudo, tudo, tudo. Aí eu muito besta! Idiota! Perdoei. Aí foi... ele tem um tio gay. Foi... com o tio numa boate gay. Foi e ficou com homem. Então... ele ficou com puta, acho ficou com homem. Então não sei se ele era homem, que que ele era. Entendeu, Fernanda?*

O conflito de ideologias culturais e religiosas também se mostrou presente na relação com o namorado, o qual estava em busca do prazer sexual experimentando a hetero e homossexualidade, e em uma relação de infidelidade em seu relacionamento com a adolescente. Enquanto Gracieli, marcada pelos fortes ideais religiosos de contenção da sexualidade e fidelidade, demonstrou intenso sofrimento neste relacionamento.

Sobre a infidelidade, Magalhães (2009) afirma que, em uma sociedade como a nossa na contemporaneidade, que ainda carrega fortemente o ideal patriarcal de relações baseadas no amor romântico, heterossexual e monogâmica, acarreta intenso sofrimento e prejuízos na autoestima.

Desta forma, frente ao sofrimento neste relacionamento, como veremos a seguir, Gracieli decidiu encerrar o namoro:

> *E eu colocava tudo isso na minha cabeça. Falava assim que eu não posso falar isso pra minha mãe, senão ela vai querer que eu rompo o namoro com ele e eu não quero, que eu gosto dele. E essa melhor amiga minha...! Falava assim: Larga dele, ele não presta, não sei o que, não sei que tem... ta. .... Falei: Não agüento mais sofrer! Não agüento mais ficar passando por isso! Ele vai ficar fazendo coisa errada, coisa errada, coisa errada. E eu só vou ficar sofrendo como idiota. .... Aí esse amigo falou: Gracieli, para de ser boba! .... Dá um pé na bunda dele! Dá um pé*

> *na bunda dele! Porque já tava tudo sabendo que eu tava sofrendo. .... Aí Fernanda, eu falei: Olha L.* [namorado]*, eu não quero mais nada com você.*

Compreendemos que personificada na mãe e nas falas dos amigos de Gracieli está a moral religiosa, que compõe as relações mundanas da adolescente, influenciando em seu modo de *estar-no-mundo*, ditando as regras de que a mulher deve se casar virgem e que ambos, homem e mulher, devem ser fiéis, em uma relação monogâmica e heterossexual.

Falando sobre a fé religiosa, Baungart e Amatuzzi (2007, p. 105) afirmam que ela oferece uma orientação para a pessoa e um propósito para as lutas, esperanças, ações e pensamentos; "é uma forma ativa de ser e comprometer-se, um meio para se adentrar e modelar novas experiências de vida". No entanto, as religiões também têm suas regras e punições para aqueles que não seguirem suas direções, exercendo poder e controle sobre seus seguidores.

Prosseguindo nas vivências de Gracieli, a seguir a adolescente relata que se arrependeu pouco tempo depois de terminar o namoro e quis reatar, mas o ex-namorado já estava namorado sua amiga.

> *E eu querendo voltar com ele. Aí a gente se encontrou. A gente ficou. Ele traiu a menina, namorando. Traiu, aí a gente se beijou lá, se abraçou. Foi tipo de uma despedida. E... eu falei assim: Você pensa bem, eu te dou a última chance. Eu te perdôo por todos os erros que você fez! Todos! Tudo o que você fez eu te perdôo. Que você me traiu, que você foi no puteiro, que você foi na boate gay, eu te perdôo por tudo! Aí, Fernanda, ele falou assim: Eu vou pensar. E tava namorando a outra. .... Casou. Tá casado. Eu vi as fotos do casamento. E assim, eu já esqueci muita coisa. Falar que eu gosto dele, eu num sei. Falar que to disposta pra outra relação amorosa, eu também num sei. E... foi e ta sendo difícil enfrentar isso. A gente ta vendendo uma casa justamente por causa desse problema. Por causa que eles tão lá no bairro. O [ex-namorado e a atual esposa] estão em outro bairro. Só que a mãe dele provoca, a mãe dele me provoca, dentro da igreja. Fica me encarando, fica se achando a melhor.*

A moral religiosa compõe a relação da adolescente com o mundo e, consequentemente, faz parte de suas concepções, influenciando-a intensamente. Desta forma, imbuída na regra de casar e manter um relacionamento monogâmico ao longo de sua vida, Gracieli acabou por buscar perdoar o ex-namorado de todas as atitudes que contrariam suas concepções, desejando assim reatar o namoro. Contudo, o rapaz já estava envolvido em outro relacionamento e se casou. Gracieli relata dificuldades em lidar com esta situação e, na tentativa de diminuir seu sofrimento, ela deseja se afastar do convívio cotidiano com estas pessoas, pensando na possibilidade de mudar de bairro.

Além disso, Zampieri (2004 citado por Magalhães, 2009) contribui com uma análise de que as pessoas que enfrentam situações de infidelidade conjugais apresentam uma grande variedade de sentimentos, como desejo de vingança, negação, desorientação, distanciamento afetivo e, inclusive, culpa. Este último, segundo a autora, ocorre frequentemente nas mulheres que são condicionadas a serem responsáveis por todos os problemas e fracassos de seus relacionamentos, por reflexo das repressões sexuais ao logo dos anos durante a história, advindos principalmente do patriarcalismo.

Categoria 4: Horizontes das vivências de sentimentos dolorosos

Em seu relato, Gracieli questiona sobre uma possível causa para seu sofrimento emocional:

> *Em questão à depressão, foi de repente. Só que eu acho que foi pelas percas, pelos problemas. .... Pode ter uma coisa a ver pra ter gerado isso? .... Mas faltou água no parto, eu nasci roxa, o médico falou que por pouco eu não morri. .... E Fernanda, de pequena, eu já chorava muito na escola. Eu não queria ficar. Não sei se já era problema desde aí. Se pode contar desde pequena. Eu chorava muito na escola, eu falava que não queria ficar, aí a diretora mandou eu... pra psicóloga. Teve uma época... e parece que a minha mãe foi na psicóloga e parece que falou que eu não precisava. Aí depois eu melhorei. Aí agora deu de novo. .... Mas de problemas foi a depressão, mesmo, principalmente foi agora que atacou mesmo. Foi esse mês que eu passei por apuros. Eu já fui internada, internei esse ano. Fiquei 6 dias. Eu tive crise, eu falava em se matar, entendeu? .... E eu falava que eu não queria mais. Sabe Fernanda, quando você chega a um ponto, que...* [começa a chorar] *você sente tanta dor no peito, tanta dor na cabeça, tanta dor na nuca, a minha pressão caiu a 17. Que... eu não agüento mais essa vida! Então pra que que eu vou viver nela?! E eu falei que eu pensava em se matar. Então é revolta, sabe?! Pra que que eu vou viver numa vida que não ta me fazendo pensar em viver? Só que hoje eu me controlo. Hoje eu num to, hoje eu num to assim pensando em me matar, nada, só que eu sentia muita dor no peito. Só de ter conversado bastante com você assim, meu peito já dói.*

Entendemos que Gracieli, em seu relato, está buscando visualizar uma compreensão para seu intenso sofrimento no *mundo-da-vida* (*Lebenswelt*), questionando sobre possíveis causas orgânicas e/ou nas experiências de suas vivências mundanas. Neste sentido, a adolescente relembra do sofrimento que tinha desde a infância e que estava trazendo prejuízos na vida escolar, sendo inclusive reconhecido pela diretora da escola, que encaminhou Gracieli para uma psicóloga. No entanto, a lembrança de quando a psicóloga disse que ela não precisava de tratamento, deixou confusa Gracieli se este já era ou não um prenúncio ou uma possível causa de seu sofrimento atual.

Na adolescência, frente ao extremo sofrimento emocional, Gracieli pensava em acabar com sua própria vida no intuito de estancar seu sofrimento. Desta forma, com a gravidade de seu pensamento Gracieli foi levada a iniciar tratamento psiquiátrico. Com o tratamento, atualmente, a adolescente não tem mais dúvidas de que tem um problema e está doente.

Analisando sobre a ideia de estar "doente", Jaspers (1913/1987) chama atenção para o fato de que, em relação às doenças psíquicas, o significado de "doente" depende mais do juízo de valor da pessoa/paciente e das concepções que vigoram no ambiente cultural em que estão inseridos, do que do médico, pois "o mesmo estado psíquico leva certo indivíduo, com o rótulo de doente, ao psiquiatra; outro, com o rótulo de culpa, pecado, ao confessionário" (Jaspers, 1913/1987, p. 932).

Contudo, a adolescente atribui ao seu sofrimento o nome de "depressão", provavelmente pelos sintomas de tristeza, choro e desesperança na vida com desejos de morte. Todavia, a hipótese diagnóstica cogitada pelos médicos é de Transtorno de Personalidade a esclarecer – lembrando, como exposto no primeiro capítulo, que este diagnóstico corresponde a, segundo a CID-10 (1993), um tipo de distúrbio grave da constituição caracterológica e das tendências comportamentais, que compreendem vários elementos da personalidade, acompanhados de angústia pessoal e desorganização social, aparecendo durante a infância ou a adolescência e persistindo de modo duradouro na idade adulta. Neste sentido, compreendemos que a atribuição do nome de "depressão" aos seus sentimentos está relacionado à banalização do significado desta palavra, que na atualidade, é utilizada correntemente pelo senso comum como sinônimo de tristeza e desesperança.

Em direção à compreensão do sofrimento da adolescente por meio de uma visão fenomenológica, entendemos que é necessário situar o fenômeno em suas vivências mundanas, contextualizando o momento sócio-histórico-cultural em que a pessoa está inserida (Tatossian, 1979/2006; V. Moreira, 2002; Bastos, 2012). Desta forma, entendemos que o intenso sofrimento da adolescente está relacionado ao fato de estar inserida em um contexto religioso extremamente rígido quando às normas de conduta social e também quanto à sexualidade, gerando assim conflitos com o ideal cultural de livre experimentação da sexualidade e busca de prazer a qualquer custo, em um momento de vida por si só conturbado, com grandes mudanças físicas e psíquicas em direção à identidade adulta. A este sofrimento acresce-se a relação fusional com a mãe e com a irmã e a necessidade de ser vista e compreendida pelo pai, que prejudicam sua

diferenciação em direção a uma vivência autêntica, bem como as frustrações e decepções nos relacionamentos sociais. Todos estes conflitos geram intensos sentimentos de raiva e desespero em Gracieli.

Prosseguindo em seu relato, Gracieli lembra-se de uma situação em que foi confrontada sobre sua depressão pela esposa do avô:

> *Aí a* [esposa do avô] *pegou e falou assim, falou que tem depressão quem quer. Que ela não pega depressão, porque ela não quer! E eu comecei a chorar e saí. Eu falei: Depressão?! Pega em quem quer, não! Eu não acho isso! Isso é uma doença. Não é uma doença igual a catapora, que é uma doença... é... que dá no... física. É uma doença emocional, mas não deixa de ser uma doença. Eu falei pra ela. Então... isso... isso num é porque... você acha que eu vou querer pegar uma gripe? É a mesma coisa a depressão. Você acha que eu vou querer ter depressão? Você acha que eu ia querer ta aqui? Dentro do* [nome do hospital]*? Sofrendo, chorando. Você acha que eu ia conversar com você? Fazendo tratamento, bebendo remédio.*

A adolescente relata seu sofrimento de incompreensão quando a esposa do avô refere que há como controlar o sofrimento emocional. O caráter invisível do sofrimento acrescido às concepções da sociedade atual de que se deve evitar o sofrimento a qualquer custo, contribuem para o sentimento de incompreensão e sofrimento por se sentir impotente frente à dor emocional.

Sobre este aspecto, V. Moreira e A. Melo (2008) em sua pesquisa sobre a percepção das doenças mentais encontraram que:

> Um aspecto que chama a atenção na análise fenomenológica realizada se refere ao caráter "invisível" da doença mental, mencionado por vários pacientes. Pelo fato de a doença mental não ser algo visível, os entrevistados se sentem estigmatizados e incompreendidos. Às vezes escondem que estão doentes pelo medo de que os familiares ou amigos pensem que ele está inventando, ou que ele pode controlar os sintomas. Tal fato é qualitativamente novo em relação ao estigma da doença mental, que tem sido tradicionalmente estudado no âmbito da loucura, extremamente visível. Historicamente, o doente mental se sente estigmatizado porque é visto como louco pelo grupo cultural com quem convive. (p. 312)

Perfil da colaboradora Daniela

Daniela, 18 anos, sexo feminino, classe socioeconômica C2, reside em uma pequena cidade do interior de São Paulo, diz não frequentar religião, mas gosta da Evangélica. Mora com os pais, que são casados, e dois irmãos homens e mais velhos do

que ela. Estudou até a 7ª série/8º ano do Ensino Fundamental e atualmente está trabalhando em uma fábrica de bordado há cinco meses.

Daniela compareceu sozinha no dia agendado referindo que ninguém da família pôde acompanhá-la e, pelo fato de ela ter 18 anos, já era permitida sua entrada sozinha no serviço de atendimento.

Daniela é alta, bem magrinha e aparenta a idade cronológica. No entanto, demonstra um olhar triste e com pouca vitalidade. Ao me aproximar, Daniela me recebeu com uma expressão séria, sem demonstrar afetividade, mas concordou prontamente em ir à sala reservada, como já havíamos conversado via telefone.

Durante a entrevista Daniela mostrou ser mais reservada, falou pouco e contou principalmente de suas dificuldades. Referiu que parou de estudar por "*trauma de escola"*, quando começou a apresentar os primeiros sintomas de problemas emocionais na escola. Descreveu que passava mal, com crises de choro, irritação, ânsia de vômito e dor de cabeça, até que chegou um dia em que não conseguiu mais voltar para a escola; atribuindo a este sofrimento o nome de depressão.

Sobre os relacionamentos familiares Daniela foi bastante lacônica. Denotou apenas estabelecer uma relação mais próxima com a mãe; com o pai demonstrou sentimento de ausência e conflitos; e algumas discussões e brigas com os irmãos.

Em relação às amizades, apenas referiu que atualmente tem mais amigos do que em épocas anteriores, com os quais conversa na praça.

Já sobre os relacionamentos afetivo-sexuais Daniela consegue demonstrar seus sentimentos ao contar sobre os fatos. Conta sobre uma desilusão amorosa e a impulsividade ao perder a virgindade sob efeito do álcool.

Começou a fazer tratamento psiquiátrico por conta da perda excessiva de peso e, segundo seu prontuário médico, apresenta as seguintes Hipóteses Diagnósticas: Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Anorexia Nervosa Atípica (ANA) e Transtorno de Personalidade com Instabilidade Emocional – tipo Borderline (TPB).

Categoria 1: *Mundo-da-vida* na infância nos horizontes das relações intrafamiliares

Falando sobre a infância:

> *A minha infância foi muito boa. .... Ah, eu brincava muito! .... Eu falava que eu sinto saudade da minha infância. Porque naquele tempo a gente não tinha nada, não tinha problema, agora... to ficando velha. .... ah, foi criando mais responsabilidade, né.*

Antes quando era pequena, o pai e a mãe, né, tomavam a decisão pra gente. Agora não, agora que ficou mais velha tem que tomar a decisão.

Daniela recorda da infância como um momento bom da vida, marcado por brincadeiras e tranquilidade, mas a contrapõe à adolescência, com uma visão de que esta última é uma fase de maior responsabilidade, com maior poder de decisão.

Segundo Sobrinho (2010) os adolescentes querem a sua independência e autonomia, mas, com isso, perdem os ganhos que tinham enquanto criança e têm medo das responsabilidades da vida adulta.

Ademais, Rogers (1983, citado por Miranda & Cury, 2010), afirmou que:

> ...a responsabilidade por si mesmo é tão assustadora para alguns estudantes quanto o é para os facilitadores dar-lhes esta oportunidade. Acontece de muitos adolescentes que reivindicam mais liberdade, ficarem confusos e até paralisados quando se vêem diante da possibilidade de viverem uma liberdade responsável[8]. (p.397 e 398)

Além disso, estamos vivendo em um momento sociocultural no qual o sentimento de incerteza se estende a respeito da própria pessoa, da futura configuração do mundo e da maneira de se viver neste mundo (Bauman, 2009). É um momento de oportunidade e risco, no qual os eventos futuros estão abertos para serem moldados pela intervenção do ser humano. Assim, a sociedade está deixando o modo tradicional e se abrindo para um futuro imprevisível, sendo o futuro um território de possibilidades (Giddens, 2010). Sendo assim, entrar para o mundo adulto com esses sentimentos de incerteza, insegurança e cobranças torna-se uma tarefa complicada e assustadora, dificultando as tomadas de decisão e escolhas que são feitas ao longo da vida.

Seguindo-se em seu relato, a seguir Daniela enuncia sobre as relações com os pais e com os irmãos. Na relação com a mãe:

Brincar eu não me lembro, acho que não. Mas conversar, a gente conversava bastante.

Com o pai, Daniela relata:

Ah, a gente se dá bem. .... Ah, ele é mais fechado.

E com os irmãos:

Ah, com meus irmãos tirando as brigas, né, sempre me dei bem.

---

[8] Liberdade Responsável para Carl Rogers é o desenvolvimento da autodisciplina, de maneira que a pessoa passa a não depender mais da disciplina externa, agindo segundo as normas e regras sociais internalizadas.

Notamos que Daniela foi muito lacônica ao falar sobre o mundo vivido nas relações com a família nuclear. Desta forma, em suas poucas palavras a adolescente demonstra ter bons relacionamentos, dentre os quais se evidencia uma maior proximidade com a figura materna com quem mantém momentos de diálogo. Com o pai e os irmãos, Daniela relata bons vínculos que superam as brigas. Nesta direção, Miranda e Cury (2010) chamam atenção para o fato de que as relações familiares são muito importantes para o desenvolvimento e possibilitam a formação de um centro pessoal de avaliação oportunizando ao(à) adolescente adentrar de modo congruente ao mundo das experiências extrafamiliares.

Contudo, é importante ressaltar que, como Daniela mostrou-se muito lacônica ao falar sobre as vivências nos relacionamentos intrafamiliares, compreendemos que muitos sentimentos e vivências experienciadas na vida intrafamiliar foram veladas, não sendo possível conhecer melhor e entender mais afundo suas vivências nestas relações.

Categoria 2: *Mundo-da-vida* nos Relacionamentos Sociais

> *Ah, eu tenho amigos. Antes eu não tinha muitos, agora de um tempo pra cá que eu comecei a arrumar amizade. .... Ah, eu fico lá com eles, eu fico na praça, porque* [nome da cidade] *não tem nada, só tem a praça, aí agente vai, fica conversando, fica brincando, sabe? Ah, fica por lá.*

Novamente observamos que Daniela mostrou-se bastante lacônica ao falar do mundo vivido nos relacionamentos sociais. Contudo, podemos entender que durante a adolescência Daniela foi construindo novos laços de amizade. Esta vivência da adolescente é corroborada pelo estudo de Pereira e Garcia (2009) que concluíram que ao longo dos anos durante a adolescência os amigos ganham mais espaço como fonte de apoio social e emocional, auxiliando no enfrentamento das dificuldades com o desenvolvimento, além de servir de modelos de identificação.

Além disso, é conhecido que as cidades pequenas do interior do estado de São Paulo oferecem poucas oportunidades de cultura e lazer, de maneira que ao redor das praças centrais, normalmente se concentram o comércio e os estabelecimentos alimentícios, tornando-se o único local de lazer e encontro da população, o que dificulta a abertura de novos horizontes.

Categoria 3: *Mundo-da-vida* nos Relacionamentos Afetivo-Sexuais

Sobre os relacionamentos afetivo-sexuais Daniela relata sobre a paquera:

> *Assim, quando ta alguém de fora* [da cidade] *e quando que eu gosto, eu fico olhando. Eu fico olhando, olhando. Aí até que a hora que o menino não toma uma atitude, eu tomo! Aí eu mando minha amiga ajeitar ele pra mim. E aí eu vejo se ele quer ficar ele fica, se ele não quer não fica.*

Em seu relato Daniela mostra-se inserida na cultura atual em que a mulher moderna busca a satisfação de seus desejos, agindo de maneira mais ativa nas relações afetivo-sexuais.

Nesta direção, segundo Bauman (2008), na contemporaneidade a atenção da pessoa apresenta uma tendência a se concentrar na satisfação que se espera obter das relações. Em busca da satisfação das necessidades e busca de prazer nas relações, Rocha e Garcia (2008) afirmam que a adolescência é uma fase da vida de livre experimentação da sexualidade. E Giddens (2010) complementa referindo que as relações pessoais na atualidade oferecem oportunidades de intimidade e autoexpressão ausentes em muitos contextos mais tradicionais.

Além disso, Lins (2012) afirma que atualmente estão ocorrendo diversas mudanças no papel feminino. Segundo a autora, ainda hoje encontramos mulheres submetidas ao ideário patriarcal, demonstrando-se mais passivas e submissas aos homens, mas também estão surgindo novos modelos femininos: a mulher independente e a autônoma. A primeira é aquela que trabalha e se sustenta financeiramente, enquanto que a segunda é aquela que olha com novos olhos o mundo, o amor e o homem, buscando sua identidade definida por si mesma e não como uma extensão de seu homem. Neste sentido, compreendemos que Daniela mostra estar constituindo sua identidade com marcas desta mulher autônoma, pois ela não espera passivamente ser cortejada e sim ela toma iniciativa de pedir ajuda para as amigas na conquista do menino que está paquerando.

Seguindo em seu relato, quanto à experimentação da sexualidade e da paquera surge o namoro e Daniela conta sobre sua experiência:

> *Eu conheci ele na praça. Aí eu... quando a minha amiga apresentou ele pra mim. Mas antes eu já tinha paquerado ele, a gente já tinha se olhado e tal. Aí no mesmo dia que a gente ficou a gente começou a namorar. No mesmo dia. Acho que é por isso que não deu certo. Aí a gente ficou... aí no outro dia ele já me apresentou pra família dele. Aí a gente namorou sério. Mas foi uma coisa inesperada. Só que eu*

ainda não tinha gostado tanto dele como eu gostei. Gostei muito dele! Nossa eu era apaixonada por ele, eu era louca!

Daniela enuncia sobre a vivência de um relacionamento que começou como uma experimentação, um ficar e seguiu rapidamente para uma ligação extremamente intensa, ou seja, passou do ficar para uma relação em que há vínculo afetivo-sexual.

Poletti e S. Melo (2010), em sua pesquisa fenomenológica sobre o "ficar" na adolescência, concluíram que o "ficar" é uma modalidade de relacionamento em que há a experimentação, podendo envolver experiências tanto agradáveis quanto desagradáveis, gerando a possibilidade de um maior vínculo e compromisso, como o namoro. Além disso, Bauman (2008) ressalta a necessidade, na sociedade atual, por relacionar-se buscando a segurança de um convívio e uma mão amiga com quem se possa contar nos momentos de aflição, pelo fato de vivermos na era dos sentimentos facilmente descartáveis.

Neste sentido, o relacionamento de Daniela durou pouco tempo e terminou de repente, como ela relata a seguir:

Ele largou de mim. Do nada. Do nada ele largou de mim. Putz eu achei que ia entrar em depressão de novo. Eu chorava, eu chorava, só chorava. Eu nem sei se... quanto tempo eu fiquei? Uns 4 meses? Só chorava. .... [o namoro durou] *Quase 2 meses. Foi o meu primeiro namoro sério. Foi sério porque meu pai sabia, minha mãe sabia, a família dele sabia. Eu convivia com a família dele. Aí depois que ele largou de mim.*

Daniela enuncia seu sofrimento frente ao rompimento repentino do vínculo com o namorado. Sobre este aspecto, Bauman (2008, p. 8) explica que "em nosso mundo de furiosa 'individualização', os relacionamentos são bênçãos ambíguas. Oscilam entre o sonho e o pesadelo." Além disso, estamos vivendo a era dos relacionamentos líquidos, em que a qualquer momento o parceiro pode preferir abandonar a relação, com ou sem sua concordância, em busca de experiências que tragam maior satisfação.

Essa experiência de abandono pelo namorado, somada a outras vivências de rejeição por parte dos rapazes, contribuíram para Daniela denegrir sua própria auto-imagem, como ela explicita a seguir:

Eu sou feia... .... Nem sei. Eu acho que por eu não ter muito atenção de quem que quero sabe? Aí minha amiga tem um cabelão até na bunda, sabe? Grande. E não... às vezes os meninos ligam mais pra ela do que pra mim. Então eu acabo... ai! Sei lá! Eu acabo me achando feia. .... tinha que engordar um pouquinho, ter um cabelo bonito.

Bauman (2008, p. 100) refere que “o que amamos é o estado, ou a esperança de sermos amados. De sermos *objetos dignos de amor*, sermos *reconhecidos* como tais e recebermos a *prova* desse reconhecimento”. Assim, segundo o autor, para que tenhamos amor próprio, necessitamos ser amados, sendo que a recusa do amor alimenta a auto-aversão. Neste sentido, no caso de Daniela, a incompreensão por não ser amada faz com que ela denigra sua própria imagem e também transferira a responsabilidade para a beleza física. No entanto, vale lembrar que em nossa sociedade a beleza corporal é extremamente valorizada, com grandes pressões para que, principalmente as mulheres, se adéquem aos padrões de beleza impostos pela mídia (Lira, 2010).

Ainda sobre o mundo vida nos relacionamentos afetivo-sexuais, Daniela relata sobre suas experiências com o sexo:

> *Foi com um ficante. Quando eu tava bêbada. .... Tinha uns 13. .... Eu me arrependi. Aí... eu fui tudo... aí depois eu fui com outro namorado. Eu esqueci de falar desse namorado. Foi antes... antes desse daí que largou de mim eu tive outro. Foi sério também. Minha mãe sabia, mas... aí eu fui com ele. Depois foi com... com esse meu namorado. .... É que eu tava bêbada, né. Então depois que eu caí na real.*

Compreendemos que a adolescente, inserida nas transformações *socioculturais* da figura feminina com um papel mais autônomo, experienciou sua primeira relação sexual em um relacionamento de experimentações, como o “ficar”, em um momento no qual estava sob o efeito álcool. Contudo, Daniela relata que se arrependeu de perder a virgindade ao estar alcoolizada; visto que é um rito de passagem tão importante para os(as) adolescentes.

Sobre a primeira relação sexual, Azevedo et al (2006) afirmam que, para as meninas, é carregada de grande expectativa com ênfase à problematização sobre a perda da virgindade, que está comumente interligada à categorização moral negativa e à perda do valor no mercado matrimonial. Com isso, as autoras afirmam que as adolescentes costumam eleger seus namorados como parceiros ideais, ancorando o sexo no contexto de uma relação amorosa.

Em relação ao uso e abuso do álcool, segundo Araújo e Gomes (1998), estão relacionados a expectativas de adquirir maior autoconfiança e bem-estar. Expectativas estas que muitas vezes se confirmam com a utilização de bebidas alcoólicas e contribuem para o aumento de seu consumo, principalmente, entre os(as) adolescentes a fim de aliviar seus momentos de angústias e desafios frente às novas configurações corporais, a procura por grupos de pares para identificação e o ingresso na

experimentação afetivo-sexual. Contudo, os autores, em sua pesquisa, obtiveram como resultado a compreensão de que muitos adolescentes, principalmente do sexo feminino, afirmaram obter sensações desagradáveis pelo abuso do álcool, pela sensação de tontura e pela desinibição excessiva, acarretando arrependimentos posteriores. Estes resultados vão de encontro ao arrependimento de Daniela que sob o efeito do álcool realizou sua primeira experiência sexual.

Categoria 4: Horizontes das vivências de sentimentos dolorosos

> *Meu estômago, tudo o que eu comia me dava ânsia de vômito, me dava vontade de vomitar, então aí eu acabava não comendo, aí já dava depressão, aí que eu não comia. .... Ah, aí eu fiquei doente, aí eu só ia pro hospital só, minha vida era ir só pro hospital só, tomar soro, injeção, porque eu tinha crise de nervosismo, então me dava ataque de choro e me dava nervosismo, então eu ficava... aí eu tinha que ir pro hospital tomar aquela injeção... é... aí eu tinha que ir quase todo dia no hospital tomar aquela injeção. .... dava assim do nada. Ou quando assim não dava certo alguma coisa. Mas chegou um tempo que a minha depressão ela piorou mesmo, ela piorou, porque dava crise de choro, dava nervosismo, só queria ficar deitada, sem comer. Então... deu... deu muito forte. Eu tentei se matar.*

Daniela relata que seu sofrimento emocional, denominado por ela como depressão, estava associado ao padecimento corporal à medida que não se alimentava e tinha vontade de vomitar. Consequentemente vinham as crises nervosas associadas ao tratamento para desnutrição corporal. Além disso, a adolescente conjectura que suas crises de choro e não alimentação estão relacionadas a situações nas quais ela não conseguia algo que queria, denotando sensação de fracasso e desânimo.

Compreendemos que Daniela provavelmente associa seu sofrimento à doença mental denominada depressão, pelas crises de choro e não vontade de comer. No entanto, segundo os médicos que a tratam, uma de suas hipóteses diagnósticas é a Anorexia Nervosa Atípica, a qual, como explicitado no capítulo 1, resumidamente, é caracterizada pela perda excessiva de peso, utilizando-se de métodos restritivos de alimentação ou punitivos, comprometendo gravemente a saúde física (Dalgalarrondo, 2008).

Com um olhar fenomenológico, V. Moreira (2002) refere que tanto as desordens alimentares quanto as depressões têm como etiologia cultural a sociedade contemporânea individualista, hedonista e narcisista. E complementa referindo que, especificamente as desordens alimentares, caracterizam-se por pensamentos negativos

em relação a si mesmo, como, por exemplo, “se sentir um fracasso ou não servir para nada, pensamentos encorajados por pressões culturais” (V. Moreira, 2002, p. 141).

Prosseguindo no relato da adolescente, encontramos a autodenominação de loucura para seus comportamentos impulsivos:

> *Eu era meia louca naquele tempo. Eu era bem louquinha. .... Ah, eu agia tudo por impulso. Não pensava no que eu tava fazendo. Sabe? Eu era... era vai ou racha, sabe? Eu não pensava no que eu fazia. .... Ah... é que antes eu fazia muita coisa por impulso. Bebia por impulso. Agora eu não faço mais isso. .... Brigava. Brigava sozinha. Não assim com o povo da rua. Brigava em casa. .... Com meus pais, meus irmãos. .... Ai qualquer coisinha que eles falavam eu já estourava. Aí já gritava. Ih, dava um regaço. .... Hoje eu to mais calma. .... Ah, meu pai falava muito na minha orelha e eu não gosto! .... Ah, fica falando: “Ah, você não faz isso direito! Ah, você não faz isso direito! Não sei o que, não sei o que.” Sabe? Essas coisas. .... Agora voltou de novo a crise de choro. Mas é porque quando é uma coisa que eu quero. .... Não, qualquer coisa. Quando eu quero sair e meu pai não deixa.*

Neste relato compreendemos que o mundo vivido de Daniela é marcado por sentimentos de fracasso e menos-valia, quando ela relembra da fala de seu pai dizendo: *“Ah, você não faz isso direito!”*. Paralelo a estes sentimentos, ainda existe a volubilidade social que acarreta sensações de incerteza; que fazem com que Daniela reaja de maneira agressiva e impulsiva acabando por intitular-se como louca.

Desta forma, entendemos que Daniela demonstra em seu imaginário a ideia de loucura associada ao descontrole de impulso, a qual é carregada de significado histórico, sendo que desde a época do Brasil colonial, segundo Oda e Dalgalarrondo (2004), os loucos eram interpretados como causadores de tumulto e desordem na sociedade e recebiam os mesmos destinos dos criminosos e desocupados: o exílio. Atualmente, a doença mental tem um viés individualista, de maneira que a doença é individual e causa um transtorno clinicamente significativo na vida da pessoa, segundo o DSM-IV-TR (American Psychiatric Assossiation, 2002) e a CID-10 (OMS, 1993). Desta forma, não se diz mais que a pessoa é louca, agora ela é doente mental, recebe um nome para sua doença e um tratamento individual específico (V. Moreira, 2002).

Contudo, V. Moreira (2002) ressalta que as desordens alimentares, principalmente nas mulheres, estão relacionadas à cultura atual, que imprime a necessidade de ser bem-sucedido, ter êxito, vencer na vida, ter corpo perfeito, magro, jovem e bem definido. Segundo a autora, estes são “lemas de uma sociedade capitalista que, em distintas formas, está sempre instigando à competição e ao consumo” (V.

Moreira, 2002, p. 142), acarretando intenso sofrimento impresso no corpo, em razão da dificuldade em se atingir este ideal imposto.

Perfil da colaboradora Graziela

Graziela, 18 anos, sexo feminino, classe socioeconômica C1, filha única, reside em uma pequena cidade do interior de São Paulo, diz ser católica, mas no momento não frequenta a igreja. Mora com os pais, que são casados, mas mantém uma relação conturbada, entre separações e renovações do casamento. Seu pai trabalha como policial e sua mãe como gestora do lar. Completou o Ensino Médio, não continuou os estudos e não exerce atividades laborais.

Graziela é uma adolescente de estatura mediana, com cabelo bem preto contrastante com sua pele clara e estava vestida com roupa de cores fosforescentes e um eminente decote.

No dia combinado, chego à sala de espera e encontro Graziela demonstrando estar bastante triste e precisando conversar, pois ela foi me contando o ocorrido da manhã na própria sala de espera, logo após eu me apresentar pessoalmente. Contou que precisávamos esperar um pouco por sua mãe, que ainda não tinha entrado no hospital, porque estava se recompondo, pois ao chegar ao hospital, seus pais começaram a discutir e seu pai deu um tapa no rosto de sua mãe. Graziela disse que foi tentar defender a mãe, mas ele deu um apertão em seu braço e a empurrou para fora do carro, fazendo com que ela tropeçasse na porta do carro, batesse a perna e caísse no chão.

Logo em seguida sua mãe chega e ambas são convidadas a ir a uma sala reservada. A mãe de Graziela não tocou no assunto, apenas disse que estava com pressa. Após a explicação da pesquisa, leitura e assinatura dos termos de consentimento, a mãe de Graziela pediu para sair da sala.

Dentro da sala Graziela apresenta uma postura diferente da anterior mostrando-se mais contida e retraída e falando pouco sobre si. Inicialmente não quis falar de sua infância, mas deixou escapar em outro momento que foi uma época muito difícil, porque era muito zoada na escola por estar acima do peso.

Com seus pais, a adolescente relata relações conflituosas, com um pai bastante agressivo e, com a mãe, ela comenta que sente muita falta de mais atenção e afeto.

Quanto aos outros relacionamentos, os sociais são praticamente inexistentes, enquanto os afetivo-sexuais são fugazes.

Graziela chegou para tratamento psiquiátrico em regime de internação, pois se encontrava em um "surto maníaco", com sintomas de intensa agitação, hiperssexualização e comportamento desorganizado. Após a alta da internação, foi encaminhada para o atendimento em serviço ambulatorial. Em seu prontuário médico, foram encontradas as seguintes Hipóteses Diagnósticas: Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) e Transtorno de Conduta a esclarecer (TC a/e).

Categoria 1: *Mundo-da-vida* na infância nos horizontes das relações intrafamiliares

Sobre a infância, Graziela relata que:

> *Ah, desde pequena eu sempre fui muito gordinha. As pessoas sempre zoavam comigo e eu nunca fui bem aceita por causa disso na escola. Que tinha gente que batia em mim, zoava de mim, e eu fui ficando cada vez mais mal. .... Eu não aceitava e eu brigava. Eu batia nas crianças.*

Graziela carrega consigo um estigma desde a infância por estar acima do peso e relata o seu sofrimento decorrente do *bullying* por meio de comentários pejorativos sobre sua aparência por parte dos colegas. Frente ao sofrimento físico e verbal, para tentar se defender ela agredia da mesma maneira.

Analisando sobre o *estigma*, V. Moreira e A. Melo (2008, p. 307), com base na teoria de Erving Goffman, referem que:

> O estigma – definido como uma diferença indesejada, um atributo pejorativo que implica na intolerância do grupo – é, atualmente, uma das prioridades de pesquisa pela OMS – Organização Mundial da Saúde, dado que, apesar de ser amplamente aceita a evidência sobre as consequências do estigma, em níveis pessoais e de saúde pública, faltam evidências de como se lidar efetivamente com esses problemas.

Desta forma compreendemos que o estigma por si só acarreta intenso sofrimento e dificuldades nos relacionamentos sociais. E quando acrescido ao fenômeno do *bullying* seus prejuízos são ainda maiores ao desenvolvimento da criança. Neste sentido, sobre o *bullying*, Bandeira e Hutz (2010) afirmam que algumas crianças são tanto vítimas como agressores, pois apresentam uma combinação de baixa autoestima, atitudes agressivo-provocativas e prováveis alterações psicológicas.

Nos relacionamentos com os pais, a seguir, Graziela relata que:

Meu pai batia quase todo dia em mim em casa quando eu era pequena. .... Ele nunca me deu carinho. Ele não sabe o que é carinho. .... Ah, minha mãe era uma coitada que apanhava. .... Ela até brincava comigo. Só que ela sempre se preocupou mais com o meu pai do que comigo. .... Porque ela morre de ciúmes do meu pai. E ela sempre se preocupou mais com ele. O mundo dela gira em torno dele. Só ele tem valor. E ela joga isso na minha cara todo dia. Ela não fala isso diretamente pra mim, mas ela fala pra todas as pessoas escutarem. .... ela fala pra ele que só ele vale no mundo pra ela. Ela fala um monte de coisas. Ela briga com ele e ela dá a entender que só ele que é gente! Que eu não sou nada! Que eu não existo e é só ele que existe!

O mundo vivido de Graziela no relacionamento com os pais apresenta-se com relações muito conturbadas, sofrendo agressão física por parte do pai, além de sentir-se inexistente/sem valor para sua mãe. Estes sentimentos contribuem para a autoimagem denegrida de Graziela, quando ela diz que "não é nada", ou seja, sente que não tem valor.

Sobrinho (2010) ressalta a importância dos pais no desenvolvimento do(a) adolescente, fornecendo estrutura, orientação, afeto e limites. No entanto, quando a criança e/ou o(a) adolescente enfrentam situações de violência doméstica, sérias consequências negativas podem acontecer (Rosas & Cionek, 2006). Como a criança e o(a) adolescente encontram-se em um processo de desenvolvimento físico e psíquico, a violência intrafamiliar contribui para prejuízos no desenvolvimento físico, na adaptação social, no desempenho escolar e na saúde mental, sendo que há grande correlação entre violência doméstica e diversos transtornos mentais (Romaro & Capitão, 2007).

Categoria 2: *Mundo-da-vida* nos Relacionamentos Sociais

Falando sobre as relações de amizade:

Ah, tem hora que eu sou difícil, tem hora que eu to muito quietinha, às vezes, tem hora que eu to soltinha. Cada hora eu to num humor diferente. Daí tem que ver como eu to na hora, se eu to boa ou se eu não to bem.

Graziela comenta sobre suas oscilações de humor e como elas interferem nos relacionamentos sociais. À sua oscilação de humor, foi atribuído o diagnóstico de TAB pelo médico psiquiatra. No entanto, como nos diz Bastos (2012), estes diagnósticos muito pouco nos dizem sobre o sofrimento da pessoa.

Para entendermos a depressão e a mania no intuito de nos aproximarmos da compreensão do mundo vivido de Graziela, de acordo com um olhar fenomenológico,

encontramos a análise de Tatossian (1979/2006). Segundo este autor, na melancolia o *Eu* está como que ao lado da tristeza, de maneira que o sofrimento do melancólico é um sofrimento anormal, deformado.

> A tristeza, como todos os sentimentos, é um movimento que nasce, cresce, dura, desaparece, enquanto a tristeza melancólica não comporta nenhum movimento. ...se confunde com a incapacidade da tristeza mesma, e de todos os sentimentos, que implicam que o Eu se identifique com eles. ...a incapacidade invade grandemente a tristeza e os sentimentos; radical e geral, atinge toda ação: comer, beber, dormir, trabalhar, falar, fazer amor. (Tatossian, 1979/2006, p.121)

No outro polo temos a mania, que segundo Tatossian (1979/2006):

> Na verdade, não é tanto a excitação ou o humor alegre isolado, mas muito mais sua união que é típica. Mas talvez a alegria maníaca não seja mais comparável com a alegria normal do que o sofrimento melancólico ao nosso: a exploração do maníaco curado sugere durante esta fase um dever-se-alegrar, ao mesmo tempo, que um não-poder-se-alegrar, experimentado em profundidade como sofrimento infinito durante a mania mesma. (p. 144)

Desta forma compreendemos o quanto Graziela se vê tomada por estes sentimentos "anormais", como nos diz Tatossian (1979/2006), que dificultam sua vivência autêntica, acarretando comprometimento no estabelecimento de vínculos sociais.

Categoria 3: *Mundo-da-vida* nos Relacionamentos Afetivo-Sexuais

Graziela relata que teve seu primeiro namorado aos 13 anos:

> *Eu devia ter uns 13 anos. Mas eu sempre namorei bem rápido, eu sempre enjoei rápido dos meninos. .... Ah, não é amor de verdade. Eu ainda não encontrei o amor de verdade. Enquanto eu não achar o meu amor de verdade não vai dar certo. Aí eu vou enjoando. Aí vou vendo que não é aquele amor de verdade, que não é o cara que vai ser o amor da minha vida aí eu enjôo e... aí eu largo. E aí quando eu vejo que... na hora que eu falar é esse, aí vai ser pra sempre.*

M. Reis (2010) analisa sobre as concepções de amor ao longo da história e afirma que elas são de extrema importância para a definição do que é apropriado e desejável nas relações entre as pessoas. A autora conceitua o amor como "um elemento de ação individual e da estrutura social onde se insere, determinando a intensidade com a qual as pessoas se atraem ou se afastam" (M. Reis, 2010, p. 39).

E Lins (2012) complementa referindo que as mulheres, mesmo com as mudanças *socioculturais* de maior autonomia feminina e busca de prazer imediato nas

relações, encontram-se aprisionadas pelo mito do amor romântico e pela ideia de que somente é possível encontrar a felicidade se existir um grande amor, com quem casará e viverá feliz para sempre.

Nesta direção, nas novelas de televisão e em muitos livros com recordes de venda na atualidade encontramos o mito do amor romântico, influenciando diretamente os(as) adolescentes, que estão no momento de descoberta da sexualidade e construção da identidade. Assim, compreendemos que Graziela, inserida neste contexto e permeada por estes ideais, segue tentando encontrar seu amor para toda vida. Contudo, a adolescente relata vivenciar frustrações e dúvidas nas experiências com os dois namorados que teve, como veremos a seguir:

> *Foi o A. e o J. .... O A. terminou comigo. Eu não sei porque. .... Ele não me explicou porcaria nenhuma. .... Eu fiquei puta da vida com ele! Porque eu não entendi nada. E depois ele pediu pra voltar, aí eu voltei. Aí depois ele largou de novo, depois voltou de novo, depois largou de novo. Aí eu não entendi nada. Não dá pra entender. Porque foi assim eu comecei a namorar com ele e eu não gostava dele e aí eu larguei dele. A gente namorou um tempinho, só que eu não gostava dele. Eu falei: Ah, não vou ficar com ele. Meu pai gostava dele pra caramba. E eu falei: Eu não vou ficar com ele porque meu pai gosta dele, tudo, tava gostando dele, só que quem tem que gostar do menino sou eu. Ele me ligava todo dia. Esses dias ele me ligou falando que queria voltar. Eu falei que não queria. .... Ah, era muito rolo. ....* [Já, com o J.] *Ah... minha mãe pediu pra eu largar, meu pai pediu pra eu largar. Não era muito... não era boa pessoa. .... Meus pais achavam. Não, não é ele. O pai e a mãe dele que não era uma boa pessoa. Ele era uma ótima pessoa. Só que... meu pai e minha mãe não quiseram que eu ficasse com ele por causa do pai e da mãe dele. Aí eu larguei, né.*

Notamos que os relacionamentos da adolescente mostraram-se efêmeros e baseados no desejo do outro e dos pais. Neste sentido, parece que Graziela, nestes relacionamentos, procura o sentimento de ser amada, querida e vista. E, namorando, ela consegue a atenção principalmente do pai que opina sobre com quem ela deve ficar.

Messias (2006, citado por Miranda e Cury, 2010) resume a concepção de Carl Rogers sobre a necessidade de aceitação positiva, referindo que com o desenvolvimento da noção de “eu”, passa-se a precisar da consideração positiva de pessoas significativas. Desta forma, é importante que os pais ofereçam aceitação positiva incondicional à criança, pois, para ela, o seu mundo são as suas experiências e a possibilidade de ser aceita incondicionalmente validará a experiência vivida, de maneira que aos poucos vai diminuindo a necessidade desta aceitação incondicional.

Todavia, no caso de Graziela, entendemos que, por não sentir essa aceitação incondicional por parte dos pais, segue buscando-a em suas atitudes e decisões, de

maneira que sua vivência deixa de ser autêntica e passa a acontecer em função dos desejos e da esperança de ser amada pelos pais.

Ainda no mundo vivido das relações afetivo-sexuais, Graziela relata sobre suas vivências de relações sexuais:

> *Já teve duas vezes, já. Uma vez, a primeira vez não foi com namorado, foi com um amigo, depois nunca mais rolou e a outra foi com namorado. ....* [A primeira vez] *Foi horrível! Eu não senti nada! Não senti prazer nenhum. Não senti nada, nada, nada. E eu tava preparada, tava... eu senti que era hora de eu deixar de ser virgem, mas a hora que eu fui lá, tava lá, eu não senti nada. .... A gente combinou. Ele falou... ele foi lá em casa, a gente tava conversando e ele falou pra mim: "Você tá com vontade?" Eu falei: "Tô." Ele: "Vamo." Falei: "Vamo." Aí eu fui na casa dele, a gente ficou conversando, acabou rolando. Só que eu parecia homem que não levantava, sabe? Que não funcionava, porque não deu pra sentir nada, não consegui... não sei... não foi. .... Ah, eu me senti um lixo, sabe? .... Que eu tava... que o V. era meu amigo, só que amigo assim... é muito estranho fazer com amigo, né? É muito... é... ele era como se fosse meu irmão. E foi meio estranho! Sei lá! Ele ficou olhando... olhando... e eu acho que eu não senti nada porque eu fiquei morrendo de vergonha.*

Sobre a segunda experiência:

> *A segunda foi ótima! Ah, eu senti tudo o que eu não senti na primeira. Foi muito bom! .... Eu queria mais do que na primeira. .... Aí já com o A.* [namorado] *eu senti... atração por tudo. Tava mais ousada, tava mais atirada, tava toda inspirada assim... Mas aí depois não teve mais porque eu disse que agora só depois do casamento. Porque eu sou assim, quando eu falo alguma coisa, vai ser. Quando eu boto alguma coisa na cabeça, vai ser do jeito que eu to falando que vai ser. Aí agora vai ser só depois do casamento. .... Veio essa ideia maluca na minha cabeça. Vem cada ideia maluca na minha cabeça que você nem imagina.*

Graziela, inserida na cultura atual de livre experimentação sexual, foi em busca do prazer na primeira relação sexual, mas, contudo, não conseguiu atingi-lo, frustrando-se muito. Ela atribui essa frustração ao fato de a relação acontecer com um amigo, com o intuito de experimentação e ingresso no universo da sexualidade genital.

Bauman (2008) chamou atenção para o fato de que atualmente o sexo tornou-se o modelo alvo/ideal predominante na parceria humana, passando a ser julgado pela satisfação que possa trazer por si mesmo. Entretanto, na mesma proporção, cresceu a capacidade do sexo de gerar frustração e de exacerbar a própria sensação de estrangulamento que se esperava que curasse.

Além disso, segundo Bruns (2009) a produção artística midiática atual produz um tipo de "consumismo sexual", caracterizado pela impessoalidade e rapidez, com o objetivo de seduzir o consumidor. E Carvalho (2010) complementa afirmando que a

mídia é uma grande responsável pela formação de valores ético-sexuais, influenciando diretamente os adolescentes que estão neste momento de construção de sua identidade. Desta forma, segundo a autora, a necessidade e vontade da primeira "transa" podem ser entendidas como um modismo, uma obrigatoriedade estimulada pelos discursos midiáticos, contudo, acabam, na maioria das vezes, sendo pouco interessantes e até frustrantes.

Continuando na compreensão do relato de Graziela, a adolescente conta que a segunda experiência sexual se deu com um namorado e ela permitiu estar mais presente na relação com seus desejos e afetos, conseguindo obter o prazer que buscava. Sobre este aspecto, Carvalho (2010) encontrou ressonâncias em sua pesquisa com adolescentes, referindo que para as meninas a relação sexual, desde o beijo até a "transa", apresentam maior prazer quando acontecem com um namorado, tanto pelo fato de ter afeto envolvido, quanto pelo fato de, no namoro, ser estabelecido um compromisso social entre duas pessoas, diminuindo a chance de sofrer com rótulos depreciativos, bem como o medo de ser taxada como inapta ao casamento.

Ainda nesta unidade de significado Graziela também comenta que após o prazer na relação sexual com o namorado ela se bloqueou, de maneira que ela decidiu que só terá outra relação após se casar. Compreendemos que este bloqueio pode ter suas raízes nas concepções sobre o mito do amor romântico presentes e atuantes em seu ideário, bloqueando a demanda em busca do prazer sexual, com a ideia de que, não ter relações sexuais antes do casamento, possam torná-la mais valorosa no mercado do casamento. Esta compreensão vai de encontro à pesquisa de Azevedo et al (2006), que referem que para as meninas há a ênfase na problematização relativa à perda da virgindade e valorização do amor romântico, os quais estão diretamente relacionados à moral e aos valores de respeito e reputação social presentes na ideologia patriarcal atuante na contemporaneidade, que aprendem desde crianças.

Categoria 4: Horizontes das vivências de sentimentos dolorosos

Graziela relata sobre sua dificuldade em sentir e identificar seus sentimentos:

> *Eu não consigo... Eu não consigo sentir nada. Eu tenho distúrbio de humor, tal, que é cada hora fica com um humor diferente e eu não to conseguindo saber como eu to. .... Quando é pra mim chorar eu rio. É complicado.*

Desta forma, compreendemos que esta dificuldade na identificação dos sentimentos, acrescida ao sofrimento de *bullying* na infância e relações familiares conturbadas – como explicitado nas categorias anteriores – acarretam intenso sofrimento e contribuem para a experiência de uma vivência inautêntica, com prejuízos em suas experiências mundanas.

Sobre o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), como explicitado no primeiro capítulo, Dalgalarrondo (2008) explica que ele é composto de Episódios Depressivos (ED) e Episódios Maníacos (EM). O ED apresenta sintomas de: tristeza; choro fácil e/ou freqüente; apatia; sensação de falta de sentimento; sentimento de tédio, de aborrecimento crônico; irritabilidade aumentada, angústia ou ansiedade; desespero; desesperança; entre outros. Enquanto que o EM é caracterizado pela presença de: aumento da autoestima; pressão para falar; distratibilidade; agitação psicomotora; irritabilidade; arrogância; heteroagressividade; desinibição sexual e social; entre outros. Para caracterizar um transtorno, esses sintomas descritos devem trazer sofrimento clinicamente significativo bem como prejuízos na esfera dos relacionamentos e da produtividade.

Assim, vale ressaltar a importância desta descrição sintomática no entendimento e na direção para identificar as formas de tratamento medicamentosas referentes às bases biológicas deste transtorno. No entanto, corroboramos a afirmação de V. Moreira (2001 citado por A. Melo & V. Moreira, 2008) de que este é apenas uma das maneiras de se olhar para a problemática da psicopatologia, sendo que a fenomenologia contribui para outra maneira de compreender as experiências de sofrimento emocional.

Desta forma, em busca da compreensão fenomenológica sobre os sentimentos vivenciados pela adolescente, recorremos a Tatossian (1979/2006), que, sobre a melancolia, explica que a incapacidade melancólica está ligada à inibição essencial atingindo de forma basilar o ser humano, acarretando em uma anestesia afetiva. Quanto à mania, o autor refere que:

> A ligeireza do corpo maníaco, evidente em suas atitudes, nos gestos, na forma de ocupar o espaço priva-o de toda consistência e exprime assim uma fragilidade existencial radical. Na mundanização maníaca, "o ser-corpo não mantém mais uma posição prospectiva quanto ao objeto, não comporta um 'aqui' para um 'ali'", o maníaco é continuamente agarrado por um leque infinito de re-envios, sempre atuais, fugazes e intercambiáveis. "Pode-se dizer que o maníaco é desapossado de seu corpo que permanece na total disposição das coisas que o agarram." (Tatossian, 1979/2006, p.147)

Perfil da colaboradora Gisele

Gisele, 18 anos, sexo feminino, classe socioeconômica C1, reside em uma pequena cidade do interior de São Paulo e diz ser evangélica praticante. Mora com os pais e uma irmã mais velha do que ela. Seu pai trabalha como pedreiro e sua mãe é gestora do lar. Completou o Ensino Médio, não continuou os estudos e não exerce atividades laborais.

Gisele é uma adolescente magrinha, de estatura abaixo da média para sua idade e veste-se de maneira discreta. Vem acompanhada de sua mãe e mostra-se atenta a tudo que acontece a sua volta.

Recebeu a pesquisadora com um sorriso simpático e evidenciou estar disposta para o contato. Durante a entrevista mostrou-se bastante focada na tarefa e concentrada na pergunta norteadora do diálogo, de maneira que em sua fala ela retomava todos os pontos da questão e explicava.

Ao contar sobre a infância, ela atribui o valor de maldade às birras que fazia para ter mais atenção, mas ressaltou seu sofrimento e dificuldade com mudanças e perdas, ao mencionar o fato de sua família mudar de bairro e ela perder as amizades da vizinhança de onde residia.

Ao falar da adolescência, diz que é a pior época da vida e relata sobre os diversos conflitos com a mãe, com a irmã e com os professores na escola. Já com o pai, Gisele conta de uma relação mais distante, mas bastante amigável, solicitando-o para aprovar suas atitudes e desejos os quais a mãe não aprova.

Gisele refere que o ápice das dificuldades na adolescência se deu no segundo ano do Ensino Médio, quando seus amigos foram colocados em uma sala diferente da dela. Esta nova perda dos amigos mexeu muito com Gisele, deixando-a revoltada e acarretando intenso sofrimento, de maneira que, na tentativa de amenizá-lo, a adolescente procurou tratamento psiquiátrico.

Quanto aos relacionamentos afetivo-sexuais, Gisele conta sobre suas experiências de beijar meninos, que na primeira vez ela não gostou, mas após outras experiências ela passou a gostar. Relata sua dificuldade na paquera por não conseguir ficar com os meninos que acha bonito, atribuindo a responsabilidade à sua aparência, denegrindo-se. Além disso, fala sobre a virgindade e mostra que ainda tem dúvidas sobre se irá esperar ou não até o casamento para ter a primeira relação sexual.

Quanto ao tratamento psiquiátrico, em seu prontuário médico, consta que segue com as seguintes Hipóteses Diagnósticas: Transtorno de Personalidade Histriônica (TPH), Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável – tipo Borderline (TPB), Transtorno Afetivo Bipolar (TAB).

Categoria 1: *Mundo-da-vida* na infância nos horizontes das relações intrafamiliares

> *Então assim... a minha infância... .... eu era bem ruim. (ri) Eu era má na minha infância. .... eu não gostava de dividir nada com ninguém. .... Era até engraçado, porque... Eu era bem mimada também. .... Eu fazia chantagem com a minha tia, né. Então eu falava pra ela: 'Eu não vou comer.' Só pra ela me dar na boca. Aí ela me dava na boca. Aí às vezes eu falava pra ela que eu não queria andar pra ela me carregar no colo. .... E eu também era nervosa naquela época. Sempre fui. Sempre fui nervosa. .... eu morava em outro bairro da cidade. Então assim... lá eu tinha meus amigos... eu gostava de morar lá. Só que aí... aí em 2001, dia 17 de março minha mãe resolveu mudar. Mudar pra outro bairro. E o que aconteceu? Nossa! Então... aí... pra mim tudo desmoronou, né. Porque ela... eu não aceitava essa mudança. Eu nunca, eu nunca aceitei mudança.*

O mundo vivido na infância de Gisele evidenciou autoimagem denegrida com sentimentos de ser uma criança má, pois ela lembra que fazia birra com a tia para conseguir o que queria e era bem-sucedida. No entanto, entendemos que a criança estava pedindo por limites. Nesta direção, P. Barbosa (2011) ressalta a importância dos responsáveis pelas crianças em estabelecerem limites de comportamento, os quais são imprescindíveis no processo de diferenciação *eu-outro* por parte da criança, gerando segurança para que ela se coloque e aja no mundo de maneira saudável.

Além disso, Gisele relembra do sofrimento em uma situação de mudança de bairro, quando perdeu as amizades que tinha. As mudanças ao longo da vida acarretam perdas e ganhos: perde-se o conhecido, mas ganham-se novas possibilidades. Todavia, para a criança as perdas de amizades pelas mudanças de bairro, como no caso de Gisele, são muito significativas, acarretando sofrimento.

Desta forma, na sociedade atual com as constantes transformações e as novas tecnologias ditando uma cultura do descartável e da busca incessante pelo melhor, vivenciamos o sentimento de incerteza e insegurança (Bauman, 2009). Esses sentimentos fazem parte do mundo vivido das pessoas de todas as idades, inclusive das crianças, exigindo constantes adaptações e autossuperação, mas caso elas sintam que não conseguem suprir as expectativas do outro/adulto/cuidador, pode acarretar

sentimentos de menos-valia e ausência de autoconfiança dificultando o contato com o mundo (Barbosa, 2011).

Quanto aos relacionamentos intrafamiliares, Gisele, a seguir, menciona a experiência na relação com os pais:

> *Nossa, em casa então... é... é a pior, porque eu brigo com todo mundo. .... Principalmente, olha, o relacionamento com a minha mãe, é o principal. É terrível. Muito, muito. Porque nós brigamos demais. Nós brigamos muito. Porque assim... eu quero uma coisa, ela não quer. Eu quero fazer isso, ela não quer. Então tipo assim, ela... ela se opõe muito às coisas que eu quero. Então assim... tem muito... existe muito conflito ali. Então às vezes eu falo... eu falo pro meu pai... é engraçado. Em muitas famílias a mãe interfere pro pai não falar as coisas, mas lá em casa é diferente. Eu falo pro meu pai, pra ver se meu pai deixa eu fazer alguma coisa que eu quero pra depois ela. Sabe? Porque com ela é sempre tudo é mais difícil. É complicado.*

A vivência de Gisele no mundo vivido na relação com os pais denota sua luta pela satisfação de seus desejos, de maneira que para isso confronta diretamente a mãe, quando contrariada, e recorre ao pai, que cede aos seus desejos. Assim, compreendemos que a autoridade e o poder familiar mostram-se centralizados na mãe, que dita as regras a serem seguidas e tenta colocar limites nas ações da filha, enquanto o pai denota ser permissivo. Essas divergências no cuidado da filha, pela ausência de diálogo e falta de concordância na educação, prejudicam o desenvolvimento da noção de regras sociais e, consequentemente, das relações intra e extrafamiliares.

Nesta direção, L. Melo (2005) acentua a importância da imposição de limites na adolescência para o desenvolvimento saudável, entretanto, chama atenção para o aumento da permissividade por parte dos pais na contemporaneidade, pois eles referem que a tarefa de colocar limites nos filhos é muito difícil e desgastante. Além disso, segundo a autora, a falha na imposição de limites pode ser devida à falta de valores morais da sociedade, a ausência dos pais na vida dos(as) filhos(as) e ao medo que os pais têm de provocar traumas caso sintam que estão sendo muito enérgicos na educação. Consequentemente, contribui para os(as) filhos(as) se tornarem adultos infelizes, desajustados, com dificuldades em lidar com as frustrações naturais da vida, prejuízos nas relações sociais hierárquicas, na independência emocional, financeira e contribui para o desenvolvimento de patologias psíquicas e comportamentos desviantes (L. Melo, 2005).

Os comportamentos desviantes mostram-se na relação de Gisele com a irmã, ao relatar que as brigas entre si saem da agressão verbal partindo para a agressão física, como veremos a seguir:

> *Com a minha irmã também é briga. Agora que a gente ta mais... calma, mais... nossa... a gente brigava muito, a gente brigava de tapa mesmo, puxão de cabelo. Brigava muito. Nossa! É uma coisa porque...porque ela falava assim... porque eu não tenho paciência. Ela falava alguma coisa, se ela vinha falar alguma coisa eu já ia pra dar tapa. Eu nem converso, eu já vou pra brigar. Eu não tenho assim... não tenho paciência. Então é bem mais complicado.*

Compreendemos que a dificuldade na imposição de limites e a falta de coerência na educação por parte dos pais contribuem para dificuldades no controle dos impulsos das filhas, que ultrapassam as discussões verbais, normais entre irmãos, chegando ao extremo da agressão física.

É importante ressaltar que os pais, por sua vez, estão inseridos em um contexto social que atualmente, de acordo com V. Moreira (2002), é relativamente mais tolerante à impulsividade e expressividade do que as sociedades tradicionais, as quais encorajavam o autocontrole e a repressão; favorecendo a maior tolerância aos pais quanto a lidar com a impulsividade e agressividade de Gisele e sua irmã.

Desta forma, Gisele demonstra experiências de *estar-no-mundo* permeadas por agressividade velada – por meio da permissividade e da falta de coerência parental – e direta, pelos conflitos e agressões físicas, influenciando diretamente em seu comportamento, que se mostra como um reflexo deste contexto intrafamiliar e social.

Categoria 2: *Mundo-da-vida* nos Relacionamentos Sociais

No *mundo-da-vida* dos relacionamentos sociais, Gisele relata sobre suas experiências no ambiente escolar:

> *Na escola... às vezes com professor... porque eu não gostava do tipo do método do professor. Então aí eu já falava pra pessoa e isso já gerava conflito. .... Meu segundo colegial, nossa, todo mundo dizia... as professoras me chamava de rebelde, que eu ficava muito rebelde no meu segundo colegial. .... Se eu quisesse eu falava alto. Se eu falasse assim pra professora: 'Eu não vou fazer esse trabalho.' Eu não fazia. Eu não fazia nada. .... Teve uma vez, sabe, eu tirei... eu nunca tinha tirado vermelho na minha vida. .... Mas no meu segundo colegial eu tirei, porque foi a época que eu tava... eu comecei a... que eu entrei mais em depressão. Aí então... e eu assim... e eu não sabia, às vezes eu não queria, não queria fazer nada. E às vezes eu só chorava, e eu chorava muito, chorava muito, passava mal. Então, foi muito complicado na escola. E tipo assim, principalmente porque os meus amigos que eu tinha*

> *conquistado não estavam mais nesta classe que eu estava no segundo colegial. Então eu tive que conquistar novos amigos, eu tive que conquistar outros amigos. Então pra mim foi mais difícil. Eu acho que essa mudança, eu sempre tive muita dificuldade com mudança. E essa mudança me prejudicou. Prejudicou bastante. Assim... e a diretora não queria me mudar* [para uma outra sala].

Compreendemos que, na relação com os professores na escola, Gisele procura ser autêntica demonstrando seu descontentamento com a forma do ensino pelo(a) professor(a) e seu sofrimento por ser separada dos antigos colegas de classe, mas acaba sendo taxada de rebelde e não é ouvida em suas necessidades.

Nesta direção, Dayrell (2007) explica que os(as) adolescentes vivenciam a ambiguidade entre seguir as regras escolares e cumprir as demandas exigidas pelos professores e ao mesmo tempo afirmar-se em sua subjetividade, o que gera conflitos na relação professor(a)-aluno(a). E nesses conflitos, na maioria das vezes, segundo o autor, os(as) professores(as) acabam por culpabilizar o(a) adolescente, que ainda continua a ser visto de maneira estigmatizada como contraventor, problemático e conflituoso.

Desta forma, a escola mostra-se insensível às demandas de Gisele colaborando para o aumento de sua revolta e de seu sofrimento, dificultando sua autenticidade, em um momento tão importante da vida em que ocorre o desenvolvimento em direção à identidade adulta.

Prosseguindo no *mundo-da-vida* nos relacionamentos sociais de Gisele, a adolescente relata que apesar de ter amigos, predomina em si o sentimento de solidão e a dificuldade de ser compreendida em seus sentimentos e sofrimentos:

> *eu me sinto muito sozinha, sabe? É uma solidão, uma coisa muito... assim, como seu eu não tivesse ninguém. Por mais que eu tenho meus amigos, tudo, tem hora que eu me sinto sozinha. Assim... e eu acho assim... que... muitas vezes falta... sei lá... às vezes as pessoas não percebem que falta apoio. Falta apoio das pessoas... talvez se elas pudessem... vissem, conversassem, porque muitas vezes você... às vezes a gente olha uma pessoa e não sabe o que ela está passando, às vezes acha que ela ta bem, que ela ta feliz. Nossa! Ela ta maravilhosamente bem. Mas às vezes não sabe o que ela ta passando realmente, às vezes ela pode ta triste, pode ta muito ruim mesmo.*

Suas experiências nos conflitos intrafamiliares e no ambiente escolar refletem em seus relacionamentos sociais favorecendo o sentimento de solidão. Além disso, como o meio sociocultural individualista, no qual estamos inseridos, preconiza a busca incessante por prazer e o alívio imediato das frustrações por meio do consumo (V. Moreira, 2002), mostrar seu sofrimento pode caracterizar a pessoa como fraca e menos capaz. Ademais, contar com o auxílio de outras pessoas do convívio diário é muito

complicado, visto que cada um se encontra ocupado com suas próprias tarefas, buscando a satisfação de suas próprias necessidades ou lutando contra seus próprios sofrimentos sozinhos, aumentando o sentimento de solidão, como no caso de Gisele.

Categoria 3: *Mundo-da-vida* nos Relacionamentos Afetivo-Sexuais

Gisele relembra do primeiro beijo:

> *O primeiro menino que eu fiquei eu num gostei. Aí eu... eu achei nojento... eu... aí eu só queria vomitar. A minha amiga olhava pra mim e falava assim: 'Ah, eu não acredito nisso! Que que você ta aprontando?' Eu não gostei! Eu não sei o porquê. Aí depois... aí depois eu fui ficando assim... eu fui ficando... aí eu falei assim: 'Ah, parece que gostei, né.' (ri) Aí depois que eu fui gostando. Depois que eu fui achando assim... mas... minha mãe nem sabe. Ela não sabe porque, é uma coisa assim que não dá pra contar, sabe? Porque tipo assim, elas não entendem. Elas... minha mãe acha que ficar é o fim do mundo, então... ela não entende.*

Gisele, em sua primeira experiência afetivo-sexual com o beijo, descreve sua sensação de nojo, que provavelmente está associada ao estranhamento devido à primeira experiência, mas também, e principalmente, à moral religiosa que está inserida e é reforçada por sua mãe, preconizando que a mulher deve conter sua sexualidade e manter-se virgem até o casamento. Contudo, as modificações corporais, a emergência dos hormônios, a influência dos amigos e, principalmente da mídia, incitam Gisele à experimentação afetivo-sexual, de forma que com outras experiências, a adolescente relata que passou a gostar de beijar.

Carvalho (2010) afirma que as concepções sobre o beijo são construídas sócio-historicamente, sendo que na atualidade é um ato muito importante para os relacionamentos dos adolescentes, os quais são grandemente influenciados pela mídia, principalmente a televisiva, que transmite diversas cenas de beijo em programações destinadas a todas as faixas etárias, em todos os horários.

Seguindo pelo relato de Gisele, a adolescente relata seu sofrimento por não se enquadrar no padrão de beleza imposto pela mídia, ressoando negativamente em sua autoestima e nas relações afetivo-sexuais:

> *É muito... é muito assim... mas... sempre fica mais na paquera. É difícil assim algum menino... porque geralmente assim os que chega pra mim, pra ficar, não são tão bonitos, não são tão interessantes. Tipo assim, nem é pela beleza, mas às vezes não tem um papo legal, num tem uma coisa assim... acho que o principal é se não tiver papo legal, num dá. Num tem. Se não tiver... se for uma pessoa que tem um papo, que conversa aí é... aí é muito bom. .... Mas muitas vezes eu acho que eu... é porque*

> *eu sinto que é porque eu sou uma pessoa feia, sei lá. .... Eu acho. Nossa! Eu queria ser diferente. O cabelo, tudo! O rosto, eu queria ser outra pessoa. Sei lá... eu acho que eu num atraio. Não tenho... num atraio. Num tenho o poder de atrair os outros. .... É o físico, eu acho que é um conjunto. Porque assim, se aparecer uma menina, uma menina assim... às vezes ela nem é tão bonita de rosto assim, só que ela tem um cabelo grande, bonito, ela tem um corpo bonito. .... Queria ter mais bundão, peitão, tudos esses atributos assim... chamaria mais atenção.*

O padrão de beleza imposto pela mídia na realidade brasileira é da mulher com curvas bem definidas, nádegas e seios grandes e bem delineados, além de corpos bronzeados. No entanto, grande parte das mulheres não apresenta este padrão estabelecido, mas para se adequarem a esta imposição, são vendidos muitos produtos e procedimentos, sendo intensamente estimulado que as mulheres façam de tudo para adquirir este padrão de beleza a ser vendido.

Gisele mostra o seu sofrimento por não se enquadrar neste padrão, atribuindo à sua forma física, a dificuldade nos relacionamentos afetivo-sexuais. Desta maneira, demonstra vivência inautêntica e carregada de sofrimento pela necessidade imposta socialmente de se perseguir ser alguém que não é e possuir um corpo que não lhe pertence.

Outeiral (2008) afirma que na pós-modernidade ocorre a valorização da aparência, de maneira que o elevado número de cirurgias plásticas realizadas denota a cultura narcisista vivenciada, influenciando principalmente os adolescentes. E Lira (2010) complementa que atualmente, no Brasil, há um culto ao corpo, sendo um dos países que mais realiza cirurgias plásticas por ano. Segundo a autora, o "padrão de beleza de seios fartos, que era próprio da cultura americana, tem levado adolescentes brasileiras a pedirem aos pais algumas gramas de silicone como presente de aniversário" (Lira, 2010, p. 22).

Prosseguindo em seu mundo vivido dos relacionamentos afetivo-sexuais, a adolescente relata sobre a virgindade:

> *Sou virgem. .... eu sou muito nova ainda. .... porque os princípios que eu aprendi com a minha mãe... minha mãe assim... ela sempre me ensinou: Não, você tem que casar virgem. É uma coisa! Hoje em dia é outra coisa! Mas ela me ensinou isso. Então assim... é meio complexo isso, sabe? Porque os meninos de hoje, é difícil você controlar os meninos de hoje. Porque... eles num... não perdoam não, ninguém. Mas é uma coisa que se eu falo não é não. Só se eu mudar de ideia, só se eu gostar muito da pessoa e rolar. (risos) Vamos esperar pra ver.*

O conflito de ideologias e valores mostra-se muito claro neste relato de Gisele: a moral tradicional e religiosa ou a moral atual da pós-modernidade? Frente a este

embate, Gisele decide adiar a decisão e diz que prefere seguir com a vivência da vida para depois decidir. Além disso, atribui aos meninos o desejo e a pressão pela realização da pressão sexual, demarcando as relações de gênero, de forma que, segundo Carvalho (2010), entre os(as) adolescentes, os meninos se sentem mais à vontade em falar sobre sexo do que as meninas.

Categoria 4: Horizontes das vivências de sentimentos dolorosos

Gisele relata sobre seu sentimento de vazio:

> *...eu ainda sinto falta de alguma coisa, sempre fica um vazio de algo que eu não sei, que nunca preenche. É uma coisa que nunca preenche, um vazio que parece que vai sempre ficar aquele vazio, aquele... assim... eu sinto às vezes muito... eu acho que deixa carente. Deixa um pouco de carência.* **....** *As pessoas falam assim: 'Ah, você tem que ver a vida de outro jeito. A vida é tão boa. Não sei o que.' Só que... só se for pra você, porque... eu não to vendo essa coisa boa, essa coisa de... da vida maravilhosa, da vida perfeita. Porque perfeito não existe. Eu não vejo essa vida boa, essa vida alegre que todo mundo vê.*

V. Moreira (2002) e Tatossian (1979/2006) explicam que para a compreensão fenomenológica das psicopatologias devemos levar em conta uma conjunção de fatores: biológico, histórico-cultural e vivências relacionais ao longo da vida. Desta forma, em suas experiências mundanas, Gisele vivencia conflitos nas relações intrafamiliares e na escola, bem como entre a ideologia religiosa e tradicional *versus* contemporânea, acarretando intenso sofrimento à adolescente, os quais ela descreve como carência e vazio interno. Assim, compreendemos que o sofrimento de Gisele é produto de suas relações e da cultura atual contrastando com a religião a qual ela frequenta.

Na busca pelo alívio de seu sofrimento, Gisele procurou atendimento médico psiquiátrico e, a seguir, ela relata sobre seu tratamento:

> *Eu acho assim, eu acho que talvez seja o medo de tipo... melhorar... ...talvez seja o medo de melhorar e ser abandonada, tipo, abandonada pelas pessoas, abandonada... porque quando você ta doente você tem as pessoas, todo mundo ta ao seu redor, ta te ajudando, mas e quando você não ta? Aí as pessoas sabem que não ta... as pessoas sabem que você não ta tão precisando da ajuda delas. Então aí tipo assim, que nem, mesmo, se eu melhorar, vamos supor, se eu me curar, vamos supor, eu vou poder... eu... ela... as pessoas.... aí a médica vai ver que eu já to bem e vai poder já me dar alta. .... Então... aí eu vou perder muita coisa de uma vez por todas e eu tenho muito medo dessa coisa de perda. É uma coisa muito... que vai... que parece que mexe muito, que dói muito, que dói. Então essa coisa de perda é uma coisa que me assusta. Então acho que talvez seja isso.*

Ao procurar o médico pelo sofrimento emocional, Gisele recebe acolhimento e uma promessa de melhora para sua dor, proporcionando o estabelecimento de um vínculo. Além disso, por receber um diagnóstico médico, ela fica marcada como uma doente que precisa de cuidados, obtendo, assim, maior atenção das pessoas de convívio. Desta forma, estes cuidados e atenções acabam por preencher, mesmo que por alguns instantes, o sentimento de vazio e solidão que ela sente.

Perfil do colaborador Fernando

Fernando, 15 anos, sexo masculino, classe socioeconômica B2, reside em uma pequena cidade do interior de São Paulo e diz ser católico praticante. Mora com os pais, que são amigados, e com quatro irmãos, sendo três homens e uma mulher. Seu pai trabalha como caminhoneiro e sua mãe como cuidadora de uma senhora idosa, bem como gestora de seu próprio lar. Está cursando a 6ª série/7º ano do Ensino Fundamental e trabalha voluntariamente em uma fazenda, referindo que faz esta atividade para não ficar em casa.

Fernando é um rapaz alto, magro, com um jeito bastante tímido e com postura curvada para baixo. No contato, o adolescente falava olhando para o chão, mas transmitia muita simpatia. Veio acompanhado de sua mãe que se mostrou bastante interessada na participação do filho na pesquisa.

Fernando relatou, no geral, bom contato familiar, mas frisou sentir falta de maior proximidade com o pai, que é caminhoneiro e passa muito tempo longe de casa. Além disso, relata sobre o sofrimento pela falta de convivência com seu irmão mais velho que está preso por destruição de patrimônio público – segundo Fernando, seu irmão estava envolvido com outros rapazes que quebraram um orelhão e cometeram furto, sendo que todos do grupo foram acusados e condenados.

Conta que desde criança até pouco tempo atrás era muito agitado, bagunceiro e brigão, mas que agora, com o tratamento está mais calmo. Neste sentido, seus relacionamentos sociais sempre foram conturbados, sendo que se envolvia em brigas e confusões. Mas atualmente referiu estar mais tranquilo e frequenta uma fazenda com os amigos, todos os dias, para ajudar nos cuidados dos cavalos – atividade que ele menciona gostar muito e sentir-se muito bem.

Quanto aos relacionamentos afetivo-sexuais, conta que está ficando com uma menina, mas não pensa em namorar porque não quer perder sua liberdade.

Foi encaminhado para tratamento psiquiátrico pelo fato de ser muito nervoso, ao ponto de chegar a ameaçar matar uma pessoa. Atualmente, com as medicações refere estar bem mais calmo e controlado. Suas Hipóteses Diagnósticas segundo o prontuário médico são: Transtorno de Conduta a esclarecer (TC), Transtorno Desafiador e de Oposição (TDO), Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Categoria 1: *Mundo-da-vida* na infância nos horizontes das relações intrafamiliares

Sobre a infância, Fernando relata que:

> *Quando eu era criança, eu era vixe bem diferente. Antes eu fazia bagunça, xingava. Agora hoje eu sou tranqüilo.* [pausa] *Ah, antes nóis... brincava, brigava, agora nóis vai pra roça.*

Fernando relembra de seu mundo vivido na infância como um momento de muitas brincadeiras e bagunças, bem como momentos de discórdia com xingamentos e compara com a adolescência, que, além de brincadeiras, também tem o trabalho.

De acordo com E. Barbosa (2003) a criança como um *ser-em-relação*, vai se construindo nas relações que estabelece com membros familiares e da comunidade na qual convive. Desta forma, segundo a autora, mantém-se em constante negociação com os pares, com os quais se identifica, brinca, interage e vai significando suas experiências. Este processo continua na adolescência, mas, segundo L. Melo (2005), com a puberdade e o desenvolvimento cognitivo e psíquico, ao(à) adolescente é atribuído cada vez mais responsabilidades, bem como novas exigências de trabalho ou aprimoramento nos estudos, em direção à identidade adulta.

Nas vivências dos relacionamentos intrafamiliares, Fernando menciona a relação com o pai:

> *Meu pai sempre viajou, desde quando meu irmão era pequeno, sempre viajava. Quando ele vem de final de semana, de semana, a gente se vê. .... É bom ai... a gente sai, dá uma volta aí... cunversa...*

Já, com a mãe:

> *É bom. Normal. .... Não, agora nóis num briga, num discute. Antes ela brigava porque eu era muito irritado, mas agora não, agora é normal. Nóis conversa. Eu conto... eu falo o que passa na escola cada dia que eu vou. Ela fala... Não cobrando, falando que eu não tenho que fazer as coisas errada na escola. .... Eu vou dormir*

com ela de noite. .... Na hora que eu to chegando da escola ela ta chegando junto. E ela faz janta e nóis vai... nóis entra no computador e vai jogá videogame. Depois que janta aí nóis assiste a novela e depois vai dormir.

E com os irmãos:

Saio com eles de vez em quando. Mas eu quase nem vejo eles. Um trabaia, outro estuda em outro horário. E tem um que ta preso. .... Nossa senhora! Sinto falta dele...

Segundo V. Moreira (2002) o vínculo familiar, bem como a educação e a cultura, são muito importantes para o desenvolvimento sadio dos filhos e está relacionado à qualidade de sua saúde mental. Contudo, de acordo com a autora, as dificuldades socioeconômicas e os problemas sociais exercem grande influência nas vivências do *ser-no-mundo*, contribuindo para o desenvolvimento de patologias psíquicas.

Nesta direção, compreendemos que o mundo vivido nos relacionamentos intrafamiliares de Fernando mostrou constituir-se de vivências de afeto e cuidado, principalmente com a figura da mãe, mas também de sentimentos de ausência paterna e distância no contato com os irmãos, acrescendo-se o fato de vivências de problemas sociais e de conduta pelo convívio com um de seus irmãos que está preso. Todas essas experiências fazem parte do mundo vivido de Fernando influenciando-o em seu desenvolvimento.

Categoria 2: *Mundo-da-vida* nos Relacionamentos Sociais

Sobre os relacionamentos sociais, Fernando conta de confusões e envolvimento em brincadeiras inadequadas, que foram interpretadas como sérios problemas, chegando a ter um boletim de ocorrência contra si e uma expulsão da escola:

...eu tenho passagem pela polícia. .... Ah, um dia lá, empurraram eu aí... a inspetora tava de costas e eu bati no pé dela lá, mas ela falou que eu chutei. Bateu o sino, tava todo mundo muntuado, saiu correndo. Empurraram eu. .... Aí ela levou... fez boletim de ocorrência. .... Um dia lá nóis, nóis brincando lá e o muleque pegou o extintor e jogou pra cima e aí explodiu, pegou... saiu aquele pó e aí ele falou que era eu, só porque eu tava do lado, nóis tava brincando de bola e os muleque pegou e jogou pra cima. Eu lembro direitinho, ainda espirrou um pouco em nóis. Jogou pra cima e eu era o que tava mais sujo daquele pó e ele falou que foi eu. .... E aí eu fui expulso. Aí eu fiquei um tempo parado, da metade do ano pra cá eu fiquei parado e agora eu voltei em fevereiro. E o promotor de lá mandou eu estudar nessa escola que eu to.

Os comportamentos de chutar, mesmo que não intencionalmente, e jogar extintor para cima, quebrando-o, mesmo que ele refira somente fazer parte da turma, são considerados graves e foram punidos severamente. Desta forma, o mundo vivido dos relacionamentos sociais de Fernando apresenta experiências de atos considerados desviantes, envolvendo prejuízos ao patrimônio alheio e à integridade física do outro, necessitando de punições.

Foucault (1975/1987) desenvolveu o tema da disciplina, da história até a atualidade, presente em todas as sociedades e, principalmente, nas escolas. Falando sobre a ação normalizadora, ressaltou que:

> ...a disciplina traz consigo uma maneira específica de punir, e que é apenas um modelo reduzido do tribunal. O que pertence à penalidade disciplinar é a inobservância, tudo o que está inadequado à regra, tudo o que se afasta dela, os desvios. É passível de pena o campo indefinido do não conforme... (p.149)

Jost (2010) complementou afirmando que o adolescente em conflito com a lei, encaixa-se em uma dupla situação de exceção: biopsicossocial e jurídico. A primeira, porque o adolescente está vivenciando um período conturbado em seu desenvolvimento pelas intensas transformações, contradições e ambivalências. Já a segunda está relacionada ao fato de seu conflito mostrar-se estendido para além de si mesmo e de seu meio social, pois está em conflito com a lei. No entanto, pela transgressão das regras legais, o adolescente é punido e, muitas vezes, excluído do meio social, contribuindo para prejuízos na constituição de sua identidade. Com isso, a autora chama atenção para necessidade de atenção para estes adolescentes, buscando-se outras formas de cuidado que auxiliem em seu desenvolvimento.

Além disso, é importante ressaltar a presença dos comportamentos violentos dentro da escola, bem como a ausência de liderança e limite por parte das autoridades escolares, contribuindo para prejuízos no processo pedagógico. Nesta direção, Paula e Kodato (2010) afirmaram que a violência escolar é um fenômeno complexo e preocupante, e os professores, na maioria das vezes, não se sentem capazes de mediar os conflitos diários, as agressões e os episódios de indisciplina, afetando diretamente o ensino pedagógico.

Categoria 3: *Mundo-da-vida* nos Relacionamentos Afetivo-Sexuais

Inicialmente, falando sobre namoro, Fernando, de imediato, diz que:

Ah, agora eu não penso nisso não.

No entanto, sobre outras modalidades de relacionamento, como o ficar, o adolescente conta sobre uma menina com quem tem mantido encontros constantes e também explica o motivo pelo qual não pensa em namorar atualmente:

> *Ah... ela que chegou ne mim. Meu amigo que falou pra mim. Ela falou pro meu amigo que falou pra mim. Aí eu fui lá ficar com ela. ..... Não, quase todo dia eu fico com ela..... Eu falei pra ela que eu não quero namorar não. .... Ah, a gente não pode nem sair. .... porque começa namorar aí de sábado e domingo tem que ficar atrás de muié. Eu não. Eu gosto de ir pra roça, gosto de andar pra roça. Lá nóis faiz de tudo! Ah, tudo! Eu tiro leite, ando de cavalo, faz tudo lá.*

Desta forma, o namoro para Fernando é visto como um compromisso limitante, de maneira que ele prefere manter uma relação com menos compromisso, como o "ficar" e ter sua liberdade de ir para a roça e se divertir. Nesta mesma direção, Soares, Amaral, Silva e Silva (2008) afirmam que, em sua pesquisa, encontraram que os adolescentes do sexo masculino apontaram o namoro como fonte de dor, sofrimento e preocupação, associando este tipo de relacionamento à sensação de aprisionamento, bem como fonte de preocupação e ciúmes, preferindo manter relacionamentos menos comprometedores, como o "ficar".

Categoria 4: Horizontes das vivências de sentimentos dolorosos

Motivo que levou Fernando a fazer tratamento psiquiátrico foi o descontrole de sua impulsividade, com consequente infração da lei. Assim, a seguir, segue o relato do adolescente contando sobre uma situação na qual agrediu uma professora:

> *Ah, antes era só tira eu do sério aí eu ficava irritado à toa. .... Ah, eu acho que agora melhorou pela medicação que eu tomo. .... Me ajuda a ficar mais calmo que antes eu era muito nervoso. Aí agora num me deixa fazer besteira. .... Ah, num me deixa brigar, matar um. .... Teve uma lá* [professora], *no dia que meu irmão foi preso, ela veio quere tira sarro da minha cara, eu peguei dei uma estojada na cabeça dela. .... É. Num lembro o que ela falou. Eu lembro que ela ficou falando lá... aí na hora que ela virou pra escrever na lousa eu dei uma estojada e saí correndo de dentro da sala.*

Inicialmente, Fernando conta que se irritava à toa, mas depois ele se lembra de uma situação em que se sentiu agredido verbalmente pela professora e respondeu agredindo-a fisicamente. Parece que o adolescente internalizou a regra social de não

violar a integridade física do outro, entretanto, não a cumpriu, acabando por ser levado para tratamento psiquiátrico para tentar controlar sua agressividade. E, com a medicação, Fernando passou a conseguir ter mais controle sobre sua agressividade, adequando-se assim à norma e, como notamos em seu relato, ele parece se sentir melhor desta maneira.

Segundo Foucault (1974/2006), o médico apresenta em suas mãos um enorme poder disciplinar, pois ele possui um maior conhecimento do ser humano e das medicações que agem sobre a pessoa e apresenta a licença da sociedade para exercer seu poder.

Bastos (2012) complementa afirmando que:

> Historicamente, a psiquiatria foi desenvolvida a partir da necessidade de explicar, prever e administrar a irracionalidade humana, constatada em fenômenos como a loucura, a hipnose, o transe e o comportamento de grupos. Nenhuma outra especialidade médica está tão comprometida com a ideia de um controle racional da mente numa civilização profundamente enraizada no racionalismo. (p. 4)

Além disso, compreendemos que Fernando está inserido em um contexto social conturbado e de transgressões e envolvimentos com a lei, principalmente, pelo fato de o irmão estar preso por furto e depredação de patrimônio. E V. Moreira (2002) afirmou que a realidade social brasileira apresenta grandes desigualdades sociais e violências físicas, psíquicas e morais de todas instâncias sociais – desde assaltantes a governantes – contribuem para sentimentos como insegurança e impotência, contribuindo para sintomas psicopatológicos, que, no mínimo, se somarão e reforçarão a etiologia de vários quadros clínicos.

Perfil do colaborador Renato

Renato, 15 anos, sexo masculino, classe socioeconômica B2, reside em uma cidade de médio porte do interior de São Paulo, diz ser Cristão não praticante. Mora com os pais, que são casados, e dois irmãos mais novos. Ambos os pais trabalham em um comércio próprio. Está cursando pela segunda vez a 8ª série/ 9º ano do Ensino Fundamental e não exerce atividades laborais.

Renato é um rapaz mais alto do que a média para a sua idade e bastante forte. Durante o contato telefônico, sua mãe mostrou muito interesse na participação do filho na pesquisa, enquanto o adolescente respondeu brevemente: “Tudo bem.” Pessoalmente, no primeiro contato, Renato permaneceu a maior parte do tempo cabisbaixo, curvado, mexendo no pé da mesa e respondendo de maneira quase lacônica. Com isso, o adolescente foi convidado a voltar outro dia e concordou prontamente, dizendo que naquele dia estava com muito sono. Então, no segundo contato, Renato evidenciou estar mais disposto. Seu jeito de conversar foi mais espontâneo, mas sempre olhando para baixo e mexendo com as mãos.

O adolescente relatou sofrimento em seus conflitos familiares, principalmente com o pai, que durante muito tempo foi usuário de álcool e outras drogas e apresentava comportamento agressivo para com a família.

Quanto aos relacionamentos sociais, Renato referiu compor gangues na escola e na vizinhança, sendo que, pertencendo a esta última, já realizou tráfico de drogas.

Já os relacionamentos afetivo-sexuais foram quase ausentes em seu relato. Ele apenas mencionou brevemente que quis adicionar uma menina no MSN, mas ela o rejeitou e, atualmente, ele diz não pensar em namoro.

Renato iniciou seguimento na psiquiatria pelo fato de dar duas facadas em sua própria barriga, após uma briga com o pai, referindo que sentiu tamanha raiva que se feriu para não agredir o pai. Segundo seu prontuário médico, apresenta como Hipóteses Diagnósticas: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) a esclarecer, Transtorno de Conduta (TC) a esclarecer e Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP).

Categoria 1: *Mundo-da-vida* na infância nos horizontes das relações intrafamiliares

> *Ah, eu não brincava com ninguém, eu destruía tudo os meus brinquedos. Eu cansava dos brinquedos e destruía tudo. Aí que num ganhava mais nada, aí eu só ganhava roupa. .... Na segunda série eu quase ceguei um muleque. Ele pegou meu apontador sem me pedir da minha carteira e eu fiquei muito irritado. Aí eu catei a carteira e dei na cabeça dele. .... Aí eu dei na cabeça dele e quase ceguei ele, ele teve que levar vários pontos na cara. .... Ah, a professora me mandou de férias mais cedo.*

Renato relembra suas vivências de agressividade destrutiva com objetos e com colegas no mundo vivido na infância. Desta forma, compreendemos que era por meio da ação agressiva-destrutiva que ele experienciava e se relacionava com o mundo; vale

ressaltar que este modelo de relação violenta foi aprendido pelas vivências no relacionamento com o pai, como explicitado brevemente em seu perfil e será melhor trabalhado com a próxima unidade de significado.

Segundo Oliveira, Lock, Lopes e Silva (2005) a agressividade é um comportamento emocional considerada inerente ao ser humano, sendo que, todavia, a maneira como as pessoas reagem frente à agressividade varia conforme os valores e crenças de cada sociedade. Na nossa realidade brasileira, segundo as autoras, a agressividade é aceita quando apresenta conotação de iniciativa, ambição, decisão e coragem; no entanto, quando ela se apresenta em forma de hostilidade ou sentimento de cólera é considerada ruim, sendo necessária a punição.

> Dentre os fatores que influenciam a agressividade, encontramos o meio ambiente. Geralmente, o que falta à criança é a habilidade e a capacidade para lidar com as situações aversivas do meio, o que lhe provoca inúmeros sentimentos, dentre eles, a raiva, o medo e a insegurança. Os atos agressivos também podem ser aprendidos por meio da observação de modelos agressivos. (Oliveira et al, 2005, p. 24)

Além disso, na relação com o colega de classe, observamos que a falta de diálogo acrescida à falta de limites e controle por parte dos professores contribuíram para a intensa revolta de Renato, com a atitude do colega ao pegar um pertence seu sem antes pedir permissão, resultando em uma atitude violenta e bastante comprometedora. Nesta direção, Paula e Kodato (2010) ressaltam que na educação pública brasileira é possível observar diversos atos individuais e coletivos que banalizam a violência, de maneira que, a frequência dos episódios violentos denota a ineficácia das políticas educativas voltadas para a prevenção dos conflitos.

Especificamente nas relações intrafamiliares, a seguir, Renato menciona sobre o relacionamento com os pais:

> *Não, com a minha mãe foi bom, mas com o meu pai... pelo amor de Deus, meu pai é foda! .... Com a minha mãe eu não falo nada. Não passo o tempo em casa então... minha mãe também não passa o tempo em casa, fica o dia inteiro trabalhando. .... Meu pai bebia e usava muita droga. .... Ele espancava nóis. Eu e meus irmãos. Ele batia de cinta e de pau. Machucava muito. Mas naquela época eu não conseguia me defender. Hoje ele não faz mais isso, senão... Hoje eu me defendo.*

As vivências intrafamiliares de Renato evidenciaram bom contato com a mãe, que se mostra ser a única cuidadora e maior responsável pelo lar, mas que também sofre com a violência do marido e sobrecarrega-se no cuidado da casa e dos filhos, além de contribuir com o sustento financeiro da família. Contudo, o relacionamento com o pai é

marcado por negligência, agressividade destrutiva, violência e abuso de poder; essas experiências contribuem para prejuízos no desenvolvimento de Renato, afetando negativamente o estabelecimento de vínculos e os relacionamentos interpessoais.

Com um olhar fenomenológico Sena, Boery, Carvalho, Reis e Marques (2011) afirmaram que o abuso de substâncias, principalmente, o álcool, por parte da figura paterna, acarreta graves consequências para o desenvolvimento e qualidade de vida dos filhos, os quais são os mais afetados na relação, podendo desenvolver dificuldade de comunicação, baixa autoestima, desconfiança, medo, além do elevado risco de se tornarem também alcoolistas. Desta forma, seus estudos revelaram ser caótico o convívio de famílias que possuem algum integrante alcoólatra uma vez que ele é marcado por inconsistências, fragilidades nas relações afetivas, violência doméstica, crises existenciais, além de sentimentos de ansiedade e impotência.

Os achados das autoras acima citados corroboram o relato de Renato sobre seus conflitos familiares, os quais repercutem no relacionamento com os irmãos, como veremos a seguir:

> *Ah, com os meus irmãos também é um inferno. Só fico na... na rua mesmo. Pra não ficar perto dos meus irmãos, porque meus irmãos enchem mais o saco do que todo mundo. .... Ah, eles ficam enchendo a paciência. Eles ficam testando a pessoa. Ficam enchendo o saco. Eu to dormindo e eles ligam o som no último. Ah! Aí eu vou lá e corto o fio do som pra eles não ligar mais.*

Renato enuncia sobre a falta de limites e de compreensão no relacionamento com os irmãos. Nesta relação observamos que Renato repete os comportamentos de agressividade e destrutividade aprendidos na relação com o pai, ao cortar o fio do aparelho de som na tentativa de resolver a discórdia com os irmãos. Da mesma maneira, os irmãos também demonstram o mesmo comportamento agressivo ao provocar Renato ligando o aparelho de som em alto volume quando ele dorme. Desta maneira, compreendemos que as vivências de violência intrafamiliar contribuem para o estabelecimento de relações patológicas entre seus membros, nas quais não existem tolerância nem limites, favorecendo o desenvolvimento de uma maneira agressiva e destrutiva de agir no mundo, prejudicando os relacionamentos.

Nesta direção, Oliveira et al (2005) afirmam que os conflitos nas relações familiares, acrescidos à falta de afeto e cuidado favorecem à inadaptação da criança ao meio e contribuem para o desenvolvimento de comportamentos agressivo-destrutivos por parte da criança.

Categoria 2: *Mundo-da-vida* nos Relacionamentos Sociais

Renato enuncia sua preferência pelos relacionamentos sociais via internet:

> *Ah pela internet. Eu não conheço o povo, aí fica melhor. O povo não fica me enchendo o saco. .... Ah, é diferente que o povo não fica me enchendo o saco. Não vai me chamar de manhã quando eu to dormindo.*

Os relacionamentos sociais via internet possibilitam a Renato um maior controle, sendo que ele pode decidir quando deseja o contato ou não, de maneira que quando não mais desejar, basta desligar a conexão. Ademais, também é possível controlar o grau de intimidade das relações virtuais, pois depende dele próprio o quanto ele deseja se expor e o quanto deseja adentrar ao mundo do outro.

Bauman (2008) chamou atenção para o fato de que o advento das relações virtuais faz com que as ligações entre as pessoas sejam mais breves e banais, sendo que: "centradas no negócio à mão, estão protegidas da possibilidade de extrapolar e engajar os parceiros além do tempo e tópico da mensagem digitada e lida" (p. 82). Além disso, os contatos pela internet exigem menos tempo e esforço tanto para serem estabelecidos quanto para serem rompidos.

Outro ambiente em que as relações sociais são estabelecidas é na escola. Neste local, Renato descreve seus relacionamentos da seguinte maneira:

> *Eu sou o maior. Todo mundo é pequeno. .... Todo mundo me conhece na escola, eu domino tudo por lá. Eu tenho uma gangue. Eu que criei essa gangue e eu sou o chefe. Todo mundo me segue. .... Pra entrar na gangue tem que brigar pra mostrar que merece. E quando alguém enche o saco os moleque vai lá e bate. Ou se enche o meu saco, eu mesmo vou lá e bato. Aí, como a gente sempre ta junto, tudo a culpa sempre cai em cima de mim, mas nem sempre sou eu que faço as coisas. Teve um dia lá que um moleque caiu no portão e cortou toda a perna e a inspetora falou que fui eu que empurrou. Mas não fui eu não. Aí como tem câmera na escola, eu falei pra ela olhar lá e ela viu que não fui eu. Foi uma menina. Mas esses dias eu fui suspenso de novo, porque uma menina reclamou que bateram um cabo de vassoura nela, mas não fui eu. Quer dizer, pode até ter sido eu, mas não foi por querer. É que nóis tava no intervalo e pegou tudo os cabos de vassoura e começamos a rodar eles, aí pode até ser que pegou nela sem querer, mas não foi que eu quis.*

No universo escolar, Renato relata que suas relações sociais se dão em um grupo de pares, no qual ele é líder, que se associam por meio de relações de poder pela força física e pela agressividade. Nesta situação de chefe da gangue, ele se sente potente, respeitado e admirado pelos colegas.

Segundo Jost (2010):

> É por meio do relacionamento com o mundo e com os outros que o sujeito vai estruturando sua subjetividade, construindo seus valores, elaborando a concepção de si mesmo e exteriorizando seu próprio ser no mundo social, à medida que esse mundo é interiorizado por ele como realidade objetiva. (p. 100)

Neste sentido, compreendemos que Renato está se constituindo em um meio intrafamiliar marcado pela violência e agressividade destrutiva. Este modelo familiar repercute nos relacionamentos sociais, de maneira que na escola o adolescente exprimi os comportamentos violentos aprendidos e obtém poder e respeito dentre os pares. Contudo, ser chefe da gangue no ambiente escolar, acarreta em sua responsabilização pelo fracasso na organização do sistema educacional, sendo atribuído a Renato grande parte dos problemas de relacionamento e comportamento ocorridos dentro da escola.

Nesta direção, Paula e Kodato (2010) referem que, nas escolas de periferia brasileiras, a grande frequência dos episódios de violência demarca a ineficácia das políticas educacionais voltadas para a prevenção dos conflitos. Além disso, os autores ressaltam a influência da mídia na violência dentro das escolas, ao noticiar com muita ênfase os acontecimentos de homicídios e agressões físicas no ambiente escolar tanto nacional quanto internacionalmente. E, inclusive, informam que:

> Algumas explicações para a suposta multiplicação da violência nas escolas são comuns e constantes nos discursos da mídia, dos professores e especialistas: abuso e tráfico de drogas, acesso às armas, poucas opções de lazer, ausência de vínculo familiar, decadência das figuras de autoridade, fracasso escolar, professor despreparado, sucateamento do Estado, estrutura precária das escolas, currículos inadequados, democratização do ensino, dentre outros fatores. (Paula & Kodato, 2010, p.179)

Além da gangue da escola, Renato refere em seu relato também pertencer a outra na vizinhança de sua residência, a qual ele mesmo considera como "*mais pesada*":

> *Tem a gangue do meu bairro. Mas essa é mais pesada. .... Porque o pessoal rouba, passa droga. .... Já, eu já trafiquei cocaína. Só cocaína. Mas hoje eu não faço mais isso não. Eu nunca roubei, nada disso, só trafiquei mesmo. Mas eu parei porque um amigo meu foi morto e outro ta preso. Um foi morto com 19 tiros. O outro foi preso por roubo mesmo. Eu não quero isso pra mim não. Mas os caras são legais. Tudo o que eu preciso eles me dão. Bicicreta, essas coisas. Se alguém mexer comigo é só chamar eles que eles vão encarar junto.*

Nas vivências com esses colegas da vizinhança Renato se sente acolhido e protegido – sensação que não experimenta em suas relações intrafamiliares. Nesta gangue da rua, o adolescente se sente pertencente a um grupo e reconhecido em suas

necessidades. No entanto, este mesmo grupo o inclui em uma situação de risco à sua integridade física e criminalidade.

Nesta direção, Jost (2010) afirmou que os adolescentes buscam as ruas e os grupos criminosos por sentirem-se excluídos do núcleo familiar e social. Além disso, o crime se configura como uma possibilidade de concretização de desejos: ser valorizado, adquirir independência, autoafirmação e ter esperança. Desta forma:

> Nessa série de rupturas e de fragilizações de seus vínculos básicos (família, escola, vizinhança), caracterizada pela obscuridade da figura paterna e por relações marcadas pela violência e pela agressão física e simbólica, buscam a filiação, querendo estabelecer vínculos em uma estrutura que tenha sentido. Querem cuidados para as feridas abertas, buscando confiar no outro e em si mesmos e construir uma autoimagem positiva; buscam a abertura de si, na procura de encontros verdadeiros; querem certezas e referências fortes. Encontram, porém, traições frequentes, desapego, fechamento, coisificação de si, um destino traçado de cadeia e morte, armadilhas do crime, bandidos e o isolamento afetivo. Desafiliam-se e desestruturam-se, justificando outras rupturas, perpetuando o sofrimento. (Jost, 2010, pp.104-106)

Categoria 3: *Mundo-da-vida* nos Relacionamentos Afetivo-Sexuais

Falando sobre namoro, Renato é taxativo:

Ah, não me interessa, não. É só encheção de saco.

Todavia, momentos depois, ele comenta da frustração sofrida ao tentar uma aproximação com uma menina via MSN:

> *Ah, uma vez só. .... Ah, eu só passei meu MSN pra uma menina. .... Ah, ela não me adicionou. .... Ah, fiquei nada. .... Não liguei. No mesmo dia quando ela não me adicionou eu adicionei mais cinco.*

O mundo vivido das relações de Renato, de uma maneira geral, é marcado por prejuízos no estabelecimento de vínculos. Assim, ao ser ignorado pela menina que despertou seu desejo sexual, o adolescente enfrentou uma situação de frustração e rejeição afetiva, contribuindo para sua dificuldade em aproximação e vinculação. No entanto, o adolescente demonstrou responder negando o sofrimento e buscando reafirmar sua virilidade ao adicionar outras meninas no MSN.

Este comportamento de negar o sofrimento nas relações afetivas é corroborado pelo ideal cultural atual, que segundo Lins (2012), mantém resquícios da ideologia patriarcal, na qual o homem deve repudiar qualquer aspecto feminino e depreciar as mulheres, além de demonstrar força, brutalidade e virilidade.

Categoria 4: Horizontes das vivências de sentimentos dolorosos

> *A pessoa tem que viver num ambiente de calma pra ela crescer calma e ficar bem, senão não tem jeito. Em ambiente perturbado fica mal. Não dá não. Um dia a professora falou pra mim que eu sou psicopata. .... Eu acho que ela tem razão. .... Ah, é aquelas pessoa que sai matando os outros, que briga, que rouba. .... Eu quase matei um moleque uma vez. Na escola. O moleque ficava me encarando e isso me irritava muito. Até que uma vez ele jogou uma tesoura na minha testa, aí eu fiquei muito nervoso. Só que aí não deu tempo pra mim fazer nada. Aí a professora chamou meu pai na escola e ele não acreditou em mim. Ele ficou muito bravo e quando chegou em casa ficou enchendo a minha cabeça. Ele me deu 3 cintadas e pegou um pau e falou que ia me matar. Me deu um tapa na cara. Aí pra não matar ele eu peguei a faca que tava em cima da geladeira e dei na minha barriga. Mas eu queria ter matado o moleque. Queria ter socado ele e esfregado a cara dele no asfalto até matar. Mas aí eu não vi mais ele porque eu num voltei mais pra aquela escola. Mas eu ainda quero matar ele. .... Hoje eu tento me controlar. Mas eu sou psicopata e louco. Porque quando eu perco a cabeça eu não me controlo. Louco é assim. Psicopata também. Então eu tento me controlar, porque quando eu perco a cabeça não consigo. ....* [falando sobre a ajuda do tratamento] *Ah melhorar minha cabeça pra mim não me esfaquear de novo.*

Renato, em seu relato, evidencia seu sofrimento nas vivências intrafamiliares, principalmente, pela violência sofrida no relacionamento com o pai, que contribui para dificuldades nos relacionamentos sociais e no controle de sua própria agressividade. Além disso, o ambiente escolar, com as fragilidades em seu sistema, corrobora e contribui com prejuízos na autoimagem e no estabelecimento de relações desfavoráveis ao seu desenvolvimento. Assim, essas vivências mundanas favorecem a constituição de seu *ser-no-mundo* caracterizado por conflitos, falta de afeto, agressividade destrutiva e inadaptação. E Renato, em seu relato, demonstra ter consciência dos prejuízos que suas vivências intrafamiliares e escolares causam em sua vida e, com isso, ele menciona tentar se controlar, mas é muito difícil conseguir este controle sozinho.

Segundo Jost (2010) os adolescentes em conflitos com a lei:

> ...carregam no corpo as marcas das agressões sofridas e impostas; no psiquismo, as marcas das revoltas, raivas e humilhações; e, no mais profundo de seu ser, arrastam o vazio e a dor de uma vida vivida sem significado e valor. Dizem, redizem, contradizem-se. Não gostam de si mesmos, mas não conseguem se pensar de outro modo. Querem ser outros; contudo, não sabem se sobreviverão a isso. A estrutura de sua subjetividade vai se fragmentando nessa busca desesperada de um dia ser gente. (p.102)

Nesta inadaptação social e psíquica, na tentativa de encontrar uma explicação ou mesmo um nome que explique este desajuste, ao Renato foram atribuídos os nomes de

louco e *psicopata*. Nomes que incluem o adolescente em alguma categoria e que ele atribui como dando um sentido às suas vivências.

Segundo Bastos (2012, p.29), psiquiatra fenomenólogo, “dar nome às coisas é exercer algum tipo de poder sobre elas, e é em busca desse poder que as pessoas procuram o médico”. Nesta direção, de acordo com o autor, a medicina é vista socialmente como tendo poder sagrado de curar todos os sofrimentos e adequar os desajustados às normas sociais. Neste sentido, o tratamento médico pode ser visto como única saída, como um continente para as angústias de Renato em um ambiente socialmente aceito em que o adolescente pode ser compreendido e acolhido.

Perfil do colaborador Roberto

Roberto, 17 anos, sexo masculino, classe socioeconômica C2, reside em uma pequena cidade do interior de São Paulo e diz ser Católico mais ou menos praticante. Mora com a mãe, uma irmã mais velha e sua sobrinha recém-nascida. Seus pais se separaram quando Roberto tinha três anos de idade, sendo que seu pai casou-se novamente. Sua mãe é gestora do lar e recebe aposentadoria por invalidez devido a um acidente vascular cerebral que culminou com paralisia total do braço esquerdo e paralisia parcial da perna esquerda. Seu pai trabalha como funcionário em um comércio. Roberto está cursando o terceiro ano do Ensino Médio e não exerce atividades laborais atualmente, no entanto já trabalhou por oito meses de auxiliar em um supermercado, mas teve que pedir demissão porque o esforço estava agravando seus problemas físicos.

Roberto sofre de um problema congênito denominado fístula uro-vesical – como se fosse um canal aberto entre a bexiga e o intestino – e precisou passar por diversas cirurgias para o fechamento desta fístula e reconstrução de parte dos órgãos afetados. Além disso, tem um único rim, porque o segundo nasceu atrofiado, exigindo intenso cuidado e atenção constante pelo risco de comprometer o único rim funcional, visto que por conta da fístula ele apresentava constantes infecções urinárias.

Roberto é um adolescente bem magro, estatura mediana e veste-se como um dançarino de *hip-hop*. À primeira vista estava sentado, curvado para baixo e usando fones de ouvido. No contato, denotou um olhar tímido e triste e mostrou-se disposto a conversar.

Relatou que a vivência no ambiente hospitalar foi o período da vida que mais o marcou, pois desde pequeno sempre teve que frequentar muitas consultas médicas, passando por diversos procedimentos invasivos. Com isso, relatou apresentar dificuldades nas amizades, sendo "zoado" na escola pelas repercussões de seu problema físico, como: faltar muito às aulas, não poder fazer esforço físico, necessitar do uso de fraldas, entre outros.

Quanto aos relacionamentos familiares, Roberto enfatiza o quanto sua mãe é importante em sua vida, pois ela sempre esteve ao seu lado, cuidando, ajudando e procurando soluções para suas dificuldades. Já, o relacionamento com o pai é bem mais distante. Ele se separou de sua mãe quando Roberto tinha apenas três anos de idade e nunca acompanhou a trajetória de tratamentos. Com a irmã relatou uma relação ambivalente: amor e cuidado, mas muita discórdia e conflitos.

Sobre os relacionamentos sociais na adolescência, referiu ter boas amizades e fazer parte de um grupo de dança de *hip-hop* em sua cidade, com o qual realiza apresentações públicas.

Quanto aos relacionamentos afetivo-sexuais, conta que teve dois namoros breves, mas atualmente não pensa em namorar referindo que quer se dedicar aos estudos.

Pelo fato de apresentar desânimo, falta de cuidados adequados à sua saúde e pensamentos de morte, foi encaminhado pelo pediatra para tratamento psiquiátrico, onde segue com a seguinte Hipótese Diagnóstica segundo seu prontuário médico: Episódio Depressivo (ED) em Remissão.

Categoria 1: *Mundo-da-vida* na infância nos horizontes das relações intrafamiliares

Sobre a infância, Roberto relata que:

Ah, só lembro de hospital. .... Tinha que ir no médico várias vezes.

Para Roberto, o mundo vivido na infância ficou marcado principalmente por tratamentos e internações hospitalares, distante do livre convívio com os pares e familiares. Soares e Santarosa (2007) afirmam que a criança hospitalizada, mesmo que temporariamente, fica desconectada da vivência nos ambientes sociais, como família, escola, amigos, podendo sofrer rupturas ou perdas importantes das habilidades da vida

diária ao entregar-se a um viver passivo e dependente, característico da vida de "paciente".

Nos relacionamentos intrafamiliares, Roberto relata apresentar uma relação muito próxima com a mãe:

> *Ela cuidava de mim. Me levava nos médicos. A gente sempre foi muito junto. Até hoje. Minha mãe é minha vida. Ela é tudo pra mim.*

O adolescente relata vivências de intenso vínculo com a figura materna e sua importância como cuidadora e companheira, principalmente nos momentos de grande fragilidade de sua saúde.

Almeida, Rodrigues e Simões (2005) chamam atenção para o fato de que o adolescente hospitalizado sente-se só e desamparado, principalmente nos momentos de dor, sendo fundamental o apoio familiar. Neste sentido, Roberto parece ter internalizado a confiança e a presença de sua mãe, trazendo conforto nos momentos mais difíceis.

No entanto, a relação com o pai se mostra diferente:

> *Eu não ligo mais pra isso. .... Não. Ele foi se afastando aos poucos mesmo, até que hoje a gente nem se fala mais. Mas eu não ligo mais.*

A experiência do relacionamento com o pai de Roberto demarca seu gradual afastamento, culminando com sua ausência. E na tentativa de amenizar o sofrimento pela distância do pai, o adolescente procura meios de se afastar da dor.

L. Santos (2010) afirma que os padrões de gênero refletem diretamente na distribuição de funções intrafamiliares, sendo que, em sua maioria, as mães assumem praticamente toda responsabilidade no cuidado do filho deficiente. Já, segundo a autora:

> Ao nascer uma criança com deficiência, os homens, no exercício da paternidade, em sua maioria, os(as) rejeitam conscientes e/ou inconscientemente, bem como rejeitam suas mulheres-mães. Os pais idealizam seus(as) filhos(as), os imaginam saudáveis, e não cogitam a possibilidade deles/as nascerem deficientes. (L. Santos, 2010, p.3)

Nesta direção, compreendemos que a mãe, com sua presença física e emocional e sendo a única responsável pelo cuidado do filho, contribui para auxiliar Roberto no enfrentamento das situações vivenciadas e no desenvolvimento. No entanto, o adolescente carrega um sofrimento pela ausência da figura do pai, mas que ele tenta amenizar demonstrando conseguir conviver, apoiando-se no forte vínculo estabelecido com a mãe.

Já no relacionamento com a irmã, Roberto relata que:

> *Ah, ela é uma chata. Só briga comigo. .... Ah, é porque eu bagunço toda a casa. .... Ah, eu não gosto de ver tudo arrumado. Me dá uma coisa ruim quando eu vejo tudo arrumado. Aí eu bagunço. E aí ela briga comigo. Ela fica falando o tempo todo na minha orelha, aí me irrita. .... Ligo o som alto ou ponho o foninho no ouvido e ouço música.*

Em meio às experiências de doenças e necessidades de hospitalizações de Roberto e sua mãe, acrescidas pela ausência da figura paterna, compreendemos que a irmã demonstra auxiliar nas tarefas domésticas, contribuindo para a organização e o cuidado do ambiente residencial. Contudo, o sofrimento de Roberto, com suas vivências de doença e ausências, se mostra expresso na sua relação com os objetos concretos, de maneira que ele sente a necessidade de desorganizar para sentir-se vivo, o que gera conflitos com a irmã.

Nesta direção, segundo Tatossian (2001) *sujeito-objeto-mundo* estão interligados em relação e compõem o vivido expresso no comportamento exterior. E V. Moreira (2002) complementa referindo que o mundo sensível é a extensão do ser humano, o que lhe dá continuidade, existindo em mútua constituição. Desta forma, é na relação com o mundo que a pessoa se constitui e significa sua existência. Assim, compreendemos que as brigas com a irmã e a desarrumação da casa, expressam o desejo de Roberto de se sentir vivo, uma vez que pela necessidade de cirurgias e hospitalizações ele passa muito tempo ausente do mundo cotidiano e distante das relações.

Categoria 2: *Mundo-da-vida* nos Relacionamentos Sociais

Roberto relata sobre sua dificuldade em fazer amizades na infância, principalmente no ambiente escolar:

> [Na escola] *O pessoal me zoava muito porque eu era doente. .... Ah, era ruim. Aí eu chorava, passava mal, aí eu voltava pra casa. Às vezes eu passava mal também e tinha que voltar pra casa, como teve um dia que a bolsinha de colostomia, sabe? Vazou. .... Ah, tinha os vizinhos, que já conheciam meu problema e não ligavam. Então com eles eu brincava.*

Na relação social mundana, Roberto relata experiências de estigmatização por apresentar um problema físico e o consequente sofrimento de *bullying* por parte dos colegas no ambiente escolar, dificultando seu aprendizado e contribuindo para aumentar seu afastamento do convívio comum na escola.

O estigma, segundo V. Moreira e A. Melo (2008, p.308) ancoradas na teoria de E. Goffman, é caracterizado como a "identificação que um grupo social faz de uma pessoa (ou um grupo de pessoas), a partir de algum problema físico, comportamental ou social que é percebido como diferente", com consequente intolerância e discriminação, acarretando intenso sofrimento ao estigmatizado.

Ademais, a estigmatização é muito frequente no ambiente escolar e caracteriza o *bullying.* Este, segundo Antunes e Zuin (2008), faz-se muito presente em nossa sociedade atual, pois vivemos em uma época em que a barbárie é a condição de existência da própria sociedade capitalista, na qual aquele que apresenta características diferentes do preconizado como modelo ideal, é tratado de maneira preconceituosa e acaba sendo excluído e punido severamente, por meio de violência física e/ou psicológica. Bandeira e Huiz (2010) complementam afirmando que crianças e adolescentes que sofrem *bullying* costumam se sentir mais vulneráveis, com intenso medo e vergonha, que contribuem para baixa autoestima.

Já, na adolescência, Roberto obteve ganhos com os procedimentos médico-cirúrgicos, que controlaram seu problema físico, contribuindo para que ele possa ter mais liberdade de movimentos. Com isso, ele pôde se inserir em um grupo de dança e fazer novas amizades, como ele relata a seguir:

> *Tenho poucos* [amigos], *o resto é colega mesmo. .... Ah, a gente conversa, anda de moto, vai pra festas. .... Ah, a gente conversa, dança. Tem um grupo de dança lá na minha cidade. .... Danço. .... Ah, a gente dança mais street dance, sabe?*

No mundo vivido de relacionamentos sociais na adolescência, Roberto inseriu-se em um grupo de dança, encontrando um ambiente de possibilidade de identificação e relação com os pares, tão importante na adolescência para a construção da identidade adulta.

Miranda e Cury (2010) relataram que a busca por identificação em grupo na adolescência está relacionada à tentativa de se sentir mais real ao encontrar uma possibilidade de identidade. Especificamente os grupos de *hip-hop*, segundo as autoras, são considerados uma rede de comunicação intercultural, que por meio de atitudes, linguagem e vestimentas específicas, integram às experiências individuais possibilitando reflexões acerca de questões sobre desemprego, violência policial, exclusão social, econômica e preconceitos.

Neste sentido, compreendemos que as experiências de preconceitos, estigma, *bullying* e exclusão social presentes no mundo vivido de Roberto encontram espaço de

ressignificação no pertencimento deste grupo de dança de *hip-hop,* contribuindo para sua autoestima e para o estabelecimento de vínculos sociais. Assim, entendemos que Roberto apresenta uma postura resiliente, conseguindo superar suas dificuldades e as adversidades impostas pela vida, pelo convívio familiar e social.

É importante destacar o conceito de resiliência que, de acordo com Sapienza e Pedromônico (2005), apesar de existirem inúmeras definições para o termo, normalmente é relacionado ao manejo de recursos pessoais e contextuais, de maneira que a pessoa lança mão de recursos positivos para enfrentar as adversidades.

Categoria 3: *Mundo-da-vida* nos Relacionamentos Afetivo-Sexuais

Na esfera dos relacionamentos afetivo-sexuais, Roberto começa relatando sobre o primeiro beijo:

> *Ah, foi estranho. Foi meio ruim. Eu não sabia muito o que fazer. Fiquei meio perdido. Sei lá. .... Ah, o segundo já foi melhor. Aí eu já tinha tido uma experiência, já sabia mais o que fazer.*

A primeira experiência afetivo-sexual de Roberto se deu por meio do beijo, na qual ele sentiu estranhamento e despreparo, não conseguindo obter prazer. Com isso, apesar de todas as mudanças na contemporaneidade nos papéis de gênero e nas relações, Roberto demonstra estar permeado pelo modelo tradicional, advindo do patriarcalismo, que pregava que o homem deveria mostrar sua virilidade e estar preparado para a condução dos relacionamentos afetivo-sexuais. Desta forma, frente à sua sensação de despreparo, Roberto não conseguiu obter satisfação no primeiro beijo.

Esta vivência de Roberto encontra ressonâncias nos resultados das pesquisas com adolescentes de ambos os sexos de Soares et al (2008), Carvalho (2010) e Poletti e Melo (2010) que encontraram em seus relatos que, ainda hoje, os meninos são constantemente cobrados a provar sua virilidade nas relações afetivo-sexuais, mesmo com todas as mudanças nas relações de gênero, principalmente quanto ao papel masculino, que atualmente, preconiza que os homens sejam mais sensíveis e afetuosos.

Prosseguindo em seu relato, Roberto, a seguir, comenta sobre as duas experiências de namoro que teve:

> *Ah, foi bom mais não durou muito. .... Um mês mais ou menos cada. .... Ah, é que eu via que não era isso que eu queria, que não gostava tanto assim. .... É que foi assim. A primeira era assim... vamos dizer... rica. E aí teve um dia que ela desprezou um amigo meu. Aí eu terminei na hora. .... Ah, mais importante pra mim são as amizades*

> *do que mulher. ....logo depois que eu terminei com essa, um mês depois, eu comecei a namorar outra. .... Ah, eu comecei a namorar ela, mas aí eu vi que não dava certo, não gostava muito dela, aí eu terminei.*

Justo (2005), analisando sobre os relacionamentos dos(as) adolescentes na atualidade, afirma que, atualmente, há o amor confluente: mais atual, é um tipo de amor que exige correspondência e confluência de interesses e desejos, em relacionamentos negociados e duráveis até a finitude do interesse.

Desta forma, compreendemos que o *mundo-da-vida* dos relacionamentos afetivo-sexuais de Roberto denota a busca pelo amor confluente, pois ele relata relacionamentos breves, baseados na experimentação, os quais terminavam devido a frustrações e desilusões. Desta forma, o primeiro namoro marcou-se por discriminação frente à diferença de classe social; enquanto que o segundo terminou por ausência de afinidades e afeto.

Categoria 4: Horizontes das vivências de sentimentos dolorosos

> *Até o ano passado a minha mãe tinha que me dar* [o remédio] *na boca, senão eu não tomava. .... Ah, porque eu não gostava e achava que tinha que melhorar sozinho. Mas com a depressão não dá. .... Ah, depois que eu operei eu tinha que tomar remédios pra... esqueci como chama?* [esfíncter] *.... Isso. Porque eu ficava duas semanas sem ir ao banheiro. Aí tinha que fazer lavagem, mas era muito ruim e eu não fazia e não tomava remédio. Até que eu melhorei sozinho. Então eu achava que tinha que deixar que o tempo resolvia. Mas com a depressão não deu, não foi assim. Eu fui piorando. Aí eu vi que não ia ter como deixar o tempo, tava muito ruim. Então eu decidi tomar o remédio e hoje eu to melhor.*

Suas vivências mundanas expressam a sua luta contra deficiências e doenças, sendo que para vencê-las necessitava de procedimentos médicos invasivos e medicamentos. Nesta constante luta pela saúde, Roberto experienciava intensa dor emocional, de modo que tentava ignorá-la na tentativa de escapar de mais um diagnóstico e tratamento. No entanto, o adolescente referiu ser tomado pela dor emocional necessitando de ajuda para amenizá-la. Ao procurar ajuda médica, recebeu o diagnóstico de depressão.

Nesta direção, A. Melo e V. Moreira (2008, p. 60) explicam que:

> A fenomenologia da depressão está relacionada com o contexto social dos adolescentes. A depressão na adolescência, na cultura ocidental, tem aumentado devido ao conflito entre a sua necessidade de laços afetivos e a multiplicidade de situações de separação e de ruptura. As exigências da sociedade e a valorização da

> independência e da autonomia também contribuem para o aumento dos índices de depressão na adolescência.

Além disso, segundo as autoras, vivenciamos uma cultura que preconiza a felicidade e perfeição, preconizando que quaisquer formas de sofrimento devem ser abolidas imediatamente. Desta forma, as descrições da queixa depressiva dos adolescentes trazem experiências que constituem o modo como eles lidam com o que se apresenta para eles. (A. Melo e V. Moreira, 2008)

Perfil do colaborador Reginaldo

Reginaldo, 18 anos, sexo masculino, classe socioeconômica B1, reside em uma pequena cidade do interior de São Paulo. Quanto à religião disse que acredita em Deus, mas não tem uma religião, no entanto, está frequentando o Espiritismo e diz estar se sentindo bem. Mora com a mãe (que segundo Reginaldo trabalha e é a chefe da família) e com a avó materna. Concluiu o Ensino Médio e ingressou na faculdade de Jornalismo, na qual está cursando o primeiro ano e não exerce atividades laborais.

Reginaldo é um menino alto, forte e muito bonito. No contato, demonstrou estar muito disponível e disposto a conversar. Compareceu sozinho à entrevista referindo que sua mãe não conseguiu dispensa do trabalho para acompanhá-lo. Como ele já tinha 18 anos completos, teve livre acesso ao serviço psiquiátrico, sem precisar de acompanhante.

Reginaldo relata que até os cinco anos de idade não sabia quem era seu pai. No entanto, após muito questionar sua mãe sobre a identidade dele, ela contou que engravidou de um homem que morava em outra cidade, com quem não mantinha um relacionamento estável. Com a notícia da gravidez, foi pressionada pelo pai de Reginaldo a realizar um aborto, mas foi contra e chegou a mentir dizendo que não estava grávida para proteger a criança.

Reginaldo conta que sempre desejou conhecer seu pai, mas foi apenas na adolescência que ele realmente pode conhecer a identidade dele. No entanto, apesar das tentativas, Reginaldo conta que seu pai nunca quis conversar com ele pessoalmente.

Então, buscou reconhecimento da paternidade judicialmente. Foi realizado um exame de DNA cujo resultado é positivo, mas seu contato com o pai resume-se a receber um valor mensal de pensão alimentícia.

Na esfera dos relacionamentos sociais, Reginaldo conta que sempre teve poucos amigos. Sentia-se inferior aos colegas, principalmente os denominados por ele mesmo de "burguesinhos" que, segundo sua concepção, podiam estudar em melhores escolas do que ele. Além disso, sentia-se impossibilitado de ser mais autêntico nos relacionamentos por morar em uma cidade pequena, na qual, segundo ele, todos ficam sabendo sobre a vida de todos e fazem comentários pejorativos. No entanto, conta que na faculdade houve uma mudança significativa nos relacionamentos, por encontrar-se com a diversidade e o anonimato ao estudar em uma cidade diferente da qual reside.

Já na esfera dos relacionamentos afetivo-sexuais ele conta que ainda se encontra confuso quanto à própria sexualidade, mas se percebe mais como homossexual. No entanto, refere nunca ter sequer beijado alguém.

Reginaldo encontra-se em tratamento psiquiátrico devido a dificuldades com a sua autoaceitação e autoimagem. De acordo com seu prontuário médico, apresenta as seguintes Hipóteses Diagnósticas: Episódio Depressivo (ED) e Outros Transtornos de Personalidade – tipo Narcisista (TPN).

Categoria 1: *Mundo-da-vida* na infância nos horizontes das relações intrafamiliares

> *Eu moro com a minha mãe e com a minha vó. E morava um tio meu solteiro também em casa, porque minha mãe é solteira. Minha vó mora com a minha mãe e minha mãe acolheu esse irmão bêbado que morreu, faleceu é... em 2010 por beber, ele bebia demais e ele é... me perseguia muito. Sabe? Corria com faca atrás de mim, chegava bêbado, não podia assistir um filme, chegar ninguém na minha casa que ele... é... não deixava... falando aquele jeito de bêbado. E eu chegava... porque assim era muito forte... o risco de ele chegar a cair, machucar e quebrar a cabeça, cair em qualquer lugar e passar mal. Minha mãe sempre correndo atrás dele e me dava um pouco de raiva. Porque ele tirou um pouco da minha infância. Assim, atrapalhou. Tirou, atrapalhou. Até porque ele era casado, mas aí depois que colocaram ele na rua, aí ele foi morar lá em casa. Sabe, porque tem a mãe dele, aí ele foi pra lá. Mas ele já morreu. Morreu o ano passado. Morava com a gente.*

Reginaldo lembra que a infância foi um período conturbado pela presença em sua residência do tio alcoolista, experienciando sentimentos de medo e raiva, além de sentir como que se o tio "roubasse" dele a atenção da mãe. A convivência com um tio alcoolista contribuiu para identificação com uma figura masculina marcada por

descontrole e agressividade destrutiva, dificultando o *estar-no-mundo* na infância, momento de grande importância para o desenvolvimento físico, psíquico e emocional.

Nesta direção, segundo M. Silva (2003), as famílias que possuem um membro alcoolista apresentam cotidiano difícil, com sua estrutura fragilizada pela convivência constante com o estresse, além de demonstrarem inconsistência e instabilidade nas relações. Nestas famílias, as crianças sentem que sua infância "pode ter sido arruinada quer pelo comportamento da pessoa do alcoolista quer pelo prolongamento do estado de doença durante muitos anos" (M. Silva, 2003, p.15). Ademais a autora chama atenção para o fato de que em quase todos os lares de alcoolistas ocorrem maus tratos e negligência nas formas de privações precoces e agressão física e verbal.

Prosseguindo nas vivências intrafamiliares, a seguir, Reginaldo relata sobre seu relacionamento com a mãe:

> *Eu sempre fui muito dependente emocionalmente dela. Muito dependente! É... tinha uma colega de escola dela que brincava assim: Ah, você vai mamar agora?! Porque eu já era grande, tinha uns 12 anos. Assim, precisava dela pra tudo, dependia dela pra tudo, eu ouvia muito sim. E... hoje eu ouço alguns não, então tem dia que eu fico muito chateado, mas sempre foi de muito carinho. Ela sempre foi uma mãe muito liberal. E eu acho que isso me fez ser uma pessoa pelo menos mais feliz hoje, no sentido de eu ter a minha opinião, eu ter, tomar minhas decisões.*

Sobre a família, Rosas e Cionek (2006) explicam que é neste ambiente de relação que ocorrem os fatos mais expressivos da vida, como a descoberta do afeto, da subjetividade, da sexualidade e da formação da identidade. Se a criança experimenta um ambiente intrafamiliar hostil e desequilibrado, seu desenvolvimento físico, mental e emocional pode ser seriamente afetado.

Nessa direção, compreendemos que, no caso de Reginaldo, as experiências de separação/rejeição precoce por parte do pai, juntamente com as vivências conflituosas com o tio, contribuem para os sentimentos de insegurança e medo, sobrecarregando a mãe, em quem Reginaldo acabou por se apoiar firmemente, desenvolvendo intensa dependência. Atualmente, o adolescente relata momentos em que a mãe coloca limite em seu comportamento, o qual Reginaldo compreende que o auxilia em sua constituição, na autonomia e no discernimento das situações.

Prosseguindo em seu relato, Reginaldo, a seguir, conta que, na relação com a mãe, além do afeto e da dependência, também existia revolta e o desejo de que ela proporcionasse melhores condições de estudo para ele:

> *Teve um período que eu fui muito rebelde com a minha mãe, porque eu achava assim que ela poderia ter feito mais, melhor, é... a maneira como ela me tratou, seja me colocando, julgando ela, porque que ela não me colocou numa escola particular? É... que os burguesinhos fazia na cidade vizinha. Porque que... Porque isso, contribuiria hoje pra eu tar numa faculdade muito melhor e tranqüilo em relação a isso, porque é uma coisa que me deixa muito frustrado estudar na* [nomeia a faculdade em que estuda], *estudar num ensino fraco que tem pra área, né.... E eu faço porque dá. Eu fico muito triste.*

Por sermos um *ser-em-relação* com o outro e com o mundo, compreendemos que essa revolta de Reginaldo com a mãe reflete a sociedade competitiva de mercado em que se encontra inserido, de maneira que ele se sente pressionado a *ter* as mesmas condições de estudo que outros meninos da sua vizinhança, denominados por ele de *burguesinhos*, que estudavam em escolas particulares, as quais, no Brasil, em geral, apresentam melhor qualidade de ensino do que a escola pública. Assim, Reginaldo cobrava da mãe, responsável pelas finanças, ensino em colégio particular pelo qual ela não podia custear.

Sabemos que a qualidade do ensino é muito importante, mas a dedicação e o interesse do aluno também fazem grande diferença para o aprendizado e na busca por um futuro melhor. Todavia Reginaldo denota estar imerso no padrão de cultura atual em que *ter* é mais importante do que *ser* e sofre e se revolta com isso quando sua realidade financeira impera demarcando suas limitações. Assim, Reginaldo sente-se inferior aos colegas que podem ter um ensino de melhor qualidade, o que demonstra que ele transfere para a esfera escolar seu sentimento de inferioridade, de maneira que, para ele, estar em uma escola que ele nomeia como inferior é ser inferior.

Segundo Bauman (1989, citado por Giddens, 2010):

> As necessidades individuais de autonomia pessoal, autodefinição, vida autêntica ou perfeição pessoal são todas traduzidas na necessidade de possuir e consumir bens oferecidos no mercado. Essa tradução, no entanto, faz parte da aparência de valor de uso de tais bens, e não do próprio valor de uso; como tal, é intrinsecamente inadequada e em última análise conduz à autoderrota, levando ao alívio momentâneo dos desejos e à frustração duradoura das necessidades. (p.183)

E Lira (2010) complementa afirmando que o meio socioeconômico, familiar, histórico e cultural no qual o adolescente está inserido influenciará em sua constituição de *ser-no-mundo*. Desta forma, segundo a autora, ninguém é autossuficiente, de maneira que a pessoa só pode existir em sua relação com o mundo. E vivemos em um mundo no qual o sistema econômico é totalmente voltado para o consumo, impondo que sejam

adquiridos os melhores produtos, a melhor educação, as melhores tecnologias, entre outros, que acabam por escravizar as pessoas no consumismo.

Nesta direção, a pressão por *ter* está relacionada ao fato de que a mercantilização é insidiosa e o projeto do eu pode tornar-se pesadamente mercantilizado, pois não só os estilos de vida, mas também a autorrealização é empacotada e distribuída segundo os critérios do mercado (Giddens, 2010).

Seguindo em seu relato, Reginaldo, a seguir, realiza uma reflexão e enuncia sobre seu arrependimento de ter cobrado a mãe, frente à possibilidade de perdê-la:

> *Hoje ela ta doente. Deu aneurisma. Acabou! Eu to sem mundo! Eu to sem chão! Eu to me empurrando! Eu to na faculdade empurrado, to indo estudar empurrado. Eu assim chorei muito! Eu assim... meu pai, meu avô, pai dela, morreu de aneurisma, morreu porque tinha fortes dor de cabeça e eu to assim com muito medo de perder ela. Muito medo! Então assim, aquela coisa hoje assim, vai dando um arrependimento a mais de ter muitas vezes cobrado ela, até porque ela é a única pessoa, ela é meu pai, minha mãe, meu amigo. Ela é a única pessoa que eu poderia conversar e pedir alguma coisa pra que... então eu ficava muito no... Mas ela sempre ficou no meu pé pra mim estudar, mesmo na escola pública que tem lá em* [cidade em que mora], *ela ficou sempre assim é... me estimulando ao máximo pra mim estudar, aproveitar o estudo. Eu nunca... ficava mexendo pra lá, queria brincar, eu queria é... outras coisas, nunca queria compromisso, deixava as coisas pra última hora, até hoje eu deixo muita coisa pra última hora e isso me deixa muito... é... aflitoso. Tipo trabalho de faculdade, deixo tudo pra depois e eu preciso corrigir isso.*

Compreendemos que frente à doença da mãe, Reginaldo se dá conta de que ela é seu ponto de referência, é quem cuida dele, quem se importa e se preocupa com ele, pois seu pai sempre foi uma figura ausente. E, com isso, ele percebe o quanto ele estava transferindo para a mãe sua frustração por não poder ter uma condição financeira melhor que, na concepção dele, faria com que ele pudesse estudar em uma escola melhor e, consequentemente, fosse uma pessoa melhor.

Sobre a relação dos adolescentes com os pais, Sobrinho (2010) afirma que a adolescência é um período conturbado, permeado por conflitos entre pais e filhos devido a todas as mudanças que acontecem nesta fase da vida, tanto para o(a) adolescente quanto para os pais. Contudo, Thurler (2006) chama atenção para as consequências prejudiciais da ausência da figura paterna na construção da identidade do(a) filho(a), recaindo maior responsabilidade para a mãe, que acaba por assumir todos os deveres parentais.

Na relação com o pai, Reginaldo relata que:

> *É, na infância... Eu via na televisão, assistia Carinha de Anjo, assistia novelinhas de criança e sempre tinha uma figura paterna e eu questionava a minha: Ué? Quem*

que é meu pai? Eu não me lembro muito bem dessa época, mas eu me lembro de algumas cenas que eu... do dia que eu vi a foto dele. ....eu via a foto dele e achei tipo que ele era... ele era feio, não parecia comigo. Realmente eu não conheço ele muito bem, eu nunca ouvi a voz dele, eu não sei dizer dele direito. Na época ele tinha barba. .... Ah no começo foi muito triste, porque eu... eu sempre quis um pai. Sempre quis... é... eu fico imaginando o Wiliam Boner, eu queria ter um pai igual a ele, um pai perfeito, um pai rico, um pai famoso, um pai bonito, um pai carinhoso, um pai que todo filho queria ter, perfeito. E eu ficava... se eu tivesse um pai assim, talvez eu tivesse tido mais oportunidade é de ficar com tranqüilidade, de lazer e eu não tive isso. E isso me dá muito pesado, poderia ter me propiciado muitas coisas. Inclusive meu pai tem essas situações. E isso me frustra, porque enquanto a filha dele vai poder desfrutar disso, como aconteceu, eu... tipo... fico em casa, triste, me sinto rejeitado, culpado talvez.

Compreendemos que o mundo vivido nas relações intrafamiliares da infância de Reginaldo mostrou-se marcado pela presença da pessoa real da mãe e imaginária do pai. Desta forma, o adolescente enuncia que, devido à ausência da pessoa real do pai em sua vida, construiu uma imagem de pai perfeito, em quem ele pudesse se identificar e se espelhar, além de ser alguém que realizaria todos os seus desejos. Contudo, quando ele viu a foto da pessoa real do pai, e esta não correspondia com a qual tinha sonhado, Reginaldo frustrou-se.

Desta forma, como somos um *ser-em-relação* e nos constituímos na relação com o outro e com o mundo, dentro de um contexto histórico, social e cultural (V. Moreira, 2002), entendemos que Reginaldo mostra-se diretamente influenciado pela mídia televisiva, que prega como ideal um modelo de pai perfeito, carinhoso, presente, cuidador e provedor. Entretanto, este modelo ideal não corresponde à figura paterna real, que apresenta suas imperfeições e, inclusive, em muitos casos, não se faz presente na vida dos filhos.

Nesta direção, Thurler (2006) chama atenção para a realidade brasileira, na qual a taxa de não-reconhecimento paterno sobre o(a) filho(a) chega à média de 25% dos nascimentos de crianças por ano. Com isso, a autora afirma que está aumentando cada vez mais o número de processos na justiça para obtenção deste reconhecimento por parte do pai, com o auxílio da nova tecnologia de exame de DNA.

Na unidade de significado seguinte, podemos observar que não foi só a diferença na imagem física do pai que o frustrou, mas o adolescente também enuncia a dor por não poder ter um contato pessoal com o pai:

Aí a gente entrou na justiça tentando é... um reconhecimento afetivo, é uma reconciliação afetiva, um pedido de tutela. E não deu certo .... o combinado, o acordo foi só a pensão alimentícia, não tinha nada de visitação, de encontrar e eu

não sei, ele podia ter pelo menos essa reunião pra mim ver quem é ele. .... Eu queria me aproximar dele de qualquer forma, pra pelo menos conversar, vê o que que... Mesmo se ele disse assim: "Olha, não quero contato com você." Tudo bem. Mas eu queria ouvir isso dele. .... Eu tentei contato com ele, só que ele não respondeu, não respondeu minha mãe. E aí a gente desistiu. Desistiu. Talvez seja um incômodo pra ele... .... Mas assim... eu fico pê da vida pensando neste pai real. Ele é uma grande merda, ele é causador de um monte de problemas que eu... na infância, principalmente na adolescência... mas é... além dele ser... ao mesmo tempo... eu não sei como mas... eu fico idealizando esse pai, esse pai que eu tenho. Eu fico sonhando assim com ele, como se ele tivesse... como se ele gostasse de mim. E eu fico assim na maior angústia... esse pai que é ausente. Que fica morando aqui fora... como se fosse um herói. Pudesse assim me ajudar bastante nos meus problemas.

Reginaldo demonstra o conflito de sentimentos em relação ao pai: de um lado, idealização e intenso desejo de tê-lo por perto, mas de outro, raiva, frustração e desprezo por este pai que não corresponde às suas expectativas. Desta forma, compreendemos que a ausência paterna acrescida ao sentimento de rejeição contribuem para que Reginaldo não consiga desenvolver uma identidade autêntica, pois uma parte de sua constituição, a parte do pai, não se encontra presente e real em sua vida.

De acordo com Thurler (2006), o reconhecimento paterno abarca dimensões sociais, afetivas e jurídicas, as quais são igualmente importantes para o fortalecimento da cidadania da criança, do pai e da mãe. E, segundo Eizirik e Bergmann (2004) a ausência paterna evidencia um potencial para gerar conflitos no desenvolvimento psicológico da criança.

Categoria 2: *Mundo-da-vida* nos Relacionamentos Sociais

É assim eu sempre tive poucos amigos, poucos. Quando eu era pequeno eu tinha bastante, mas era assim, mais era coleguinhas. Era uma amizade, não era uma amizade como eu tenho hoje é... de dividir as coisas, de conversar... é... era uma amizade assim meio que artificial, mas... eu sempre tive poucos amigos assim... dois, duas e sempre, a maioria sempre foram mulheres. .... na adolescência a maioria foram amigas. Aí, agora eu tenho mais colegas homens, amigos homens. Ah... é... só na faculdade, não na minha cidade. .... mas na faculdade tenho... na faculdade, como é um maior fluxo de pessoas, quando eu entrei pra lá, eu gostei bastante porque é muito diverso. Tem gente de tudo quanto é tipo, tem gente rastafári no cabelo, tem gente que é zen, tem gente que é nerd, tem... tem gente que não tá nem aí, tem as patricinhas. E ficam aquelas panelinhas. Mas eu acho que na faculdade eu sou muito mais feliz do que quando eu to em casa. .... porque na faculdade também é... não tem aquela... sabe aquela cidadezinha pequena que todo mundo se conhece? É tão chato! Todo mundo fala com todo mundo. Você não pode ter uma privacidade assim de... de relacionamento, de... de... não só disso.

Martins e Cianflone (2010) analisando sobre as diferenças de gênero[9] entre meninos e meninas na infância, referem que os papéis de gênero fazem parte da vida da criança desde seu nascimento ao longo da história da humanidade. Desta maneira, a reprodução, a distribuição de tarefas, a educação destinada a meninos e meninas, os modelos de homem e mulher apresentados na sociedade, segundo as autoras, são marcados pelas diferenças de gênero.

M. Santos (2010) complementa referindo que, especificamente em relação aos meninos, a socialização estereotipada seguindo o modelo tradicional de virilidade, dominante há até bem pouco tempo em nossa cultura, acentua determinadas crenças sobre gênero, ignorando as necessidades afetivas e valorizando características como a competitividade, a preocupação acentuada com o desempenho, a dominação autoritária e a opressão do gênero feminino. Contudo, o autor afirma que mesmo que este modelo de comportamento seja questionado na atualidade, devido à emergência dos novos padrões de conjugalidade e a igualdade entre os papéis de gênero, ainda exerce grande influência na construção da identidade masculina.

Nesta direção, ao relatar o *mundo-da-vida* nas relações sociais, Reginaldo relembra que na infância suas amizades eram compostas majoritariamente por meninas, comportamento diferente do modelo tradicional de virilidade masculina. Além disso, é conhecido nas cidades do interior brasileiro, que, pelo menor número de habitantes e maior contato interpessoal, as pessoas se conhecem mais e "vigiam" mais os comportamentos umas das outras. Neste sentido, Reginaldo relata que, em sua cidade, não se sentia à vontade para se expressar livremente e confiar nas amizades, provavelmente pela sensação de ser "diferente", ou seja, por ter amizades com meninas, contrariando o modelo tradicional de gênero no qual meninos devem ter amizade com meninos, o que contribui para vivências inautênticas, dificultando o *estar-no-mundo*.

Já na faculdade, em outra cidade, e no encontro com a diversidade de estilos e com a livre expressão da diversidade, Reginaldo relata se sentir mais confortável para poder confiar, com menos medo do julgamento, podendo experienciar novas relações, contribuindo para sua busca por autenticidade neste momento de construção da

[9] Gênero , segundo Souza-Leite e Bruns (2010, p. 22), é definido como sendo "aspectos identitários de mulheres e homens, construídos socialmente, em contraposição ao de sexo, termo restrito às características anátomo-fisiológicas que distinguem a fêmea do macho na espécie humana." Contudo as autoras problematizam o conceito binário (homem/mulher) de gênero, afirmando que atualmente devem ser incluídos nas definições de gênero os gays, as lésbicas, os bissexuais, os transexuais, os travestis, entre outros. "Dessa maneira, gênero opera em múltiplos campos, inclusive os símbolos criados culturalmente para inúmeras representações: conceitos normativos, instituições e organizações sociais e a identidade subjetiva" (Souza-Leite & Bruns, 2010, p.28).

identidade. Diversos autores relatam sobre a importância dos grupos na adolescência como formas de identificação para o desenvolvimento da identidade (Miranda e Cury, 2010; Sobrinho, 2010; Pereira e Garcia, 2009) e, especificamente Sobrinho (2010) afirma que:

> Para alguns adolescentes é muito importante que seus amigos aprovem suas escolhas, opiniões e comportamentos, ele necessita identificar-se com seus pares, elege um líder, ou às vezes ele próprio tornar-se líder. Precisam aventurar-se fora de casa para se tornarem mais autoconfiantes e independentes (p.7).

Categoria 3: *Mundo-da-vida* nos Relacionamentos Afetivo-Sexuais

> *Assim, eu sou muito mais pra homossexual. Mas eu não me decidi ainda. Eu não sei se é isso que eu quero, se eu gosto disso, nunca tive nenhuma experiência.... E... e assim por ter mais... não é intimidade é... por ter mais características semelhantes com mulheres, a vida inteira ter um universo mais feminino, eu fico muito mais à vontade dentro deste mundo. .... Não me aceitava. Eu me esforçava a gostar de menina. A... a pegar um pôster, colar na parede, como se fosse olhar a Bruna Marquezine e achar ela bonita é... eu consigo achar ela bonita, mas não consigo sentir atração pessoal por ela. Eu to dando o exemplo dela porque eu já fiz isso, tanto por computador... Mas... é... teve uma época que eu insistia que eu falei: Agora eu vou ficar* [com menina]. *Vai pegar no meu pé... é... eu não conseguia. Até porque eu já sabia que eu não gostava, mas eu não conseguia admitir. Foi a época que eu mais sofri. Eu sofria por esse bullying, enquanto eu sofria muito tempo na escola é... de palavras pejorativas que me chamavam... eu... eu sofria muito. Eu chorava. Eu ficava triste assim de ficar deitado. Eu sofri muito mesmo. Mas isso já passou. A partir do momento que eu passei a me aceitar, eu passei a... a ver isso com outros olhos, como brincadeira, como ignorância da parte deles é... de quem eventualmente faça isso, hoje em dia é pouco, agora é muito pouco.*

Em seu relato Reginaldo expressa o conflito e o sofrimento por não se adequar à orientação heteronormativa corrente em nossa sociedade e atribui sua vivência predominantemente com mulheres na infância como uma possível “causa” para homossexualidade. Além disso, o adolescente demonstra sua luta para tentar desejar uma menina e desenvolver uma relação heterossexual, acarretando intenso sofrimento.

Nesta direção, Kern e Silva (2009) explicam que:

> ...a sociedade prima pelos valores heterossexuais. Pessoas que assumem uma orientação homossexual, assumem uma identidade não aprovada socialmente. Ainda hoje, quando se vivencia a liberdade de ser, de ir e vir, a homossexualidade preserva uma identidade “camuflada” e muitos destes, não ousam revelar-se, com o receio do preconceito gerador da exclusão na família, na escola, no mundo do trabalho e nos grupos sociais. E isso pode resultar no que se chama de orientação sexual egodistônica, ou seja, ter práticas heterossexuais reais ou fantasiosas forçadamente

> mesmo tendo impulsos sexuais homossexuais, trazendo danos psíquicos e mesmo físicos irreversíveis. (p. 512)

Além disso, os mesmos autores afirmam que, historicamente, foi atribuída à homossexualidade uma identidade estigmatizante que compreendia proliferação de doenças, pecado, sodomia, comportamentos perversos, aberrações da natureza, gerando intenso preconceito, ainda muito presente na sociedade atual (Kern & Silva, 2009). Sobre o preconceito, Roselli-Cruz (2011) explica que é um conceito ou opinião formado previamente, sem maior conhecimento ou ponderação dos fatos, gerando suspeita, intolerância, ódio irracional ou aversão.

Desta forma, aos homossexuais, nas brincadeiras estudantis, são atribuídos apelidos, e realizadas provocações de maneira quase espontânea, mas atingindo altos níveis de perversidade, podendo referendar o *bullying* escolar, o qual abrange atos de violência física ou psíquica que ocorrem de forma intencional e repetitiva contra um ou mais alunos, os quais se sentem impossibilitados de combater às agressões sofridas (Roselli-Cruz, 2011).

Assim, compreendemos que Reginaldo, inserido nesta sociedade que valoriza a heteronormatividade, acrescendo-se o *bullying* sofrido no ambiente escolar, apresenta intenso sofrimento emocional, prejudicando sua autoimagem, em uma fase da vida de construção de identidade rumo à vida adulta, prejudicando o estabelecimento de uma vivência autêntica, bem como o estabelecimento de seus relacionamentos sociais e afetivo-sexuais.

Contudo, Reginaldo, em seu desenvolvimento durante a adolescência, começou um processo de autoaceitação, como veremos a seguir:

> *A partir do momento que eu fui ganhando um pouco mais de maturidade... num sei como eu passei... Eu acho assim, na verdade, foi quando eu falei assim: Olha, eu realmente gosto de homem. Eu olhei é... eu fiquei apaixonado por alguém e aí eu fiquei tão tentado, que eu falei: Não é possível! Não tem como! Mas eu gosto de ser homem. Não gosto de ser mulher. Eu num gosto... eu tenho amigos assim que gostam ai roupinha da moda, não sei o que. Eu sou largadão é... e eu... eu levo uma vida de homem, eu não gosto de coisas assim de emperequetada, quarto rosa, bichinho, ursinho. Tenho a minha vida completamente do mesmo jeito. Só a forma de que é feita a afetividade que eu me interesso pelo mesmo sexo.*

O processo de autoaceitação e de construção de sua identidade são diretamente influenciados pelas relações com o outro e com a cultura, de maneira que Reginaldo denota que a dificuldade com sua autoimagem e sexualidade estão relacionadas aos

estereótipos da homossexualidade com comportamentos mais próximos do universo feminino.

Nesta direção, Nascimento e Teixeira-Filho (2008) explicam que as vivências homoeróticas são produtos do contexto sócio-histórico-político-cultural e marcadas pela heteronormatividade, pelo sexismo, machimos, binarismo sexual, entre outros, pregados também pelas instituições religiosas, familiares e científicas difundidos na sociedade pela mídia. Desta forma, segundo os autores,

> ...parece que se criou um discurso para se normatizar as homossexualidades, uma "*homonormatividade*" produtora de subjetividades e práticas sociais na ordem de desarranjos e controle do prazer e estilos de vida, formatando assim, toda e qualquer expressão que não corresponda ao "homem-macho-viril-ativo-saudável-provedor", sendo o seu inverso, o sujeito somativamente estigmatizado e repulsivo - o sujeito "afeminado-passivo". .... A visibilidade das homossexualidades (entendida como homossexuais afeminados e/ou assumidos) é um aspecto determinante nas relações de socialização e de amizade. .... A visibilidade é tratada como uma condição estereotipada. (Nascimento & Teixeira-Filho, 2008, p. 5)

No entanto, a seguir, Reginaldo relata como se sentiu no encontro com outros modelos possíveis de identificação:

> *Foi uma época que foi sombria. Só eu. Eu com a minha consciência.... Eu tinha muita dúvida, muita pouca informação e isso me deixava... é... assim... parado, estagnado. A partir do momento que eu descobri casos, que eu vi reportagens de homem, que eram homens! Porque é assim, eu pensava que se fosse gay, a pessoa teria que ser afeminado, ou ser travesti é... ir pro caminho de prostituição, não ia ter a possibilidade de crescer na vida. Quando eu vi casos, assim, reais, de pessoas bem-sucedidas que são assim... são homens, não tem diferença nenhuma, igual os outros homens, eu me reconheci ali e eu me senti motivado a falar que eu também sou assim, sabe? .... em outras áreas, é... cantores, pessoas que não é só cabeleireiro, não é só maquiador, porque eu não queria isso pra mim, eu queria ser um... uma pessoa séria, no sentido de trabalhar com gravata, de terno e gravata... e eu... a partir do momento que eu vi que isso era possível... apesar de ainda pouco, mas existe, não só no Brasil como fora em alguns lugares, eu fiquei assim... olha... então é esse que é meu medo e a vida inteira foi assim. Então eu to muito mais feliz! Me sentindo mais livre.*

Compreendemos que, mesmo com a maior facilidade de informação e divulgação sobre a diversidade sexual, Reginaldo ainda se encontrava com muitas dúvidas e sentia falta de informações sobre as possibilidades de *ser* e de modelos para se identificar. Assim, ver-se como diferente quanto à heteronormatividade e quanto ao modo de se vestir e se portar em relação aos homossexuais considerados "afeminados", não encontrava modelos nos quais pudesse se espelhar ou pessoas com as quais pudesse conversar sobre si, tornando-o angustiado e dificultando uma vivência mais autêntica.

Também é possível perceber que Reginaldo mostra-se influenciado pelo ideário social que, segundo R. Reis (2012), homens homossexuais:

> ...se preocupam com o que os outros vão pensar; talvez o que mais persegue os homens homossexuais .... seja o fato de serem chamados de femininos ou aparentarem maior feminilidade, esta representação traz consigo um status negativo e soa como pejorativo perante o grupo e, nos flertes: afasta amigos, atrapalha na busca por parceiros; há um preconceito exacerbado sobre a figura da bicha pintosa, o que talvez não aconteça, de maneira mais negativa, com homens homossexuais tidos como mais masculinos. (p.80)

Seguindo-se pelo relato de Reginaldo, observamos que o processo de autoaceitação ainda se mostra difícil. Referindo-se aos relacionamentos afetivo-sexuais, Reginaldo relata que:

> *Não. Eu num tive coragem. Não tive. Alguma coisa me prende no sentido de rejeição, de sofrer, de... de levar um não, é... então num consegui ainda. É porque será? Pode ser... alguma... eu saber assim o que eu quero mesmo da minha vida. É... além disso, se eu to no caminho certo? ....* [medo] *De... não ser aceito, mas não tão... é não ser como eu imaginava, sabe? Se acontecesse alguma coisa. É... de eu me surpreender com alguma coisa ruim e ficar frustrado depois, desgostoso.*

Notamos o quanto Reginaldo ainda se encontra muito confuso e com medo de frustrar-se nas experiências afetivo-sexuais. Compreendemos que o medo da rejeição e a insegurança o acompanham desde criança, com suas vivências conturbadas com a presença do tio alcoolista em seu lar, com a rejeição paterna e com o *bullying* sofrido nos relacionamentos sociais, influenciando no desenvolvimento da autoimagem e refletindo diretamente nos relacionamentos afetivo-sexuais.

Além disso, Lins (2012, p. 287) afirma que “aceitar-se como homossexual é, para a maioria, um processo difícil, cheio de dúvidas e medos. Não há com quem conversar e surge a sensação de que vai ser rejeitado e nunca compreendido.”

Categoria 4: Horizontes das vivências de sentimentos dolorosos

Falando sobre seu sofrimento e a necessidade de ajuda:

> *Foi... eu tava assim muito mal. Minha mãe não conseguia me ajudar. Eu tava me sentindo muito mal estar, eu tava sem limite, eu tinha algumas ideias assim loucas e eu precisava de alguém pra me ajudar. Precisava de acompanhamento. .... Eu queria morrer. Eu queria... ah... se eu pudesse destruir a vida dos outros, queria causar algum problema. Que eu me sinto é... injustiçado, me sinto... que nem na vida do outro eu sinto raiva, porque ele tem e eu não tenho aquilo? Ou porque que ele é ele e eu sou eu?*

Para compreendermos o sofrimento de Reginaldo pela perspectiva fenomenológica, recorremos a Tatossian (1979/2006) que preconiza que os fenomenólogos não devem se interessar pelos sintomas que a pessoa apresenta, mas sim pela essência de sua vivência. V. Moreira (2002) acrescenta que, além disso, devemos situar a experiência no momento sócio-histórico-cultural e no ambiente de convivência familiar e social da pessoa em sofrimento, para que possamos compreendê-la.

Neste sentido, o *mundo-da-vida* (*Lebenswelt*) de Reginaldo carregado por experiências de ausência paterna, agressividade por parte do tio alcoolista na infância, além de dificuldades na autoaceitação de sua homossexualidade devido aos preconceitos sociais e ao *bullying* sofrido, contribuíram para vivência de conflitos, angústia e revolta, de maneira que o adolescente pensava em morrer ou destruir a vida dos outros como tentativa de acabar com seu sofrimento. E frente a este intenso sofrimento, ele procurou ajuda médica psiquiátrica.

Contudo, falando sobre seu tratamento médico, Reginaldo, a seguir, explicita sobre sua frustração por não obter a melhora que ele desejava:

> *Mas se fosse internado, onde que era? Que órgão que interna as pessoas com depressão?.... O que eles fazem? Eles dão um remédio? Porque é tanto tempo que eu venho aqui, eu queria uma coisa que de uma vez por todas parasse... será que eu vou viver a vida inteira assim? Eu tenho tia que há 8 anos toma remédio pra depressão. É... e eu me sentia muito mal, eu não sabia nem o que era depressão, eu já sentia muito mal.*

Neste momento, Reginaldo lembra que antes mesmo de receber o diagnóstico de depressão, ele já carregava consigo sofrimentos com os quais não conseguia lidar. No entanto, mesmo recebendo um nome e um tratamento para sua dor, o adolescente não atingiu a "cura" que esperava, desejando encontrar algum tratamento que acabe com seu sofrimento. Provavelmente, Reginaldo "comprou" a ideia de que, segundo Bastos (2012) a vertente biológica da psiquiatria atual – a psicofarmacologia – se propõe a resolver todos os problemas decorrentes da frustração pessoal e do desequilíbrio social exclusivamente por medicamentos. No entanto, o autor chama atenção para o fato de que a medicina moderna apresenta imensas fragilidades e não consegue "solucionar" os problemas das pessoas; mas é comumente bem aceita por apresentar um quadro classificatório formal e universalmente aceito.

Perfil do colaborador João

João, 19 anos, sexo masculino, classe socioeconômica C1, reside em uma pequena cidade do interior de São Paulo e diz não ter nenhuma religião específica. Mora com os pais, que são casados, e tem uma irmã mais velha, que já é casada, tem dois filhos, mas não mora na mesma casa que João. Seu pai trabalha como pedreiro e sua mãe é gestora do lar. Está cursando o segundo ano do Ensino Médio pela segunda vez e não exerce atividades laborais.

João é um rapaz de estatura mediana, gordinho, bastante atento à movimentação ao seu redor e carrega consigo um sorriso no rosto. Ao chamar por seu nome, João se levanta e vem ao encontro com um sorriso simpático, mostrando-se muito disponível para o contato. Veio acompanhado de sua mãe que respondia de forma lacônica e pediu para deixar a sala assim que possível.

João conta que ainda não cresceu. Ainda se vê como criança, adora ver desenho, seriado de TV e jogar videogame. Refere não gostar de fazer obrigações, buscando evitar tudo o que não quer fazer.

Sobre os relacionamentos intrafamiliares, o adolescente diz identificar-se com seus pais pela característica de “teimosia” e explicita que gostaria de ser mais visto e aceito principalmente pelo seu pai.

Refere muita dificuldade em fazer amizade com pares, pois se sente diferente dos rapazes de sua idade. Com isso, conta que suas amizades são com adolescentes mais novos, com quem ele brinca, mas também conversa bastante, questionando sobre o mundo. E sobre os relacionamentos afetivo-sexuais, diz nunca ter namorado, mas já ficou com duas meninas em situações de brincadeira.

Quanto aos tratamentos médicos, iniciou na neurologia por epilepsia ainda no primeiro ano de vida, mas controlada atualmente. Anos mais tarde, passou também a apresentar tiques motores e vocais, sendo diagnosticado com Síndrome de Gilles de La Tourette e tratado com medicamentos pela neurologia; mas com 12 anos passou a apresentar sintomas obsessivo-compulsivos, como escovar os dentes durante mais de 1 hora sem conseguir parar, tomar banho usando um sabonete inteiro, entre outros, sendo então encaminhado para a psiquiatria. Atualmente, segundo seu prontuário médico, segue com as seguintes Hipóteses Diagnósticas: Síndrome de Gilles de La Tourette (SGT), Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC).

Categoria 1: *Mundo-da-vida* na infância nos horizontes das relações intrafamiliares

> *Eu acho que a minha infância não passou ainda. Sei lá, eu acho que eu fiquei muito... sei lá, eu acho que a minha infância eu num curti de verdade, por causa que eu num tinha muito... muito amigo essas coisas. Eu nunca tive. Nunca tive, né? Nunca tive. Só que eu... eu... eu... eu me vejo muito criançção ainda, eu sou criança. Pra mim... eu de vez em quando eu falo: Ô mãe, quando eu crescer eu vou ser. Ela fala: Que crescer moleque, você já é adulto, ô! (ri) Eu falo: Ah, é mesmo, esqueci. (ri). É muito estranho, eu não me vejo como adulto ainda.*

Ao relatar sobre a infância, João a mistura com a adolescência e a vida adulta marcando seu momento de transição e sua dificuldade em assumir o papel/identidade de adulto.

Cronologicamente, segundo a OMS (adolescência dos 10 aos 19 anos) João com seus 19 anos, está situado no fim da adolescência, porém, de acordo com o ECA (adolescência dos 12 aos 18 anos), ele já se enquadra na fase adulta. Desta forma, nem os manuais de saúde mantém uma concordância quanto à cronologia desta fase. Contudo, não há dúvidas de que a adolescência é um momento de transição que acarreta conflitos, dificuldades, ganhos e perdas, modificando física e psiquicamente a pessoa ao longo do desenvolvimento, além de também transformarem-se os papéis e as responsabilidades assumidas em cada faixa etária.

Além disso, A. Melo e V. Moreira (2008) ressaltam que nem todos os adolescentes estão preparados para enfrentar as exigências pós-modernas, pelo fato de apresentarem dificuldades em lidar com a necessidade de se adaptar a esta nova proposta de vida, no qual os acontecimentos são rápidos e efêmeros. Desta forma, muitas vezes o(a) adolescente "vive, ainda, numa infância que não elaborou, pois o mundo impôs a necessidade dele ser adolescente" (A. Melo & V. Moreira, 2008, p. 55).

Prosseguindo em seu relato, a seguir, João explicita sobre o relacionamento com os pais:

> *É. Meu pai é meio... meio... só que lá em casa ele é legal. Não, não é tanto assim, por causa que ele não gosta muito de... de... falar comigo. Eu tento conversar com ele, ele num... ele num gosta de conversar comigo. (ri) Ele fala que eu ganho todas. (ri). Eu quero representar minhas opiniões, ele não aceita! .... Eu tento pôr a minha opinião. Só que ele não aceita. Eu ouço a dele, eu deixo ele falar, depois eu vou falar. Só que nisso que eu vou falar, ele não deixa eu falar. Ele não aceita. Meu pai é muito teimoso. Que nem a minha mãe também. Eu tenho a quem puxar a teimosia. Sou teimoso também.*

Segundo, Montalvão e Costa (2009), a família é o primeiro ambiente de interação da criança em desenvolvimento, e possui um padrão de papéis, de atividades e de relacionamentos que são associados a determinados comportamentos e expectativas, de acordo com a sociedade no qual está inserido. Neste sentido, compreendemos que, ao relatar sobre suas vivências nos relacionamentos intrafamiliares, João, como um *ser-em-relação*, explicita que se identifica com os pais, principalmente, na qualidade de serem teimosos. Provavelmente, isto é devido à busca por ser ouvido e aceito em suas ideias e opiniões, principalmente, pelo pai, contudo o adolescente refere não conseguir atingir seu objetivo. Desta forma, o relacionamento intrafamiliar mostra-se conflituoso e impositivo, tornando difícil João conseguir se expressar.

Categoria 2: *Mundo-da-vida* nos Relacionamentos Sociais

> *Mas agora eu acho mais difícil porque eu... eu... eu... a faixa etária que eu me enturmo é de criança mesmo, por incrível que pareça é mais novo do que eu. Então é... é... como é que se fala? Eu não consigo me adaptar a eles. Por causa que é nova geração, tudo, entendeu? É mais difícil fazer amigo hoje do que antes. Mas eu tinha pouco mesmo. Tinha um ou dois. Mais era na escola, né. Mas mesmo assim eu ficava excluído. Eu era muito paradão. Minha mãe falava que eu era meio paradão. (ri) Meio secão, meio... Estilo do meu pai.*

Compreendemos que, como a família é o ambiente que oferece o primeiro modelo de identificação, João menciona sua semelhança com o pai no modo de ser e se relacionar, reconhecendo-se como “secão”, ou seja, apresentando dificuldades na comunicação, refletindo em prejuízos no estabelecimento dos relacionamentos sociais.

Além disso, entendemos que quando João menciona a dificuldade nas amizades da nova geração, isto provavelmente deve-se ao fato de que ele é mais velho em relação aos colegas de classe pelo motivo de sua reprovação escolar. Apesar da pouca diferença de idade, dois ou três anos, segundo Caldas (2005), os alunos que repetem o ano costumam ser mais calados na sala de aula por terem medo da incompreensão de seus colegas. Assim, as dificuldades na comunicação acrescidas às repercussões da repetência favorecem prejuízos nas relações com pares, os quais se mostram mais marcantes durante a infância e a adolescência, com repercussões negativas no desenvolvimento.

Um dos prejuízos nas relações sociais foi explicitado por João ao relatar que era excluído pelos colegas de classe. O comportamento de excluir sistematicamente um

colega da turma dentro do ambiente escolar, segundo Antunes e Zuin (2008), é considerado uma forma de *bullying* indireto, acarretando prejuízos na autoestima e no desenvolvimento da criança ou adolescente.

Categoria 3: *Mundo-da-vida* nos Relacionamentos Afetivo-Sexuais

> *Até a menina que eu gostava .... Num tive chance de me declarar. (ri) É... eu... eu sou muito vergonhoso com isso. Sou muito tímido. Principalmente com menina, sou muito tímido. A menina chega perto de mim, eu começo a zoar, eu começo a olhar assim... eu tenho muita vergonha. Sei lá! Eu acho... que eu vivo em outro mundo. (ri).... É, um mundo desconhecido. (ri) Ah, mas de vez em quando eu chego chegando, lá. .... É, eu levo fora, né, como sempre. (ri) Não, como sempre não, né, de vez em quando dá certo, mas... é difícil.*

Compreendemos que a sensação descrita por João de viver "em outro mundo", ser "tímido" e "vergonhoso", decorre das dificuldades nas relações intrafamiliar e social, além do *bullying* sofrido na escola, que acarretam em prejuízos na autoestima e autoimagem, refletindo em seus relacionamentos afetivo-sexuais. Contudo, o adolescente demonstra lutar contra esses sentimentos e prejuízos com ações pró-ativas ao tentar conquistar as meninas, buscando desenvolver relações afetivo-sexuais, nas quais algumas vezes obtém sucesso, mas em outras não, o que é bastante comum.

Prosseguindo em seu relato, a seguir, João fala sobre namoro:

> *Não, namorar não. Já tive pretendente, só que... não deu não. Era muito criancinha, sabe?.... É... é... é uma menina. Hoje em dia eu me arrependo de não ter namorado ela. .... Ela era tranqueira. Ela queria namorar comigo. Mas aí eu num quis. Eu tinha meus... meus orgulhos também. (ri) Não é que tem que escolher... escolher não, né, escolher... agora pra mim tudo é ouro! (Ri) Agora eu sou feio, eu era bonitinho até. Hoje em dia eu me acho feio. .... Acho que... no rosto eu até sou bonito, mas... eu to meio gordinho. (ri) Bem gordinho mesmo. Só que eu num ligo não, sinceramente, quanto a isso eu num ligo. Nem com menina aparência assim eu num ligo assim. .... Eu me apaixono pelo ser não pelo... pelo... pela pessoa em si.*

Depreendemos de seu relato que, além dos sentimentos de timidez e vergonha, como explicitados previamente, João denota que o fato de estar acima do peso contribui para suas dificuldades nos relacionamentos afetivo-sexuais, pois se sente feio ao não corresponder o padrão de beleza socialmente aceito como o melhor na atualidade, que é ter corpo magro, atlético e jovem.

Lira (2010) afirma que vivemos em um mundo no qual o sistema econômico é totalmente voltado para o consumo, que por meio de propagandas pela mídia, influencia

e dita normas a serem seguidas, sendo que a aparência física recebe uma imposição utópica, com corpos magros e bem malhados, gerando intenso sofrimento nas pessoas, pois é quase impossível se adequar a esta exigência. E a não adequação às imposições consumistas, acarretam baixa autoestima e dificuldades com a autoimagem; destarte, o desenvolvimento de psicopatologias torna-se iminente (V. Moreira, 2002).

Mas, é importante ressaltar, que no caso de João, compreendemos que suas dificuldades nos relacionamentos afetivo-sexuais são reflexos de suas vivências nas relações com o outro (familiares e pares) e com a cultura, pois, como afirma P. Barbosa (2011), ninguém se desenvolve sozinho, afetamos o mundo e somos afetados, em uma inter-relação constante.

Categoria 4: Horizontes das vivências de sentimentos dolorosos

Falando sobre o tratamento psiquiátrico, João, a seguir, realiza uma reflexão sobre o diagnóstico que foi atribuído a ele:

> *Pra mim. Eu só acho que eu tenho... é déficit de atenção, é falta de atenção. Mas eu acho que não, eu acho que eu presto muito atenção sim, só nas coisas que eu quero prestar. Nas coisas que eu num quero eu num presto mesmo. Por isso que eu acho que eles me receitaram o tarja preta. Mas eu acho que eu não tenho problema com isso não. Nunca tive. Sempre fui bom em... ciências essas coisas.*

João denota sua tentativa de desenvolver uma vivência autêntica, atentando-se para os aspectos que o chamam atenção e contrariando seguir regras sociais e escolares com as quais ele não concorda. No entanto, ao contrariar as normas, o adolescente acaba sendo taxado de doente e é prescrita uma medicação para que ele se adéque às normas.

Nesta mesma direção, falando sobre o diagnóstico de TDAH, Bastos (2012), psiquiatra fenomenólogo, explica que:

> A sociedade moderna apresenta uma enorme necessidade de controle e previsibilidade, além de elevar imensamente o nível de exigência quanto à *performance* intelectual das pessoas em geral. .... Além disso, para quase todas as atividades tornou-se indispensável um autocontrole e uma disciplina que nem mesmo fundamentalistas obsessivos como os puritanos seriam capazes de cumprir satisfatoriamente. Assim, cria-se uma enorme margem de criaturas que não podem, não conseguem ou não querem se adequar ao esquema. (p. 51)

Nesse sentido, segundo o autor, o diagnóstico de TDAH está a serviço de disciplinar os escolares e os adultos que não se adéquam às normas de controle e comportamento exigidos nos ambientes da escola e do trabalho.

Mais adiante em seu relato, João comenta sobre seus sentimentos:

> *To bem. É, de vez em quando eu penso umas coisa ruim por preguiça, né. (ri) Sei lá o que eu to fazendo da vida. Aí, sei lá... eu acho que... eu me questiono mesmo. Pra que eu sirvo, né? Me matar não. Eu nunca cheguei nesse ponto de pensar em me matar não. Tem dia que eu penso, ó eu to tão entediado que eu falo: Nossa! Que que eu vou fazer agora? Não tem nada pra fazer. Tem hora que a gente pensa besteira mesmo. Aí vem aqueles pensamento ruim. .... Ah, aqueles pensamento: Será que eu to vivendo isso aqui mesmo, será que... ah... pensamento que não tem né... lógica, pensamento que o ser humano não consegue traduzir, esses pensamentos de pessoa doida. Por isso que eu acho que eu... que o meu... eu sou inteligente mas eu sou... eu penso muito além do normal. Eu penso em Deus. O que é Deus? É o que eu mais penso. Como é que o mundo foi criado. As teorias que tem. Por isso que eu estudo bastante religião. Por isso que eu gosto de passado, da história, da arqueologia, entendeu? Eu gosto de estudar muito o passado. Por causa que... tem coisa que... que... num tá perfeito. Num se encaixa, né. Então eu gosto muito disso. De aperfeiçoar o... vê o passado pra... pra... como é que fala, pra... pra entender o futuro. É mais ou menos isso.*

Nesta unidade de significado, compreendemos que João denota apresentar sofrimento por ser questionador, por se opor, por não se sentir pertencente a este mundo capitalista, no qual as pessoas passivamente se submetem às imposições socioculturais sem refletir. Além disso, para João, ser reflexivo e questionador é apresentar "*pensamento de pessoa doida"*, ou seja, pensamento de quem foge da norma social consumista. E, ao procurar o tratamento médico, o adolescente recebe diagnósticos que confirmam seu status de loucura/doente mental. Nesta direção, Bastos (2012) afirma que a sociedade contemporânea não permite que, as pessoas que não se encaixam no individualismo, não buscam corresponder as exigências crescentes e ao consumismo, prejudiquem sua organização. Desta forma, a psiquiatria e os diagnósticos se encaixam como ferramenta de organização, contenção e possibilidade de "correção".

CAPÍTULO 5
VIVÊNCIA DOS RELACIONAMENTOS SÓCIO-AFETIVO-SEXUAIS DE ADOLESCENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: DESVELANDO SENTIDOS

Chegamos ao quarto momento da análise fenomenológica que constitui no desvelamento do fenômeno: *vivências dos relacionamentos sócio-afetivo-sexuais de adolescentes submetidos a tratamento psiquiátrico.* Este momento, como explicitado no capítulo três, consiste na identificação das convergências e das divergências encontradas nas análises dos relatos dos(as) colaboradores(as), elaborando uma síntese descritiva.

Iniciamos pelos horizontes da infância, pois esta é a primeira fase da vida, na qual se inicia o processo de constituição da subjetividade, sofrendo influências de suas relações intrafamiliares e sociais, que, por sua vez, estão em inter-relação com o momento sócio-histórico-cultural ao qual pertencem. Contudo, como o desenvolvimento é um processo contínuo e as relações se estabelecem ao longo de toda a vida, a seguir, serão elaboradas as convergências e divergências das vivências que se iniciam na infância e continuam pela adolescência, estendendo-se pelas demais fases da vida.

A primeira convergência dentre os(as) dez colaboradores(as) foi em suas relações com as mães, as quais mostraram ser as principais cuidadoras e responsáveis pela atenção, educação e tratamento dos(as) filhos(as), sendo que nos casos específicos de Roberto e Reginaldo, as mães foram as únicas responsáveis.

É importante ressaltar que quatro mães – de Wanda, Renato, Fernando e Reginaldo –, além dos cuidados com os filhos, exercem mais duas jornadas de trabalho: uma de gestora do lar e outra em atividades remuneradas extradomiciliares; sendo que a mãe do Roberto também exerceu atividade remunerada em épocas anteriores, estando atualmente aposentada por invalidez devido a um acidente vascular cerebral.

Desta forma, compreendemos que mesmo com todas as modificações sociais no papel da mulher, que atualmente mostra-se mais independente, com grande participação como trabalhadora no mercado de trabalho, bem como com as novas configurações familiares, nas quais a mulher é a chefe da família, as mães dos(as) nossos(as) colaboradores(as) mostraram ser as figuras de maior presença no cuidado direto dos(as)

filhos(as), sendo sobrecarregadas em suas tarefas, o que repercute na qualidade das relações intrafamiliares.

Nesta direção, sobre a qualidade dos relacionamentos com as mães, houve convergências entre seis dos(as) colaboradores(as), que referiram boas relações com as mães, com conversas, confiança e bons vínculos estabelecidos, o que é muito importante para o desenvolvimento físico e psíquico da criança e do(a) adolescente. Contudo, as divergências se mostraram para os(as) outros(as) quatro colaboradores(as) que denotaram relações conturbadas e conflituosas, além de sentimentos de falta de atenção e ausência, contribuindo para dificuldades na autoimagem e nas outras relações intra e extrafamiliares.

Também na esfera dos relacionamentos intrafamiliares marcaram-se as relações com o pai, de maneira que encontramos convergência em nove dos(as) dez colaboradores(as), nos quais foi possível observar vivências conturbadas, caracterizadas pela ausência, negligência e violência paterna. Todavia a divergência apareceu no caso específico de Wanda que denotou a presença do pai em suas vivências, demonstrando cuidado e atenção na infância, e principalmente na adolescência sua presença foi marcada pela preocupação com a sexualidade emergente da adolescente.

Assim, compreendemos que apesar das modificações na contemporaneidade no papel do pai, preconizando-se maior cuidado, atenção e participação na vida dos(as) filhos(as), a maioria dos(as) nossos(as) adolescentes relatou vivências com pais pouco participativos em suas vidas e nos cuidados com o lar, porque muitas vezes são permissivos em demasia, enquanto outras, violentos ao extremo, prejudicando assim o desenvolvimento físico, o aprendizado de normas e valores, a autoimagem e a adaptação social.

Desta forma, os relacionamentos intrafamiliares denotaram acentuada diferença de gênero e divisão de papéis entre homens-pais e mulheres-mães, sendo estas últimas sobrecarregadas em suas tarefas e, em alguns casos, tendo que assumir sozinhas grande parte da responsabilidade de cuidados com o lar, enquanto que os homens-pais contribuíram parcialmente com as despesas familiares.

Como *seres-em-relação*, a maneira como os pais e as mães estabelecem as relações entre si e com a família, ressoa diretamente nas formas como os(as) filhos(as) se desenvolvem emocional e psiquicamente, repercutindo no comportamento e estabelecimento das relações entre irmãos(ãs) no ambiente intrafamiliar, bem como nas outras relações sociais. Assim, especificamente quanto aos relacionamentos entre

irmãos, encontramos convergências em todos(as) os(as) colaboradores(as) (que tinham irmãos e irmãs), de forma que os contatos entre eles(as) refletiam diretamente nas maneiras em que eram estabelecidas relações com ambos os pais.

Ainda nas relações intrafamiliares, mais especificamente nas vivências durante a infância, houve convergência nos casos de Gracieli e Reginaldo, pelo fato de que, em suas residências, moravam também tios com esquizofrenia e alcoólatra respectivamente, os quais apresentavam comportamentos prejudiciais ao desenvolvimento das crianças, como agressividade e descontrole nas atitudes, gerando medo, insegurança e preocupações.

As vivências nos relacionamentos intrafamiliares ressoam nas relações sociais, contudo os ambientes extrafamiliares também apresentam suas peculiaridades exercendo sua influência no desenvolvimento físico e psíquico das crianças e dos(as) adolescentes. Nesta direção, encontramos convergências em oito dos(as) dez colaboradores(as) que no ambiente escolar denotaram sofrer *bullying* pelos pares, além de vivenciarem prejuízos na organização escolar, em relação à falta de autoridade, negligência e reprodução da violência por parte dos professores e agentes escolares, contribuindo para prejuízos na autoimagem, na autoestima, no desenvolvimento cognitivo, acadêmico e psíquico, favorecendo, em alguns casos, a apresentação de comportamentos desviantes e de difícil controle, como danos morais e físicos à si e aos outros e ao patrimônio próprio e alheio.

Desta forma, compreendemos que atualmente o cotidiano nas escolas vem demonstrando diversas falhas tanto nos processos pedagógicos quanto nos ensinamentos sobre vida, moral, direitos e deveres, enfim, ser cidadão em relação social. Especificamente quanto à escola pública, frequentada por todos(as) os(as) nossos(as) colaboradores(as), estas falhas são devidas ao baixo investimento por parte do governo, juntamente com a cultura capitalista, individualista e hedonista, bem como pela crescente banalização da violência social, a decadência das figuras de autoridade, o despreparo do professor, os currículos inadequados, dentre outros fatores, que contribuem para prejuízos no desenvolvimento social e cognitivo dos(as) adolescentes, que estão em um momento de vida no qual ocorre a formação de sua opinião, o desenvolvimento de seu raciocínio e a diferenciação em direção à identidade adulta.

Outra convergência mostrou-se presente na esfera dos relacionamentos afetivo-sexuais, de maneira que os(as) dez colaboradores(as) denotaram vivenciar conflitos entre o ideário tradicional com base no modelo patriarcal, da família monogâmica,

nuclear e heterossexual, com marcas ainda presentes na sociedade atual, e a cultura contemporânea com diversidades sexuais, livre experimentação, relações líquidas e diversidades nas configurações familiares.

No caso das meninas, notou-se que o modelo tradicional patriarcal ainda se fez muito presente e atuante nas relações sociais e afetivo-sexuais, sendo transmitido principalmente pelos seus pais e pela ideologia religiosa, por meio das preocupações com virgindade e com a reputação das filhas. Contudo, as colaboradoras, inseridas no contexto sócio-cultural atual, demonstraram pressão dos pares, da mídia e de seus desejos para vivenciarem relações breves e baseadas na experimentação como o ficar, bem como para vivenciar relações mais íntimas como a relação sexual, gerando tanto conflitos e dúvidas quanto prazeres.

No caso dos meninos, observamos que o modelo tradicional patriarcal fez-se presente principalmente quanto ao papel masculino, sentindo-se pressionados a demonstrar virilidade, dureza e iniciativa nas relações. Todavia também foi observado sentimentos de maior afetividade e sensibilidade, característicos das transformações atuais no papel masculino.

Assim, pelo fato de estarmos vivenciando um momento de rápidas e intensas transformações sócio-culturais, os(as) adolescentes colaboradores(as), como *seres-em-relação,* inseridos(as) no mundo, demonstraram em seus relatos a presença destas modificações influenciando diretamente em suas vivências mundanas nos relacionamentos afetivo-sexuais e, de maneira mais ampla, na construção de sua identidade.

Notamos que os(as) nossos(as) colaboradores(as) denotaram a ausência de um diálogo franco com seus pais sobre a sexualidade. Todavia, apenas foi possível observar, para quatro das adolescentes, que seus pais e mães desaprovaram o fato de suas filhas se relacionarem com muitos meninos, bem como de perderem a virgindade antes do casamento, seguindo a moral religiosa.

Na mesma direção, a escola também demonstrou mais uma falha por não apresentar projetos para auxiliar os(as) adolescentes sobre orientação sexual. Assim, orientados pelo não-dito os(as) adolescentes seguem as influências da mídia, por meio dos programas televisivos, das novelas, dos jornais, das revistas, dos livros, entre outros.

Além disso, sobre as relações afetivo-sexuais, cinco colaboradores(as) (Wanda, Gracieli, Daniela, Graziela e Roberto), relataram suas experiências com o namoro.

Dentre estes, quatro adolescentes convergiram no quesito duração, denotando namoros breves e fugazes característicos da cultura atual, ditada pela mídia, na qual impera a fragilidade dos vínculos e a busca incessante por prazer, de maneira que ao primeiro sinal de frustração ou descontentamento, os relacionamentos eram rompidos para procurar outro parceiro em busca de maior satisfação.

A divergência apareceu apenas no caso de Gracieli, que manteve o namoro por um ano e oito meses, vivenciando diversos conflitos e dificuldades, devido à incorporação da moral religiosa na qual estava inserida, que veicula conceitos rígidos quanto aos relacionamentos afetivo-sexuais, como: fidelidade, compromisso, submissão da mulher ao homem e controle da sexualidade feminina.

Ainda outra convergência encontrada nas vivências dos relacionamentos afetivo-sexuais de quatro colaboradores(as) (Wanda, Daniela, Gisele e João) apontou para mais uma influência da mídia com sua imposição do padrão de beleza a ser seguido, exigindo corpos jovens, magros e atléticos, acarretando intenso sofrimento aos(às) adolescentes, presentes na forma de diminuição da autoestima e prejuízos na autoimagem, bem como contribuindo para dificuldades no estabelecimento dos relacionamentos.

A última convergência mostrou-se nas vivências de angústias, dúvidas, conflitos e sofrimentos emocionais expressos nas relações, nos corpos e nos sentimentos de todos(as) dez adolescentes colaboradores(as). Dessa maneira, compreendemos que esses sofrimentos foram produzidos, elaborados e reelaborados por suas experiências nos meios intrafamiliar, social e cultural no qual estão inseridos(as), visto que somos seres constituídos nas relações com o outro e com o mundo, acrescendo-se as características genéticas que carregamos em nossos corpos.

Os(as) adolescentes estão em um momento de vida de intensas transformações físicas e psíquicas, durante o qual é imprescindível a presença de modelos para identificação e contraposição, para que possam constituir sua identidade nesta inter-relação; bem como de limites em seus comportamentos, que auxiliem a discriminação sobre possibilidades e impossibilidades, sobre certo e errado, proporcionando condições de julgamento e avaliação das situações.

Contudo, o que observamos nas vivências de nossos(as) colaboradores(as), foram experiências intrafamiliares conturbadas, principalmente nos relacionamentos com o pai, que, em sua maioria, mostrou ser ausente, negligente e com comportamento agressivo, sobrecarregando a mãe com as tarefas domésticas, extrafamiliares e os cuidados com os(as) filhos(as). Esta situação configura-se como *bullying* paterno,

instituindo a violência e a negligência como forma de se relacionar, influenciando negativamente o desenvolvimento de seus(as) filhos(as).

No entanto, é importante ressaltar que os pais e as mães dos(as) adolescentes estão inseridos em um meio social consumista e hedonista, no qual o valor do trabalho está cada vez menor, tendo que aumentar suas jornadas de trabalho para dar conta da sobrevivência e das imposições de consumo. Além disso, estão enfrentando as rápidas transformações nos papéis sociais de gênero, que acarretam necessidades de rearranjos constantes nas relações, bem como exigências de busca por prazer e satisfação conjugal, além de necessidade de evitar frustrações, gerando inseguranças e prejuízos no estabelecimento de vínculos. Esta realidade vivenciada favorece pais e mães confusos e assoberbados, repercutindo nas relações com os(as) filhos(as), gerando intenso sofrimento. Todavia, esta situação não explica ou convalida o *bullying* paterno, apenas aponta para o fato de que os pais e mães também estão enfrentando momentos difíceis em suas vidas; porque como *seres-em-relação* tanto sofrem influências do meio quanto agem sobre ele, em uma relação dialógica.

Ainda, para os adolescentes, somam-se às dificuldades intrafamiliares, todos os prejuízos no papel atual da escola, com suas relações deterioradas entre os alunos e os professores, alunos com alunos, alunos e direção, professores e direção, escolas e governo e assim por diante. Isto reflete a política educacional que não prioriza o preparo de professores e coordenadores das escolas, afetando negativamente os(as) adolescentes; visto que a escola é um matriz de sentidos muito importante no desenvolvimento, pois é o segundo local de maior convivência social e que oferece modelo de aprendizagem às crianças e aos(às) adolescentes.

Desta forma, o sofrimento mostra-se como uma produção social cuja inter-relação deixa os(as) adolescentes impotentes, dificultando a luta pela autenticidade em sua identidade, acarretando, assim, prejuízos em seu desenvolvimento. Por conseguinte, na tentativa de encontrarem alívio à dor, eles(as) são conduzidos ao tratamento psiquiátrico.

Com o tratamento os(as) adolescentes recebem hipóteses diagnósticas nomeando seu sofrimento e prescrições de medicamentos que controlam suas impulsividades e seus sintomas. O fato de dar um nome à dor emocional traz, por um lado uma esperança de alívio do sofrimento, mas por outro estigmatiza o(a) adolescente como doente. Entretanto, na maioria dos casos de nossos(as) colaboradores(as), encontramos diversas hipóteses diagnósticas ainda a esclarecer, denotando as deficiências do sistema atual de

classificação, que apenas estigmatizam o(a) adolescente como apresentando diversas doenças, sem no entanto proporcionar a compreensão de seu sofrimento.

Entretanto, entendemos a importância da classificação médica psiquiátrica para direcionar o tratamento medicamentoso, o qual combate os sintomas físicos apresentados, contudo, chamamos atenção para o fato da fragilidade desta maneira de tratamento, pois entendemos, por meio da análise fenomenológica, ser necessário que o(a) adolescente seja compreendido(a) em seu sofrimento, o qual não é individual, mas sim produzido nas relações em conjunto com a estrutura genética. Compreendendo o(a) adolescente como um todo, situando-o(a) no contexto familiar e social, podemos auxiliá-lo(a) na reflexão sobre suas vivências buscando enfrentamento das dificuldades e melhor qualidade de vida.

Os autores fenomenólogos estudiosos da psicopatologia utilizados como referências para nossa compreensão das vivências dos(as) colaboradores(as), como K. Jaspers, A. Tatossian, V. Moreira e C. L. Bastos, contribuem para a reflexão do modelo de tratamento psiquiátrico e psicológico atual, ampliando nossos horizontes de entendimento do fenômeno. Todos preconizam a importância de situar a pessoa em seu meio sócio-histórico-cultural, de compreender as maneiras como interpreta, elabora, experiencia, significa e ressignifica suas vivências, para somente depois entender sua produção sintomatológica e traçar um plano terapêutico.

Desta forma, embasados na fenomenologia, como profissionais da saúde, poderemos auxiliar a pessoa em sua totalidade na busca por uma melhor qualidade de vida. Em especial, quanto aos(às) adolescentes, podemos contribuir para vivências mais autênticas, possibilitando desenvolvimento de reflexão, discernimento e ressignificações de suas experiências.

HORIZONTES

Nossas reflexões sobre o fenômeno das *vivências dos relacionamentos sócio-afetivo-sexuais de adolescentes em tratamento psiquiátrico* contribuíram ao proporcionar uma nova maneira de compreendermos os(as) adolescentes, para muito além de seus diagnósticos de doença mental.

Por meio da compreensão de suas experiências mundanas pudemos aprofundar o conhecimento do(a) adolescente no mundo atual, compreendendo melhor cada colaborador(a), nos aproximando dos significados de suas experiências. Sabemos que esta foi uma das maneiras de compreender um fenômeno que é tão complexo, de forma que o leitor que nos acompanha apresenta a possibilidade de acrescentar diversas outras leituras além das quais nós realizamos, pois nossa intencionalidade na relação com o mundo está presente, sendo esta uma limitação em nosso estudo. Contudo, esta limitação não invalida nossa compreensão, pelo contrário, pois nossas reflexões contribuíram trazendo um novo olhar para estes(as) adolescentes, normalmente estigmatizados como doentes mentais, bem como, com uma proposta de ampliação dos horizontes de compreensão de suas vivências por meio de uma escuta terapêutica que proporcione olhar o *ser* como um todo em seu *mundo-da-vida*.

Desta forma, para melhor auxiliar os(as) adolescentes neste momento tão importante da vida de desenvolvimento e construção da identidade, é imprescindível que ele(a) seja visto(a) de uma maneira mais ampla, não apenas em seus sinais e sintomas, mas em suas vivências mundanas, pois só assim poderemos proporcionar cuidado, atenção e atendimento mais humanizados, com possibilidades de novas ressignificações de suas experiências, buscando melhor qualidade de vida.

Além disso, é fundamental o desenvolvimento de programas assistenciais às famílias, possibilitando orientação e suporte social e psicológico, para o estabelecimento de diálogo e compreensão entre seus membros, auxiliando de maneira mais ampla os(as) adolescentes nesta fase tão importante da vida.

Também, chamamos atenção para a necessidade de melhor preparação dos profissionais de saúde, como médicos, psicólogos, terapeutas, entre outros, no intuito de viabilizarem uma escuta terapêutica aos(às) adolescentes, buscando compreender seu *mundo-da-vida*. Além disso, também é fundamental a melhor preparação de educadores, que vivenciam o contato diário com os(as) adolescentes, para que possam melhor entender suas demandas e se capacitarem no emprego dos limites e das orientações, tanto pedagógicas quanto sobre sexualidade.

Destacamos, por fim, a necessidade de aperfeiçoamento no planejamento curricular com ampliações em pesquisa e ensino de psicopatologia nas universidades, que são locais para formação de profissionais e da opinião pública, para expandir o conhecimento sobre o significado das moléstias emocionais na atualidade, bem como proporcionando formas de tratamento mais humanizadas e mais efetivas, principalmente

para os(as) adolescentes que estão em um momento de desenvolvimento físico, psíquico e emocional.

REFERÊNCIAS[10]

Almeida, I. S., Rodrigues, B. M. R. D. & Simões, S. M. F. (2005, março/abril) Desvelando o cotidiano do adolescente hospitalizado. *Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn,58*(2), pp. 147-151.

Amatuzzi, M. M. (2009, janeiro/março) Psicologia Fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. *Estudos de Psicologia, 26*(1), pp. 93-100.

Amatuzzi, M. M. (2007) Pesquisa Fenomenológica em Psicologia. In: Bruns, M. A. T. & Holanda, A. F. (org.) *Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas* (pp. 17-25). Campinas: Editora Alínea.

American Psychiatric Association. (2002) *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-R* (4ªEd). Artmed.

Antony, S. (2006) A criança em desenvolvimento no mundo: um olhar gestáltico. *Revista IGT na Rede, 3*(4). Disponível em http://www.igt.psc.br/ojs/ ISSN 1807-2526

Antunes, D. C. & Zuin, A. A. S. (2008) Do *bullying* ao preconceito: os desafios da barbárie à educação. *Psicologia & Sociedade, 20*(1), pp. 33-42.

Araújo, L. B. e Gomes, W. B. (1998) Adolescência e as expectativas em relação ao uso do álcool. *Psicologia : reflexão e crítica - Porto Alegre, 11*(1) 5-33.

Ariès, P. (2011) *História Social da Criança e da Família.* (D. Flaksman trad) (2ª Ed.) Rio de Janeiro: LTC.

Azevedo, R. L.W., Fonseca, A. A., Coutinho, M. P. L. & Saldanha, A. A. W. (2006) Representações Sociais da Adolescente Feminina Acerca da Sexualidade em Tempo de AIDS. *DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, 18*(3), 157-163

Bandeira, C. M. & Hutz, C. S. (2010, janeiro/junho) As implicações do *bullying* na auto-estima de Adolescentes. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, 14*(1), 131-138.

[10] De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

Barbosa, E. M. (2003) O processo de socialização infantil. *Revista Poiésis, I*(1), 20-34.

Barbosa, P. G. (2011) A criança sob o olhar da Gestalt-Terapia. *Revista IGT na Rede, 8* (14), 2-22. Disponível em http://www.igt.psc.br/ojs/ ISSN 1807-2526

Bastos, C. L. (2012) *Cientistas e Feiticeiros – Uma abordagem crítica da psiquiatria atual.* Rio de Janeiro: Revinter.

Bastos, O. (2007) Primórdios da Psiquiatria no Brasil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 29*(2), 154-155.

Bauman, Z. (2008) *Amor Líquido – Sobre a Fragilidade dos Laços Humanos.* **(**C. A. Medeiros trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora. (Trabalho original publicado em 2004).

Bauman, Z. (2009) *O Mal-Estar da Pós-Modernidade.* **(**M. Gama e C. M. Gama trads.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora. (Trabalho original publicado em 1998)

Baungart, T. A. A. & Amatuzzi, M. M. (2007) Experiência religiosa e crescimento pessoal: uma compreensão fenomenológica. *Revista de Estudos da Religião, 7*,95-111. Disponível em: http://www.pucsp.br/rever/rv4_2007/i_baungart.htm

Boeira, S. L. & Vieira, P. F. (2007) Estudos organizacionais: dilemas paradigmáticos e abertura interdisciplinar. In: Godoi, C. K., Bandeira-de-Mello, R. & Silva, A. B. (orgs.) *Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais: Paradigmas, Estratégias e Métodos.* (2ªEd.) (pp. 17-52) São Paulo: Saraiva.

Bruns, M. A. T. (2007) A redução fenomenológica em Husserl e a possibilidade de superar impasses da dicotomia subjetividade-objetividade. In: Bruns, M. A. T. & Holanda, A. F. (orgs.) *Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas.* (pp. 65-75) Campinas/SP: Editora Alínea.

Bruns, M. A. T. & Trindade, E. (2007) Metodologia fenomenológica: a contribuição da ontologia-hermenêutica de Martin Heidegger. In: Bruns, M. A. T. & Holanda, A. F. (org.) *Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas.* (pp. 77-92) Campinas/SP: Editora Alínea.

Bruns, M. A. T. (2009) A pessoa cega: erotismo e mídia. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana, 20*(1), 173-177.

Caldas, R. F. L. (2005) Fracasso escolar: reflexões sobre uma história antiga, mas atual. *Psicologia: Teoria e Prática, 7*(1): 21-33.

Carvalho, G. M. D. (2010) Adolescentes e telenovelas: sua compreensão sobre o ato de beijar. In: Bruns, M. A. T. & Souza-Leita, C. R. V. (orgs.) *Gênero em questão: diversos lugares, diferentes olhares* (pp.67-92). São Paulo: Iglu.

Ceccarelli, P. (2005, setembro/dezembro) O Sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. *Psicologia em Estudo,*10(3), 471-477.

Cemin, M. R. (2009) Psicoterapia e adolescência na perspectiva humanista fenomenológico-existencial. In: Macedo, M. M. K. (org.) *Fazer psicologia: uma experiência em clínica escola* (pp. 329-341). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Chevitarese, L. (2001) As 'Razões' da Pós-modernidade. In: *Analógos***.** Anais da I SAF-PUC. Rio de Janeiro: Booklink. - ISBN 85-88319-07-1

Costa, J. F. (2006) *História da Psiquiatria no Brasil: Um Corte Ideológico.* (5ª Ed. Rev.) Rio de Janeiro: Garamond.

Couto, M. C. V., Duarte, C. S. & Delgado, P. G. G. (2008) A saúde Mental Infantil na Saúde Pública Brasileira: Situação Atual e Desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* 30(4), 390-398.

Cugini, P. (2008, janeiro/junho) Identidade, Afetividade e as Mudanças Relacionais na Modernidade Líquida na Teoria de Zygmunt Bauman. *Diálogos Possíveis.* <www. fsba.edu.br/dialogospossiveis> Acessado em novembro de 2011.

Davim, R. M. B. et al. (2009, abril/junho) Adolescente/Adolescência: Revisão Teórica Sobre uma Fase Crítica da Vida. *Revista Rene. Fortaleza, 10*(2), 131-140.

Dalgalarrondo, P. (2008) *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.* (2ª ed.) Porto Alegre: Artmed.

Dantas, C., Jablonski, B. & Féres-Carneiro, T. (2004) Paternidade: Considerações sobre a relação pais-filhos após a separação conjugal. *Paidéia, 14*(29), 347-357.

Dartigues, A. (2010) *O que É a Fenomenologia?* (M. J. J. G. Almeida trad.). (10ª Ed.) São Paulo: Centauro.

Dayrell, J. (2007) A escola "faz" as juventudes? Reflexões em torno da socialização juvenil. *Educação Social – Campinas, 28*(100 – Especial), 1105-1128 Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>

Eizirik, M. & Bergmann, D. S. (2004, setembro/dezembro) Ausência paterna e sua repercussão no desenvolvimento da criança e do adolescente: um relato de caso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 26*(3), 330-336.

Fen, C. H., Barbosa, E. R. & Miguel, E. C. (2001) Síndrome de Gilles de La Tourette: Estudo clínico de 58 casos. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 59*(3B).

Forguieri, I. C. (1993) *Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisa.* São Paulo: Pioneira.

Foucault, M. (1975) *Doença mental e psicologia.* (L. R. Shalders trad.) Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

Foucault, M. (1987) *Vigiar e punir: nascimento da prisão.* (2ª Ed.) Petrópolis: Vozes. (Trabalho original publicado em 1975)

Foucault, M. (2006) *O poder psiquiátrico.* São Paulo/SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1974)

Frota, A. M. M. C. (2007) Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia – UERJ.* Rio de Janeiro, ano 7(1).

Giddens, A. (2010) *Modernidade e Identidade.* **(**P. Dentzien trad.) Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1999)

Godoi, C. K. & Mattos, P. L. C. L. (2010) Entrevista Qualitativa: instrumento de pesquisa e evento dialógico. In: Godoi, C. K., Bandeira-de-Mello, R. & Silva, A. B. (orgs.) *Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais: Paradigmas, Estratégias e Métodos.* (2ªEd.) (pp. 301-324) São Paulo: Saraiva.

Gonçalves, A. M. & Sena, R. R. (2001) A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família**.** *Revista Latino-americana de Enfermagem,* 9(2), 48-55.

Grossman, E. (1998, julho/setembro) A adolescência através dos tempos. *Adolescência Latino-americana, 1*(2), 68-74.

Hall, S. (2006) *A Identidade Cultural na Pós-Modernidade.* **(**T. T. Silva e G. L. Louro trads.) (11ª Ed). Rio de Janeiro: DP&A Editora.

Hersh, J. (1982) *Karl Jaspers.* **(**L. G. P. Cacais trad.). Brasília: Editora Universidade de Brasília.

Holanda, A. F. (2007) Pesquisa fenomenológica e psicologia eidética. In: Bruns, M. A. T. & Holanda, A. F. (org.s) *Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas.* (pp. 41-64) Campinas: Editora Alínea.

Jaspers, K. (2005) A abordagem fenomenológica em psicopatologia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental.* VIII(4), 769-787. (Texto originalmente publicado em 1911; A. C. T. Rodrigues trad.).

Jaspers, K. (1987a) *Psicopatologia Geral – Psicologia Compreensiva, Explicativa e Fenomenologia. Vol.1.* (S. P. Reis trad. e P. C. Rzezinski rev.) Rio de Janeiro/São Paulo: Livraria Atheneu. (Texto originalmente publicado em 1912)

Jaspers, K. (1987b) *Psicopatologia Geral – Psicologia Compreensiva, Explicativa e Fenomenologia. Vol.2.* (S. P. Reis trad. e P. C. Rzezinski rev.) Rio de Janeiro/São Paulo: Livraria Atheneu. (Texto originalmente publicado em 1912)

Jost, M. C. (2010, janeiro/março) Fenomenologia das motivações do adolescente em conflito com a lei. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*(1), 99-108.

Justo, J. S. (2005, janeiro/junho) O "ficar" na adolescência e paradigmas de relacionamento amoroso da contemporaneidade. *Revista do Departamento de Psicologia - UFF, 17*(1), 61-77.

Kern, F. A. & Silva, A. L. (2009, outubro/dezembro) A homossexualidade de frente para o espelho. *Psicologia, 40*(4), 508-515.

Krüger, C. (2010) Impressões de 1968: contracultura e identidades. *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences. 32*(2), 139-145.

Leite, M. E. & Moreira, V. (2009) A contribuição de Tellenbach e Tatossian para uma compreensão fenomenológica da depressão. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 61*(3), 46-56.

Lins, R. N. (2012) *A cama na varanda: arejando nossas idéias a respeito de amor e sexo: novas tendências.* **(**6ª Ed.) Rio de Janeiro: Best-*Seller*.

Lipovetski, G. (2004) *Os Tempos Hipermodernos.* (M. Vilela trad.) São Paulo: Barcarrola.

Lipovetski, G. (2005) *A Era do Vazio – Ensaios sobre o Individualismo Contemporâneo.* (T. M. Deutsch trad.) São Paulo: Manole.

Lira, N. T. S. (2010) Adolescentes e Adultecentes na contemporaneidade. *Revista IGT na Rede, 7*(12), 18-25. Disponível em http://www.igt.psc.br/ojs/ ISSN 1807-2526

Magalhães, M. M. (2009) A infidelidade conjugal e seus mitos: uma leitura gestáltica. *Revista IGT na Rede, 6*(10), 62 – 90. Disponível em http://www.igt.psc.br/ojs/ ISSN 1807 - 2526

Marleta, F. T. & Bruns, M. A. T. (2010) Adolescente em tratamento psiquiátrico: um estudo de como vivencia seus relacionamentos sócio-afetivo-sexuais. *1º Congresso Brasileiro de Psicologia e Adolescência.* São Paulo/SP. – Disponível em: http://psi21.com.br/ojs/index.php/CBPA/article/viewFile/41/41

Marleta-Iezzi, F. T. & Bruns, M. A. T. (2011) Adolescentes em tratamento psiquiátrico: um estudo de como vivenciam seus relacionamentos sócio-afetivo-sexuais. *I Colóquio de Psicologia, Processos Culturais e Subjetivação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.* Ribeirão Preto/SP.

Marleta-Iezzi, F. T. & Bruns, M. A. T. (2012) Vivência de homofobia (*bullying*) no horizonte escolar. *II Congresso Internacional de Sexualidade e Educação Sexual "Pesquisa, Intervenções e Direitos".* Araraquara/SP.

Martins, M. C. J. & Cianflone, A. R. L. (2010) Gênero, aprendizagem e processo de escolarização. In: Bruns, M. A. T. & Souza-Leita, C. R. V. (orgs.) *Gênero em questão: diversos lugares, diferentes olhares* (pp.47-66). São Paulo: Iglu.

Martins, J. & Dichtchekenian, M. F. S. F. B. (1984) *Temas fundamentais de fenomenologia – Centro de estudos fenomenológicos de São Paulo.* São Paulo: Moraes.

Melo, L. F. (2005) Uma visão fenomenológica sobre os limites na adolescência. *Revista IGT na Rede, 2*(2), 1-12. Disponível em http://www.igt.psc.br/ojs/

Melo, A. K. S & Moreira, V. (2008, janeiro/junho) Fenomenologia da queixa depressiva em adolescentes: um estudo crítico-cultural. *Aletheia, 27*(1), 51-64.

Ministério da Educação, Secretaria da Educação Especial (2002) *Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações.* Brasília: MEC; SEESP.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. (2005) *Reforma Psiquiátrica e Política da Saúde Mental no Brasil.* Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília.

Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. (2007) *Marco Legal: Saúde, um Direito de Adolescentes.* Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde.

Minkowski, E. (2000) Breves reflexões a respeito do sofrimento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. III*(4), 156-164.

Miranda, R. M. R. & Cury, V. E. (2010, setembro/dezembro) Dançar o adolescer: estudo fenomenológico com um grupo de dança de rua em uma escola. *Paidéia, 20*(47), 391-400.

Miranda-Sá, L. S. (2007) Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. 29*(2), 156-158.

Montalvão, T. A. G. & Costa, N. R. A. (2009, janeiro/abril) A concepção de família na ótica de adolescentes de classe popular. *Investigação, 9*(1), 63-72.

Moreira, D. A. (2004) *O Método Fenomenológico na Pesquisa.* São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Moreira, V. (2001) Psicopatologia, fenomenologia e cultura: a contribuição de Arthur Tatossian. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. IV*(3), 127-130.

Moreira, V. (2002) Psicopatologia Crítica. In: Moreira, V. & Sloan, T. *Personalidade, Ideologia e Psicopatologia Crítica* (pp. 109-245). São Paulo: Escuta.

Moreira, V. & Melo, A. K. (2008, julho/dezembro) “Minha doença é invisível!”: Revisitando o estigma de ser Doente Mental. *Interação em Psicologia – Curitiba, (12)*2, 305-314.

Moreira, V. & Telles, T. C. B. (2008, julho/dezembro) Experiências do estigma na depressão: um estudo transcultural. *Psicologia-USF, 13*(2), 233-241.

Mostazo, R. R. & Kirschbaum, D. I. R. (2003) Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. *Revista Latino-americana de Enfermagem, 11*(6), 786-791.

Nascimento, M. A. N. & Teixeira-Filho, F.S. (2008) Homossexualidades masculinas e homossociabilidades: subjetividades reveladas em narrativas de história de vida de frequentadores de dispositivos de socialização de sexualidades GLBTTT. *Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder.* Florianópolis, de 25 a 28 de agosto de 2008. – Disponível em http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST33/Nascimento_Teixeira_Filho_33.pdf

Oda, A. M. G. R. & Dalgalarrondo, P. (2004) O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental, VII*(1), 128-141.

Oliveira, A. M. N., Loch, G. M., Lopes, F. L. & Silva, L. W. S. (2005) A relação de afeto/desafeto em famílias de crianças com comportamento agressivo. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental - Rio de Janeiro, 9*(1/2), 23-30.

Organização Mundial da Saúde. (1993) *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 – Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas.* Artmed.

Outeiral, J. (2008) *Adolescer.* (3ª Ed) Editora Revinter.

Paula, A. S. & Kodato, S. (2010) Histórias de vida e representações sociais de violência por professores de escolas públicas. *Temas em Psicologia, 18*(1), 177 – 189.

Pereira, F. N. & Garcia, A. (2009) Amizade e Escolha Profissional: um Estudo com Alunos de Escolas Particulares e Públicas. *Pesquisas e Práticas Psicossociais, 4*(1), 61-71.

Pessotti, I. (2006) Sobre a teoria da loucura no século XX. *Temas em Psicologia, 14*(2), 113-123.

Poletti, E. S. & Melo, S. M. M. (2010) Algumas reflexões sobre o "ficar com" na adolescência. In: Bruns, M. A. T. & Souza-Leita, C. R. V. (orgs.) *Gênero em questão: diversos lugares, diferentes olhares* (pp.67-92). São Paulo: Iglu.

Reis, R. P. (2012, janeiro/junho) "Eu tenho medo de ficar afeminado": performances e convenções corporais de gênero em espaços de sociabilidade homossexual. *Revista NUFEN [online], 4*(1), 73-87.

Reis, M. M. F. (2010) Diferenças de gênero nos relacionamentos amorosos. In: Bruns, M. A. T. & Souza-Leita, C. R. V. (orgs.) *Gênero em questão: diversos lugares, diferentes olhares* (pp. 33-46). São Paulo: Iglu.

Rocha, A. P. R. & Garcia, C. A. (2008) A Adolescência como Ideal Cultural Contemporâneo. *Psicologia, Ciência e Profissão, 28*(3), 622-631.

Rodrigues, A. C. T. (2005) Karl Jaspers e a abordagem fenomenológica em psicopatologia. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental, VIII*(4), 754-768.

Romanelli, G. & Godinho, L. C. (2010) Gênero, identidade e subjetividade feminina em famílias das camadas populares. In: Bruns, M. A. T. & Souza-Leita, C. R. V. (orgs.) *Gênero em questão: diversos lugares, diferentes olhares* (pp.117-144). São Paulo: Iglu.

Romaro, R. A. & Capitão, C. G. (2007) A violência doméstica contra crianças e adolescentes. *Psicologia para América Latina - México,* n.9. Versão Online ISSN 1870-350X - Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870-50X2007000100002&script=sci_arttext

Rosas, F. K. & Cionek, M. I. G. D. (2006, janeiro/junho) O impacto da violência doméstica contra crianças e adolescentes na vida e na aprendizagem. *Conhecimento Interativo, São José dos Pinhais, PR, 2*(1), 10-15.

Roselli-Cruz, A. (2011, janeiro/abril) Homossexualidade, homofobia e a agressividade do palavrão. Seu uso na educação sexual escolar. *Educar em Revista,* (39), 73-85.

Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007) *Compêndio de Psiquiatria – Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica.* (9ª Ed.) Artmed.

Santos, L. P. (2010) Maternidade, Paternidade, Deficiências: Poder e deslocamentos não compartilhados? *Fazendo Gênero 9 – Diásporas, Diversidades, Deslocamentos* – 23 a 26 de agosto de 2010. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278301985_ARQUIVO_MATERNIDAD1.pdf

Santos, M. A. (2010) Tem gato na tuba: a inserção de jovens homens no mercado do trabalho sexual. In: Bruns, M. A. T. & Souza-Leita, C. R. V. (orgs.) *Gênero em questão: diversos lugares, diferentes olhares* (pp.145-162). São Paulo: Iglu.

Sapienza, G. & Pedromônico, M. R. M. (2005, maio/agosto) Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo - Maringá, 10*(2), 209-216.

Schneider, D. R. (2009, outubro/dezembro) Caminhos históricos e epistemológicos da psicopatologia: contribuições da fenomenologia e existencialismo. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental,* 1(2), 62-76.

Sena, E. L. S., Boery, R. N. S. O., Carvalho, P. A. L., Reis, H. F. T. & Marques, A. M. N. (2011, abril/junho) Alcoolismo no contexto familiar: um olhar fenomenológico. *Texto Contexto Enfermagem - Florianópolis, 20*(2): 310-318.

Setton, M. Z. & Pazinato, P. (2002) Um estudo da paternidade: aproximação entre a abordagem fenomenológica existencial e a abordagem relacional sistêmica. *Boletim de Iniciação Científica em Psicologia, 3*(1), 74-100.

Silva, M. R. S. (2003) Família de alcoolista: o retrato que emerge da literatura. *Família, Saúde e Desenvolvimento - Curitiba,* 5(1), 09-18. Disponível em: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/download/5090/3846

Silva, A. B. (2010) A Fenomenologia como Método de Pesquisa em Estudos Organizacionais. In: Godoi, C. K., Bandeira-de-Mello, R. & Silva, A. B. (org.s) *Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais: Paradigmas, Estratégias e Métodos.* **(**2ªEd.) (pp. 267-300) São Paulo: Saraiva.

Silva, C. R. & Lopes, R. E. (2009, julho/dezembro) Adolescência e Juventude: entre conceitos e políticas públicas. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar,* 17(2), 87-106.

Soares, M. S. & Santarosa, L. M. C. (2007) A motivação de crianças hospitalizadas para o uso dos ambientes digitais virtuais. Anais do XXVII Congresso da SBC Rio de Janeiro.

www.br-ie.org/pub/index.php/wie/article/download/955/941 (Acessado em novembro de 2012)

Soares, S. M., Amaral, M. A., Silva, L. B. & Silva, P. A. B. (2008) Oficinas sobre sexualidade na adolescência: revelando vozes, desvelando olhares de estudantes do ensino médio. *Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem, 12*(3), 485-491.

Sobrinho, E. M. (2010) Adolescência e Trânsito. *Revista IGT na Rede, 7*(12), 2-17. Disponível em http://www.igt.psc.br/ojs ISSN 1807-2526

Souza-Leite, C. R. V. & Bruns, M. A. T. (2010) Gênero em questão: Diversos lugares, diferentes olhares. In: Bruns, M. A. T. & Souza-Leita, C. R. V. (orgs.) *Gênero em questão: diversos lugares, diferentes olhares* (pp.17-32). São Paulo: Iglu.

Spohr, B. & Schneider, D. R. (2009, julho/dezembro) Bases Epistemológicas da Antipsiquiatria: A Influência do Existencialismo de Sartre. *Revista da Abordagem Gestáltica, XV*(2), 115-125.

Talamoni, A. C. B. (2008, janeiro/junho) Corpo, educação e saúde: percepções de jovens adolescentes. *Cadernos de História da Ciência – Instituto Butantan, IV* (1), 70-84.

Tatossian, A. (2006) *A fenomenologia das psicoses.* **(**C. Freire trad. e V. Moreira rev. tec). São Paulo: Escuta. (Trabalho originalmente publicado em 1979)

Thurler, A. L. (2006, setembro/dezembro) Outros horizontes para a paternidade brasileira no século XXI? *Sociedade e Estado,* 21(3), 681-707.

Thurler, A. L. (2012, fevereiro/maio) Paternidades com práticas políticas. *Revista Jurídica da Presidência Brasília, 14*(102), 117 a 137.

Venâncio, A. T. A. (2003, setembro/dezembro) Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. *História, Ciências, Saúde, 10*(3), 883-900.

Villela, W. V. & Doreto, D. T. (2006) Sobre a experiência sexual dos jovens. *Caderno de Saúde Pública. 22*(11), 2467-2472.

Viteck, C. M. (2007) Punk: anarquia, neotribalismo e consumismo no rock´n´roll. *Espaço Plural***,** *VIII*(16), 53-58.

Zolles, U. (2007, julho/dezembro) Fenomenologia e teoria do conhecimento em Husserl. *Revista da Abordagem Gestáltica, XIII*(2), 216-221.

Zimerman, D. E. (1999) *Fundamentos Psicanalíticos – Teoria, Técnica e Clínica.* Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

ANEXO A

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.usp.br

USP - RIBEIRÃO
assistência - ensino - pesquisa

Ribeirão Preto, 02 de setembro de 2010

Ofício nº 2999/2010
CEP/MGV

Prezadas Senhoras,

O trabalho intitulado **"ADOLESCENTES EM TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: UM ESTUDO DE COMO VIVENCIAM SEUS RELACIONAMENTOS SÓCIO-AFETIVO-SEXUAIS"** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 311ª Reunião Ordinária realizada em 30/08/2010 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,** de acordo com o Processo HCRP nº 9414/2010.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras
FERNANDA TOMÉ MARLETA
PROFª DRª MARIA ALVES DE TOLEDO BRUNS (Orientadora)
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP – Depto. de Psicologia e Educação

Comitê de Ética em Pesquisa HCRP e FMRP-USP - Campus Universitário
FWA – 0000 2733; IRB – 0000 2186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4
Fone (16) 3602-2228 - E-mail : cep@hcrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

ANEXO B

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo
Departamento de Psicologia e Educação
Av. Bandeirantes, 3900 – Ribeirão Preto, SP – 14.090-901

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resolução n° 196 de outubro de 1996)

Nome da Pesquisa:

"Adolescentes em tratamento psiquiátrico: um estudo de como vivenciam seus relacionamentos sócio-afetivo-sexuais"

Orientadora Responsável:
Profa. Dra. Maria Alves de Toledo Bruns
Responsável pela Pesquisa:
Fernanda Tomé Marleta

Sou psicóloga, CRP n° 06/80723, estou realizando uma pesquisa para obtenção do grau de Mestre em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com adolescentes, de 12 à 19 anos, que fazem tratamento psiquiátrico no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Este estudo tem como objetivo compreender, através dos relatos dos adolescentes, como estes, que estão em um momento difícil de sua vida, com muitos conflitos, necessitando de tratamento psiquiátrico, vivenciam seus relacionamentos com colegas, familiares e como entendem seu comportamento com parceiros afetivos.

Esta pesquisa é de elevada importância dada a pouca produção científica nacional sobre este tema. Além disso, visa ampliar os conhecimentos nesta área e auxiliar o trabalho de psicólogos e profissionais da área da saúde em um melhor desenvolvimento técnico no trabalho com esta clientela.

Para a realização deste estudo preciso da colaboração de alguns adolescentes e gostaria que seu(a) filho(a) fosse um deles. Assim, para a participação de seu(a) filho(a) neste estudo preciso inicialmente que você esteja ciente das seguintes questões:

1) A participação de seu(a) filho(a) é voluntária e uma recusa não implicará em prejuízos no atendimento dele no Hospital das Clínicas;
2) As informações que seu(a) filho(a) fornecer poderão ser utilizadas em trabalhos científicos, mas sua identidade será sempre preservada;
3) Caso seu(a) Filho(a) aceite, realizarei uma entrevista com ele(a), isto é, conversaremos um pouco, em uma sala reservada, sobre algumas questões relativas à vida, ao desenvolvimento, aos relacionamentos com família e amigos e relacionamentos amorosos. Tais questões são importantes para que seja possível conhecê-lo melhor;
4) Durante a entrevista, será necessária a utilização de um gravador, caso você e seu(a) filho(a) não se oponham, pois é preciso termos certeza de que nada do que seu(a) filho(a) disser será "esquecido".
5) A princípio pensei agendarmos um encontro sem limite de tempo estabelecido. Mas, caso seu(a) filho(a) queira descansar um pouco, podemos, a qualquer momento, parar por algum tempo até que ele(a) esteja novamente disposto a continuar; ou caso ele(a) queira continuar em outro dia, este poderá ser agendado de acordo com a disponibilidade de vocês.
6) Não existe nenhum risco significativo em participar deste estudo. Contudo, algumas questões podem trazer certo desconforto ou incômodo, em virtude dos temas a serem abordados. Caso haja necessidade, eu mesma, que sou psicóloga do serviço, estarei à disposição de seu(a) filho(a) para oferecer um atendimento psicológico, em um horário a combinar, reservado especialmente para esse fim;

7) Seu(a) filho(a) é livre para desistir da participação no trabalho em qualquer momento;
8) Eventuais despesas relativas à participação de seu(a) filho(a) nesta pesquisa, tais como transportes, refeições, etc., serão pagas pela pesquisadora;
9) Caso queira falar comigo, você pode deixar um recado no fone (16)36022727, secretaria do Ambulatório de Psiquiatria, que assim que possível eu retorno a ligação.

Após ter tomado conhecimento destes fatos, concordar com a participação de seu(a) filho(a) na pesquisa e assumindo não ter sofrido nenhuma pressão para tanto:

Eu_____ concordo que meu(a) filho(a) _____ participe deste estudo e estou ciente de que a participação de meu(a) filho(a) é voluntária, estando livre para em qualquer momento desistir de colaborar com a pesquisa, sem nenhuma espécie de prejuízo.

Eu recebi uma cópia deste termo e a possibilidade de poder lê-lo.

Data:

_____

Assinatura do pai ou responsável

_____

Assinatura do pesquisador – responsável:
Fernanda Tomé Marleta

_____

Assinatura do orientador – responsável:
Profa. Dra. Maria Alves de Toledo Bruns

ANEXO C

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo
Departamento de Psicologia e Educação
Av. Bandeirantes, 3900 – Ribeirão Preto, SP – 14.090-901

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resolução n° 196 de outubro de 1996)

Nome da Pesquisa:
"Adolescentes em tratamento psiquiátrico: um estudo de como vivenciam seus relacionamentos sócio-afetivo-sexuais"
Orientadora Responsável:
Profa. Dra. Maria Alves de Toledo Bruns
Responsável pela Pesquisa:
Fernanda Tomé Marleta

Sou psicóloga, CRP n° 06/80723, estou realizando uma pesquisa para obtenção do grau de Mestre em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com adolescentes, de 12 à 19 anos, que fazem tratamento psiquiátrico no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Este estudo tem como objetivo compreender, através dos relatos dos adolescentes, como estes, que estão em um momento difícil de sua vida, com muitos conflitos, necessitando de tratamento psiquiátrico, vivenciam seus relacionamentos com colegas, familiares e como entendem seu comportamento com parceiros afetivos.

Esta pesquisa é de elevada importância dada a pouca produção científica nacional sobre este tema. Além disso, visa ampliar os conhecimentos nesta área e auxiliar o trabalho de psicólogos e profissionais da área da saúde em um melhor desenvolvimento técnico no trabalho com esta clientela.

Para a realização deste estudo preciso da colaboração de alguns adolescentes e gostaria que você fosse um deles. Assim, para a sua participação neste estudo preciso inicialmente que você esteja ciente das seguintes questões:

1) Sua participação é voluntária e uma recusa não implicará em prejuízos no seu atendimento no Hospital das Clínicas;
2) As informações que você fornecer poderão ser utilizadas em trabalhos científicos, mas sua identidade será sempre preservada;
3) Caso você aceite, realizarei uma entrevista com você, isto é, conversaremos um pouco, em uma sala reservada, sobre algumas questões relativas à vida, ao desenvolvimento, aos relacionamentos com família e amigos e relacionamentos amorosos. Tais questões são importantes para que seja possível conhecê-lo melhor;
4) Durante a entrevista, será necessária a utilização de um gravador, caso você não se oponha, pois é preciso termos certeza de que nada do que você disser será "esquecido".
5) A princípio pensei agendarmos um encontro sem limite de tempo estabelecido. Mas, caso você queira descansar um pouco, podemos, a qualquer momento, parar por algum tempo até que você esteja novamente disposto a continuar; ou caso você queira continuar em outro dia, este poderá ser agendado de acordo com sua disponibilidade.
6) Não existe nenhum risco significativo em participar deste estudo. Contudo, algumas questões podem trazer certo desconforto ou incômodo, em virtude dos temas a serem abordados. Caso haja necessidade, eu mesma, que sou psicóloga do serviço, estarei à sua disposição para oferecer um atendimento psicológico, em um horário a combinar, reservado especialmente para esse fim;
7) Você é livre para desistir da participação no trabalho em qualquer momento;
8) Eventuais despesas relativas à sua participação nesta pesquisa, tais como transportes, refeições, etc., serão pagas pela pesquisadora;

9) Caso queira falar comigo, você pode deixar um recado no fone (16)36022727, secretaria do Ambulatório de Psiquiatria, que assim que possível eu retorno a ligação.

Após ter tomado conhecimento destes fatos, concordar com a sua participação na pesquisa e assumindo não ter sofrido nenhuma pressão para tanto:
Eu_____ aceito e concordo em participar deste estudo e estou ciente de que a minha participação é voluntária estando livre para em qualquer momento desistir de colaborar com a pesquisa, sem nenhuma espécie de prejuízo.
Eu recebi uma cópia deste termo e a possibilidade de poder lê-lo.

Data:

_____
Assinatura do adolescente colaborador

_____
Assinatura do pesquisador – responsável:
Fernanda Tomé Marleta

_____
Assinatura do orientador – responsável:
Profa. Dra. Maria Alves de Toledo Bruns

ANEXO D

ABEP
associação brasileira de empresas de pesquisa

Critério de Classificação Econômica Brasil

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é exclusivamente de **classes *econômicas*.**

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	**Analfabeto / Até 3ª. Série Fundamental**	0
Primário completo / Ginasial incompleto	**Até 4ª. Série Fundamental**	1
Ginasial completo / Colegial incompleto	**Fundamental completo**	2
Colegial completo / Superior incompleto	**Médio completo**	4
Superior completo	***Superior completo***	*8*

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	42 - 46	0,9%
A2	35 - 41	4,1%
B1	29 - 34	8,9%
B2	23 - 28	15,7%
C1	18 - 22	20,7%
C2	14 - 17	21,8%
D	8 - 13	25,4%
E	0 - 7	2,6%

ANEXO E

ROTEIRO DE IDENTIFICAÇÃO DO(A) COLABORADOR(A)

Nome:

Data de nascimento: Idade:

Naturalidade:

Procedência:

Grau de escolaridade:

Você trabalha? Onde? Em que? Há quanto tempo?

Religião:

Reside com quem?

Você tem irmãos.... quantos? Qual sexo? Você é qual na ordem dos filhos? (p. ex., primeiro, segundo, e/ou terceiro filho?)

Seus pais moram juntos e ou são separados? Em sendo separados, eles se casaram novamente e/ou namoram?

Há quanto tempo faz tratamento psiquiátrico?

Na época, o que fez você procurar tratamento psiquiátrico?

Quem teve a iniciativa de buscar ajuda para você? Por ex: (sua mãe, pai, professor(a)?

Você sabe o diagnóstico que o médico deu?

Antes de vir para cá, você foi a outros médicos?

Você já foi internado? Sim... não... Por quanto tempo?

Você gosta daqui? Fale um pouco de como você se sente em relação aos profissionais que lhe atendem, por exemplo o médico, a psicóloga, a assistente social e outros ...

Tem mais alguém na família que faz tratamento psiquiátrico?