

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CLÍNICA

Rita de Cassia de Souza Sá

**Depressão em Adolescentes do Ensino Médio e Respostas ao Questionário Desiderativo:
Estudo Compreensivo e Acolhimento em Grupo**

São Paulo

2023

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CLÍNICA

Rita de Cassia de Souza Sá

**Depressão em Adolescentes do Ensino Médio e Respostas ao Questionário Desiderativo:
Estudo Compreensivo e Acolhimento em Grupo**

VERSÃO CORRIGIDA

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade São Paulo IP.USP, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Linha de Pesquisa: “Práticas Clínicas Psicológicas: fundamentos, procedimentos e interlocuções”

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientação: Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo.

São Paulo

2023

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.

Catlogação na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Sá, Rita de Cassia de Souza

Depressão em Adolescentes do Ensino Médio e Respostas ao Questionário Desiderativo: Estudo Compreensivo e Acolhimento em Grupo / Rita de Cassia de Souza Sá; orientadora Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. -- São Paulo, 2023. 160 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2023.

1. Depressão. 2. Adolescência. 3. Questionário Desiderativo. 4. Desenho- Estória com Tema. 5. Rodas de Conversa. I. Tardivo, Leila Salomão de La Plata Cury, orient. II. Título.

Sá, Rita de Cássia de Souza

Depressão em Adolescentes do Ensino Médio e Respostas ao Questionário Desiderativo: Estudo Compreensivo e Acolhimento em Grupo.

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia Clínica, da Universidade de São Paulo – USP, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Aprovada em: 21 / 06 / 2023.

Banca Examinadora

Presidente, Prof.^a Dra. Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo – Orientadora/
Universidade de São Paulo

Julgamento: Aprovada

Assinatura: _____

Prof.^a Dra. HELENA RINALDI ROSA Instituição: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Julgamento: Aprovada

Assinatura: _____

Prof.^o Dr. ANTÔNIO AUGUSTO PINTO JÚNIOR Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Julgamento: Aprovada

Assinatura: _____

Dedico

*A minha irmã Josimeire (in memoriam),
que deixou sua alegria como exemplo;*

*Aos meus filhos, Miguel e Pierre,
que me ensinaram o que é amar acima de tudo.*

*Ao Jefferson,
pela parceria no amor e na vida.*

*Aos meus pais, Zizalia e José,
que na sua simplicidade me ensinaram o mais importante.*

AGRADECIMENTOS

A CAPES, pelo precioso incentivo. Como é importante investir no conhecimento! Muito obrigada pela concessão da bolsa de mestrado, tão importante para o desenvolvimento e fortalecimento da ciência brasileira!



Continuar viva e com meus familiares neste momento marcado pela passagem de uma pandemia, já é o motivo de maior gratidão! Agradeço a Deus! Muita emoção ainda estar aqui para a realização deste sonho.

À minha orientadora, Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo, mas, sinto que me faltarão palavras para descrever o quanto sinto gratidão. Para além de todo seu conhecimento e em nunca negar compartilhá-lo, agradeço pela generosidade em me deixar desabrochar na área acadêmica; pelo ‘chocolateira’ mesmo não sendo possível presencialmente pelo necessário distanciamento, sempre esteve nas intenções, o que nutriu além do corpo.

À Helena Rinaldi Rosa, obrigada por hoje compor minha Banca! Mais que isso querida professora, obrigada por sua generosidade e acolhimento. Recebeu-me na primeira disciplina que cumpri no IP.USP como aluna especial. Sempre se colocou em igualdade com todos nós, seus pupilos, disposta a ensinar e aprender conosco. Que grandiosa você é! Obrigada por abrir sua casa nos saudosos dias de domingo, obrigada por abrir seu coração!

Ao professor Antônio Augusto Pinto Júnior, pelo aceite à Banca Examinadora e por suas pontuações que muito enriqueceram a elaboração deste estudo.

Aos adolescentes que deveras contribuíram com esta pesquisa compartilhando suas questões.

À direção das escolas que abriram suas portas possibilitando a realização deste estudo!

Às amigas e aos amigos membros do APOIAR pela torcida, pelo apoio; somos uma família! Obrigada pelo amor com que todos doam seu tempo, seus conhecimentos tentando mitigar sofrimentos. Orgulho de fazer parte dessa equipe!

À toda minha família, meu tio, minhas tias, meus primos e primas, minhas sobrinhas e sobrinhos, meu irmão, meus pais, vocês são a estrutura da minha existência! Sempre se orgulharam de mim e deixaram sempre claro. É deveras valioso poder estar com vocês!

Agradeço a você minha irmã, que de onde estiver está torcendo por mim!

Aos meus filhos, meu marido, vocês são a minha vida!

E, finalmente, a Universidade de São Paulo, ao Instituto de Psicologia, ao Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, por me tornar aluna, membro, parte da USP! É imensurável minha alegria, meu orgulho!

*“Não sei se a vida é pouco ou demais para mim.
Não sei se sinto demais ou de menos, não sei*

...

*Porque, de tão interessante que é a todos os momentos,
A vida chega a doer, a enjoar, a cortar, a roçar, a ranger
A dar vontade de dar gritos, de dar pulos, de ficar no chão, de sair*

...

*Não sei ser útil mesmo sentindo, ser prático,
ser cotidiano, nítido,
Ter um lugar na vida, ter um destino entre os homens,
Ter uma obra, uma força, uma vontade, uma horta,
Uma razão para descansar, uma necessidade de me distrair,
Uma coisa vinda diretamente da natureza para mim.*

...

*Multipliquei-me, para me sentir
Para me sentir, precisei sentir tudo.”*

(Fernando Pessoa - Passagem das Horas)

Sá, R.C.S. (2023). Depressão em Adolescentes do Ensino Médio e Respostas ao Questionário Desiderativo: Estudo Compreensivo e Acolhimento em Grupos. (Dissertação de Mestrado-Versão Corrigida). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo. Brasil.

RESUMO

Os adolescentes concentram importante parcela da população mundial e são a base das sociedades que construirão o futuro próximo da humanidade. No entanto, este público tem apresentado alto índice de adoecimento psíquico, e a depressão moderada a grave desponta entre as principais causas de incapacitação e mortalidade, especialmente nos anos finais da adolescência. A presente pesquisa se baseou em estudo quanti-qualitativo com estudantes do terceiro ano do Ensino Médio, com o principal objetivo: investigar se havia diferenças quantitativas, e se houvesse, indicá-las, entre as respostas no Questionário Desiderativo (QD) daqueles com pontuação para depressão moderada a grave, averiguado no Inventário de Depressão de Beck-II(BDI-II) quando comparado aos pares sem pontuação para o transtorno depressivo. Secundariamente, verificar possível quadro associado de ansiedade e depressão entre os partícipes; pretendendo ainda compreender as significações dos adolescentes participantes sobre a depressão no do Desenho-Estória com Tema D-E(T); e oferecer suporte emocional aos jovens por meio de ações de acolhimento no ambiente escolar, amparadas em condutas éticas diante do sofrimento psíquico, e particular preocupação, com o público adolescente. Para alcançar os objetivos propostos, aplicou-se o Inventário de Depressão de Beck que avalia a depressão na população geral a partir dos 10 anos de idade; o Inventário Beck de Ansiedade (BAI) a fim de verificar possível coexistência recorrente de ansiedade e depressão, o Procedimento de Desenho-Estória com Tema, como instrumento auxiliar, que favorece a compreensão de como um indivíduo e seu grupo significam determinada situação. O QD, principal instrumento deste trabalho, é uma técnica projetiva que fornece informações acerca do funcionamento psicodinâmico, como recursos defensivos, força do Ego e aspectos afetivos. Compôs-se a amostra com 50 adolescentes entre 17 e 19 anos de idade, oriundos de duas escolas, nas cidades de Santos e Praia Grande, ambas em São Paulo, Brasil. As respostas dos participantes foram submetidas ao *Fischer Exact Test* Software *jamovi* (Version 2.3), para apontamentos quantitativos, assim como, os dados foram analisados sob perspectiva psicanalítica psicodinâmica. Houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0.001$) no item Qualidade das Respostas no Questionário Desiderativo, na catexia negativa. Percebeu-se no Grupo Controle tendência a respostas consideradas originais, enquanto o Grupo Clínico tendeu a símbolos convencionais ou comuns; podendo ser indicativo da apatia presente no estado depressivo grave. O Procedimento de DE-(T) e Ações de Acolhimento, em especial, Rodas de Conversa, mostraram-se importantes pilares compreensivos da presente investigação.

Palavras-chave: Questionário Desiderativo; Adolescência; Depressão na Adolescência; Desenho-Estória com Tema; Acolhimento em Grupos;

Sá, R.C.S. (2023). Depression in High School Adolescents and Answers to the Desiderative Questionnaire: Comprehensive Study and Emotional Support in Groups. (Master's Dissertation - Corrected Version). Institute of Psychology. University of São Paulo. São Paulo. Brazil.

ABSTRACT

Adolescents concentrate an important portion of the world's population and are the basis of the societies that will build the near future of humanity. However, this public has presented a high rate of mental illness, and moderate to severe depression is among the main causes of disability and mortality, especially in the final years of adolescence. The present research was based on a quantitative-qualitative study with students of the third year of high school, with the main objective: to investigate if there were quantitative differences, and if there were, to indicate them, between the answers in the Desiderative Questionnaire (QD) of those with scores for moderate to severe depression, checked in the Depression Inventory de Beck-II (BDI-II) when compared to peers without a score for depressive disorder. Initially, there is a possible associated picture of anxiety and depression among the participants; also intending to understand the meanings of the participating adolescents about depression in the Drawing-Story with Theme; and the to offer emotional support to young people through welcoming actions in the school environment, supported by ethical conduct in the face of psychic suffering, and particular concern, with the adolescent public. To achieve the proposed objectives, we applied the Beck Depression Inventory, which assesses depression in the general population from 10 years of age; the Beck Anxiety Inventory (BAI) in order to verify the possible coexistence of anxiety and depression, the Theme-Story Drawing Procedure, as an auxiliary instrument, that favors the understanding of how an person and his group give meaning to a given situation. The QD, the main instrument of this work, is a projective technique that provides information about psychodynamic functioning, such as defensive resources, Ego strength and affective aspects. The sample was composed of 50 adolescents between 17 and 19 years of age, from two schools in the cities of Santos and Praia Grande, both in São Paulo, Brazil. The answers of the participants were submitted to the *Fischer Exact Test* Software *jamovi* (Version 2.3), for quantitative notes, as well as the data were analyzed from a psychoanalytic psychodynamic perspective. There was a statistically significant difference ($p < 0.001$) in the item Quality of Answers in the Desiderative Questionnaire, in the negative cathexia. It was noticed in the Control Group a tendency to responses considered original, while the Clinical Group tended to conventional or common symbols; may be indicative of the apathy present in the severe depressive state. The Drawing-Story with Theme and welcoming actions, especially Conversation Circles, proved to be important comprehensive pillars of the present investigation.

Keywords: Desiderative Questionnaire; Adolescence; Depression in Adolescence; Story-Drawing with Theme; Emotional Support.

Sá, R.C.S. (2023). Depresión en Adolescentes de Secundaria y Respuestas al Cuestionario Desiderativo: un Estudio Comprensivo y Acogida en Grupos. (Disertación de Maestría-Versión Corregida). Instituto de Psicología. Universidad de São Paulo. São Paulo. Brasil.

RESUMEN

Los adolescentes concentran una parte importante de la población mundial y son la base de las sociedades que construirán el futuro cercano de la humanidad. Sin embargo, este público ha presentado una alta tasa de enfermedad mental, y la depresión moderada a severa se encuentra entre las principales causas de discapacidad y mortalidad, especialmente en los últimos años de la adolescencia. La presente investigación fue basada en un estudio cuantitativo-cualitativo con estudiantes del tercer año de Secundaria, con el objetivo principal: investigar si existían diferencias cuantitativas, y si las había, indicarlás, entre las respuestas en el Cuestionario Desiderativo de aquellos con puntuación para depresión moderada a severa, averiguado en el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), en comparación con pares sin una puntuación para el trastorno depresivo. Secundariamente verificar depresión y ansiedad asociada entre los participantes; tiene la intención de comprender los significados de los adolescentes participantes sobre la depresión en el Dibujo-Cuento con Tema; y ofrecer apoyo emocional a los jóvenes a través de acciones de acogida en el ambiente de la escuela, apoyadas por una conducta ética frente al sufrimiento psíquico, y una preocupación particular, con el público adolescente. Para lograr los objetivos propuestos, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck, que evalúa la depresión en la población general a partir de los 10 años de edad; el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) para verificar la posible coexistencia de ansiedad y depresión, el Procedimiento de Dibujo-Cuentos Temáticos, como instrumento auxiliar, que permite la comprensión de cómo un individuo y su grupo significa una situación dada. El Cuestionario Desiderativo, el instrumento principal de este trabajo, es una técnica proyectiva que proporciona información sobre el funcionamiento psicodinámico, como los recursos defensivos, la fuerza del Yo y los aspectos afectivos. La muestra estuvo constituida por 50 adolescentes entre 17 y 19 años, de dos escuelas de las ciudades de Santos y Praia Grande, ambas de São Paulo, Brasil. Las respuestas de los participantes fueron enviadas al *software Test exact de Fischer jamovi* (Versión 2.3), para notas cuantitativas, así como los datos fueron analizados desde una perspectiva psicodinámica psicoanalítica. Hubo diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) en el ítem Calidad de las Respuestas en el Cuestionario Desiderativo, en la catexia negativa. Se observó en el Grupo Control una tendencia a las respuestas consideradas originales, mientras que el Grupo Clínico tendió a símbolos convencionales o comunes; puede ser indicativo de la apatía presente en el estado depresivo severo. El Procedimiento de Dibujo-Cuentos Temáticos y las acciones de acogida, especialmente Círculos de Conversación, demostraron ser importantes pilares integrales de la presente investigación.

Palabras-clave: Cuestionario Desiderativo; Adolescencia; Depresión en la Adolescencia; Dibujos-Cuento con Tema; Acogida;

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1: Níveis de severidade da depressão no BDI-II	59
Gráfico 1: Pontuações obtidas pelos participantes do Grupo Clínico e Grupo Controle	60
Gráfico 2: Relação idade dos participantes do Grupo Clínico e Grupo Controle	61
Gráfico 3: Relação sexo dos participantes do Grupo Clínico e Controle	62
Gráfico 4: Relação depressão e ansiedade no Grupo Clínico e Grupo Controle	64
Gráfico 5: Perseveração no Questionário Desiderativo entre o Grupo Clínico e Grupo Controle	66
Gráfico 6: Resposta Antropomórfica no Questionário Desiderativo entre o Grupo Clínico e Grupo Controle	67
Gráfico 7: Tempos de Reação reino animal no Questionário Desiderativo entre o Grupo Clínico e Grupo Controle	78
Gráfico 8: Tempos de Reação reino inanimado no Questionário Desiderativo entre o Grupo Clínico e Grupo Controle	78
Gráfico 7: Tempos de Reação reino vegetal no Questionário Desiderativo entre o Grupo Clínico e Grupo Controle	78
Gráfico 10: Símbolos no Reino Animal Catexia Positiva no Questionário Desiderativo entre o Grupo Clínico e Grupo Controle	80
Gráfico 11: Símbolos no Reino Inanimado Catexia Positiva no Questionário Desiderativo entre o Grupo Clínico e Grupo Controle	82
Gráfico 12: Símbolos no Reino Vegetal Catexia Positiva no Questionário Desiderativo entre o Grupo Clínico e Grupo Controle	84
Gráfico 13: Símbolos Reino Animal Catexia Negativa no Questionário Desiderativo entre o Grupo Clínico e Grupo Controle	86
Gráfico 14: Símbolos Reino Inanimado Catexia Negativa no Questionário Desiderativo entre o Grupo Clínico e Grupo Controle	89
Gráfico 15: Símbolos Reino Vegetal Catexia Negativa no Questionário Desiderativo entre o Grupo Clínico e Grupo Controle	91
Gráfico 16: Índice de Força de Ego Desempenhos Individuais nos Grupos Clínico e Controle	92
Gráfico 17: Média Força de Ego averiguada no Test W de Wilcoxon entre dos Grupos Clínico e Controle	93
D-E(T)1	95

D-E(T)2	95
D-E(T)3	96
D-E(T)4	96
D-E(T)5	96
D-E(T)6	97
D-E(T)7	97
D-E(T)8	97
D-E(T)9	98
D-E(T)10	98
D-E(T)11	98
D-E(T)12	99
D-E(T)13	99
D-E(T)14	99
D-E(T)15	100
D-E(T)16	100
D-E(T)17	100
D-E(T)18	101
D-E(T)19	101
D-E(T)20	101
D-E(T)21	102
D-E(T)22	102
D-E(T)23	102
D-E(T)24	103
D-E(T)25	103
D-E(T)26	103
D-E(T)27	104
D-E(T)28	104
D-E(T)29	104
D-E(T)30	105
D-E(T)31	105
D-E(T)32	105
D-E(T)33	106
D-E(T)34	106
D-E(T)35	106
D-E(T)36	107
D-E(T)37	107
D-E(T)38	107
Figura 2: Temas em comum nas Rodas de Conversa da Escola 1	109
Figura 3: Encontro com grupo A	111
Figura 4: Significações da Depressão e meios de lidar propostas pelo grupo A	111
Figura 5: Encontro com grupo B	112
Figura 6: Significações da Depressão e meios de lidar propostas pelo grupo B	112
Figura 7: Encontro com grupo C	113

Figura 8: Significações da Depressão e meios de lidar propostas pelo grupo C	113
Figura 9: Encerramento e agradecimento	114

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição em relação a idade	61
Tabela 2: Distribuição em relação ao sexo	62
Tabela 3: Distribuição da correlação entre Depressão e Ansiedade	63
Tabela 4: Distribuição dos participantes quanto a Perseveração nas Catexia Positiva, Negativa e Positiva e Negativa no Questionário Desiderativo	65
Tabela 5: Distribuição dos participantes quanto a Resposta Antropomórfica nas Catexia Positiva, Negativa e Positiva e Negativa no Questionário Desiderativo	67
Tabela 6: Distribuição dos participantes quanto à Adequação a Consigna nas Catexias Positiva e Negativa no Questionário Desiderativo	69
Tabela 7: Distribuição dos participantes quanto à Qualidade da Resposta nas Catexias Positiva e Negativa no Questionário	71
Tabela 8: Distribuição dos participantes quanto à Dissociação nas Catexias Positiva e Negativa no Questionário Desiderativo	73
Tabela 9: Distribuição dos participantes quanto à Identificação Projetiva nas Catexias Positiva e Negativa no Questionário Desiderativo	74
Tabela 10: Distribuição dos participantes quanto à Racionalização nas Catexias Positiva e Negativa no Questionário Desiderativo	75
Tabela 11: Distribuição dos participantes quanto à Perspectiva Vincular da Resposta nas Catexias Positiva e Negativa no Questionário Desiderativo	76
Tabela 12: Distribuição dos participantes quanto ao Tempo nas Catexias Positiva e Negativa no Questionário Desiderativo	77
Tabela 13: Distribuição dos símbolos no Reino Animal Catexia Positiva	80
Tabela 14: Distribuição dos símbolos no Reino Inanimado Catexia Positiva	82
Tabela 15: Distribuição dos símbolos no Reino Vegetal Catexia Positiva	83
Tabela 16: Distribuição dos símbolos no Reino Animal Catexia Negativa	85
Tabela 17: Distribuição dos símbolos no Reino Inanimado Catexia Negativa	88
Tabela 18: Distribuição dos símbolos no Reino Vegetal Catexia Negativa	90

Tabela 19: Força de Ego entre os grupos Clínico e Controle

92

Tabela 20: Desenhos-Estórias com Tema

94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BAI: *Beck Anxiety Inventory*/ Inventário de Ansiedade de Beck

BDI-II: *Beck Depression Inventory II*/ Inventário de Depressão de Beck

CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior

CFP Conselho Federal de Psicologia

D-E(T): Desenho-Estória com Tema

DSM-V: *American Psychiatric Association*/ Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

PAHO/OPAS: *Pan American Health Organization*/ Organização Pan-Americana de Saúde

QD: Questionário Desiderativo

RC: Rodas de Conversa

TALE: Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TA: Termo de Autorização

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TR Tempo de Resposta

WHO/ OMS: *World Health Organization* / Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO	21
1.A - Adolescência: considerações históricas e conceitos psicodinâmicos	21
1.A.1 <i>Adolescência na História da Humanidade e no Brasil</i>	21
1.A.2 <i>Compreensão numa Perspectiva de Orientação Psicanalítica</i>	27
1.B - Manifestações da Depressão na Adolescência: Vulnerabilidades, Risco e Proteção	32
1.B.1 <i>Depressão e a Depressão na Adolescência: Perspectiva Biopsicossocial e Diagnóstica</i>	32
1.B.2 <i>Fatores de Risco e Fatores de Proteção associados à Depressão na Adolescência</i>	34
1.C - Técnicas Projetivas e o Questionário Desiderativo	38
1.C.1 <i>O Questionário Desiderativo: fundamentos</i>	39
1.C.2 <i>Instruções, aplicação e interpretação do QD</i>	42
CAPÍTULO II: JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS	45
2.A - Justificativa	45
2.B - Objetivos	47
2.B.1 <i>Objetivo Geral</i>	47
2.B.2 <i>Objetivos Específicos</i>	47
CAPÍTULO III: ASPECTOS METODOLÓGICOS	49
3.A - Desenho Metodológico: Tipo de Método	49
3.B - Participantes	51
3.C - Local e Período de Coleta de Dados	52
3.D - Instrumentos	52
3.D.1 <i>Questionário Desiderativo</i>	52
3.D.2 <i>Inventário de Depressão de Beck BDI-II</i>	53
3.D.3 <i>Inventário de Ansiedade de Beck BAI</i>	54
3.D.4 <i>Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema</i>	54
3.E - Procedimentos	55
3.E.1 <i>Contato com as Escolas – diretores</i>	55
3.E.2 <i>Contato com os adolescentes</i>	56
3.E.3 <i>Ações de acolhimento: Cuidados éticos e com o sofrimento emocional dos participantes</i>	56
CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	59
4.A - Distribuição dos Grupos Clínico e Controle	59
4.B - Relação Depressão e Ansiedade: Resultado no Inventário de Ansiedade de Beck	63
4.C - Resultado no Questionário Desiderativo	64
4.C.1 <i>Aspectos Gerais</i>	64
4.C.1.1 <i>Teste Completo</i>	64
4.C.1.2 <i>Perseveração</i>	65
4.C.1.3 <i>Respostas Antropomórficas</i>	66
4.C.2 <i>Aspectos Específicos</i>	67
4.C.2.1 <i>Adequação à Consigna</i>	68
4.C.2.2 <i>Qualidade da Resposta</i>	70
4.C.2.3 <i>Dissociação</i>	72
4.C.2.4 <i>Identificação Projetiva</i>	73

4.C.2.5 <i>Racionalização</i>	74
4.C.2.6 <i>Perspectiva Vincular das Respostas</i>	75
4.C.2.7 <i>Tempo de Reação</i>	76
4.C.3 <i>Símbolos</i>	79
4.C.4 <i>Índice de Força de Ego</i>	91
4.D - As significações da Depressão por parte dos Adolescentes: Resultado no Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema	93
4.D.1 <i>Desenhos-Estórias com Tema Grupo Controle</i>	95
4.D.2 <i>Desenhos-Estórias com Tema Grupo Clínico</i>	101
4.E - Acolhimento: Esculta, Rodas de Conversa e Encaminhamentos	108
4.E.1 <i>Escola 1</i>	108
4.E.2 <i>Escola 2</i>	110
CAPÍTULO V: DISCUSSÃO	115
CAPÍTULO VI: CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
REFERÊNCIAS	135
ANEXOS	147
Anexo1a: Questionário Desiderativo: <i>instruções de aplicação</i>	147
Anexo1b: Questionário Desiderativo: <i>folha de respostas consignas</i>	148
Anexo1c: Questionário Desiderativo: <i>critérios de análise aspectos gerais e específicos e pontuação Índice de Força de Ego</i>	149
Anexo1d: Questionário desiderativo: <i>folha de respostas aspectos gerais, específicos e Índice de Força de Ego</i>	151
Anexo 2: INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK	153
Anexo 3: INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK	155
APÊNDICES	156
Apêndice 1: Termo de Assentimento Livre e Esclarecido TALE	156
Apêndice 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE	157
Apêndice 3: Termo de Autorização TA	158

APRESENTAÇÃO

O presente estudo teve apoio da CAPES¹ e discorre sobre aspectos da depressão na adolescência e possíveis diferenças encontradas no Questionário Desiderativo entre adolescentes de 17 a 19 anos de idade, com indícios do transtorno depressivo em nível moderado a grave se comparados àqueles que não apresentaram tais sinais no momento do encontro com a pesquisa. Visou-se investigar a possível correlação entre depressão e ansiedade manifestadas na adolescência; assim como, propõe-se compreender as significações dadas ao sofrimento psíquico denominado depressão, por meio do Desenho-Estória com Tema. Tal mote é de interesse desta pesquisadora², o que coaduna com o interesse da orientadora Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo, autora referência em estudos sobre a adolescência.

Ao adentrar um pouco mais pelos caminhos que me trouxeram ao presente momento, ou seja, o trabalho com adolescentes, compreendo que é a adolescência que me faz um chamamento à pesquisa. Talvez pela necessidade de oferecer algumas respostas à própria adolescente que fui; talvez porque eles, os adolescentes, cheguem ao meu consultório aos bocados, em sua maioria trazidos por seus pais e escolas, ávidos por explicações entre cortes e lágrimas; talvez porque estar com eles, com tanta vida a ser vivida e vê-los não sendo capazes de fazê-lo assolados por um tipo de ausência, cause-me dor e impotência em muitos casos! Penso que ausência é essa? Seria ausência de sentido? Ausência de querer? Ausência de presença de seus guardiões? Ausência de dificuldades? Seriam eles como moluscos sem concha que não encontram um como sobreviver se não tiver proteção constante? Reflexo da sociedade adulta? Adoecidos? Deprimidos? ... Talvez um pouco de tudo isso, e um tanto mais! Esta é a inquietação norteadora que mobilizou o presente trabalho: o sofrimento emocional dos jovens, especialmente a depressão.

No percurso acadêmico feito até aqui, iniciei os trabalhos com infância e adolescência ainda na graduação de 'Psicologia- Formação de Psicólogo' na Universidade Católica de Santos. Vi uma janela quando a maioria dos colegas se sentia intimidado com este público; e, eu embora também assustada com este possível encontro, aceitei os desafios. Iniciei com trabalho em Organização Não-Governamental que atendia população infanto-juvenil em situação de vulnerabilidade social e submetida a variados tipos de violência. No ano seguinte, estive em trabalho com adolescentes com Paralisia Cerebral, quando à época desenvolvi um

¹ Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior, do Ministério da Educação do Brasil.

² Bolsista CAPES Processo Número 33002010039M3

grupo de Teatro (área de prática e interesse, principalmente naqueles anos da graduação), oferecendo espaço de desenvolvimento aos participantes. Por este trabalho, fui convidada a continuar meus estudos no programa de Pós-Graduação em Psicologia e Deficiência da Universidade de São Carlos após apresentar-lhes o que vinha desenvolvendo com os adolescentes da instituição. Infelizmente, posteriormente, tive que abrir mão por motivos pessoais. No último ano do curso cumpri estágio em escola pública com pré-adolescentes oferecendo grupo de apoio e rodas de conversa, num modelo de Grupos Operativos.

Após a graduação este público se apresentou como maioria nos atendimentos clínicos. Por isso, enveredei em especialização na Universidade Estadual de Campinas na área de Neuropsicologia com foco na Infância e Adolescência. Sempre achei importante compreender o ser humano sob a tríplice biológica, psicológica e social! A Neuropsicologia trouxe esse olhar acerca do biológico sobre o desenvolvimento. Os encontros com os adolescentes continuaram acontecendo nos trabalhos clínicos, e assim pensei na USP, a melhor universidade do país, e chegar a ela era um sonho antigo. Procurei me aproximar de expoentes no tema, quando encontrei acolhida e aceite como aluna especial da professora Helena Rinaldi Rosa, e por meio dela, a professora Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo, sem poder encontrar melhor referência na área. Iniciei assim atendimentos no Apoiar³, projeto consolidado há 2 décadas, coordenado pela professora Tardivo e que atende essencialmente tal população: crianças e adolescentes. Nessa oportunidade de estar no Apoiar fui construindo o projeto que então coadunasse com meu próprio percurso.

Nas páginas seguintes, apresenta-se a dissertação assim composta. Este trabalho consta da apresentação de três partes no capítulo introdutório a fim de contextualizar o período da vida humana denominado adolescência, do mesmo modo que, aludir a conceitos que servirão de base para os apontamentos do presente estudo. Posteriormente, menciona aspectos do percurso histórico do paradigma aceito atualmente acerca do conceito adolescência, do mesmo modo que, busca compreender essa fase do desenvolvimento sob inspiração psicanalítica, especialmente, numa perspectiva psicodinâmica. A seguir, optou-se por apresentar o estado da arte depressão na adolescência, foco da presente pesquisa. E por fim, discorre-se sobre a importância das técnicas projetivas, e, por conseguinte, o Questionário Desiderativo.

³ O Apoiar está inserido no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da USP, portando o objetivo de apoio à comunidade por meio de variados atendimentos individuais e com grupos, apresentando-se -se como importante suporte, *holding* a inúmeras pessoas em sofrimento, inclusive, na pandemia de Covid-19 no Brasil com atendimentos *on-line* a milhares de pessoas. Baseia-se na interface atendimento clínico, ensino e pesquisa, contando com alunos de graduação e pós-graduação, assim como, psicólogos voluntários.

No capítulo II, Justificativa e Objetivos. No capítulo a seguir Metodologia adotada e, como Capítulo V Apresentação dos Resultados.

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

“Tem dias que a gente se sente
 Como quem partiu ou morreu
 A gente estancou de repente
 Ou foi o mundo então que cresceu
 A gente quer ter voz ativa
 No nosso destino mandar
 Mas eis que chega a roda-viva
 E carrega o destino pra lá
 Roda mundo, roda-gigante
 Rodamoinho, roda pião
 O tempo rodou num instante
 Nas voltas do meu coração”
 (Chico Buarque – Roda viva)

1.A - Adolescência: considerações históricas e conceitos psicodinâmicos

1.A.1 Adolescência na História da Humanidade e no Brasil

A História da humanidade registra em diferentes povos a prática de rituais que apontam a ideia inerente ao próprio homem de que existem fases distintas da vida, e estas com características que desenham necessidades específicas. Estudos sobre cerimônias de iniciação que indicariam o início da vida adulta remontam aos primórdios da evolução da própria humanidade. Pfromn Netto (1979) destaca que estes estudos sobre cerimônias trazem informações sobre adolescência desde tempos mais remotos, passando por considerações filosóficas, e desaguando no mote científico a partir do século XX.

De acordo com Pinto, Cavalcanti, Araújo, Coutinho e Coutinho (2018) desde a Antiguidade, a adolescência incita a necessidade da criação de mitos que permeiam a percepção de ser esta etapa da vida humana um período crítico. Por meio dos mitos de Hebe (a deusa da eterna juventude), Coré ou Perséfone (deusa do submundo-referência à jovem virgem que se torna mulher) e Adônis (deus da beleza, fertilidade e renovação permanente) foram atribuídas aos jovens características como trajetórias efêmeras, atreladas a aventuras épicas e com desenlace trágico. Utilizando-se do simbolismo inerente aos mitos, a criação humana na Antiguidade, elabora suposto confronto íntimo da adolescência com a morte.

As concepções de juventude, adolescência misturadas ao conceito de infância permearam a era medieval. Santo Agostinho (354 a 430) baseou-se nas ideias de Platão (427 a.C. a 348 a.C.) para compreender a infância como brutal e propensa para tornar o homem infinitamente mal. As postulações vigentes da época apontavam a criança como um ser privado da razão, animalesco, egoísta e primitivo (Gagnebin, 2005). Tais convicções delineiam-se

categoricamente opostas a compreensão posterior de Rousseau (1712 -1778) sobre a infância. Ironicamente, originada da mesma herança platônica cuja ideia era de que a criança seria um ser privado da linguagem, a conceituação de Rousseau (1999) compreendia que, por isso, a criança poderia ser vista como um ser que precisava da alma preparada para que naturalmente se desenvolvesse (Lima & Azevedo, 2013). Rousseau (1999) definiu poeticamente a infância como “aquela em que a razão está dormindo”, apontando para reconhecimento da singularidade infantil (Dozol, 2006). Rousseau (1999) supunha que a criança ainda não tem o mal, e é possivelmente um ser feliz e inocente. Locke (2012) por sua vez, difundiu a ideia de que a criança seria uma folha em branco ao nascer, e nela se pode escrever qualquer coisa; e que a educação, inclusive moral, seria base fundamental para formação.

Outra linha de pensamento é a de Heywood (2004), que entendeu a criança não como um ser potencialmente mal, ou do mesmo modo puro; seria na verdade produto desejante de sua época e cultura. “A criança é um constructo social que se transforma com o passar do tempo e, não menos importante, varia entre grupos sociais e étnicos dentro de qualquer sociedade”. (p.21). Segue o autor:

Seguindo o pensamento de David Archard, poderia-se dizer que o mundo medieval provavelmente teve algum conceito de infância, mas suas concepções sobre ela eram muito diferentes das nossas. Como historiador, deve-se certamente reconhecer o papel de Ariès ao abrir o tema infância, aproveitar suas tantas percepções acerca do passado e seguir adiante. Uma abordagem mais frutífera é buscar essas diferentes concepções sobre a infância em vários períodos e lugares, e tentar explicá-las à luz do material e das condições culturais predominantes (p.27).

Destarte, recorre-se a Àries (1960/1981). No brilhante livro de Philippe Àries (1960/1981), ‘História social da criança e da família’, delimita-se um marco que transformou paulatinamente o olhar, a compreensão e as práticas vigentes da sociedade que envolviam a infância e adolescência. O autor em sua ampla pesquisa, fez um apanhado complexo e detalhado acerca dos reflexos das mazelas e equívocos de uma sociedade em construção, no que se dizia respeito à compreensão das distintas fases do desenvolvimento. Um desses indícios aparecia nos termos utilizados. O autor evidencia que “até o século XVIII a adolescência foi confundida com a infância” (p.41). Conhecia-se apenas a palavra *enfant* (criança) para todos aqueles que ainda não eram considerados totalmente adultos, o que indica que havia a total ausência de uma etapa transitória entre a infância e a vida adulta. Segundo o historiador, uma das causas da longa duração da infância, dava-se entre outras, pela desconsideração da puberdade como um marcador biológico que limitaria a infância (p.42)

De acordo com o mesmo autor, a longa duração da infância estava ligada ainda a ideia de dependência, em parte devido às relações feudais ou senhoriais que utilizavam o mesmo vocabulário considerado natural para denominar os mais novos. Assim, os mesmos termos ligados à infância eram usados para descrever aqueles que os serviam, os trabalhadores que dependiam das migalhas remunerativas para sobreviver, aqueles que eram considerados inferiores por sua baixa condição social. A partir do séc. XVII, entre as famílias mais nobres, o termo *enfant* foi se limitando às idades mais iniciais da vida, já que o sentido de dependência não se aplicava aos mais abastados. Esta classe, a burguesia, não precisava chamar seus jovens de dependentes, pois realmente não o eram, do ponto de vista econômico. Só classificavam assim um jovem abastado economicamente se este dependia dos adultos por alguma deficiência. Nesse sentido, o vocabulário e o entendimento do que era ser *enfant* estava ligado à dependência, principalmente financeira, deficiência e incapacidade. Permanecia esta classificação permeando a vida dos jovens até a total independência quando se tornasse um adulto autônomo.

A dificuldade de classificação das idades permeou longo período gerando lacunas sobre o vocabulário referente a percepções da infância, permanecendo a ambiguidade entre a infância e adolescência. “Não se possuía a ideia do que hoje chamamos de adolescência, e essa ideia demoraria a se formar. Já a pressentimos no século XVIII com duas personagens, uma literária, o Querubim, e a outra social, o conscrito.” (p.45/46). Mas, foi apenas no século XX, o século da adolescência, que este conceito se consolidou. De acordo com Àries (1960/1981):

Esse fenômeno, surgido na Alemanha wagneriana, penetraria mais tarde na França, em torno dos anos de 1900. A “juventude”, que era então a adolescência, iria tornar-se um tema literário, e uma preocupação dos moralistas e dos políticos. Começou a se desejar saber seriamente o que pensava a juventude, e surgiram pesquisas sobre ela [...] A juventude apareceu como depositária de valores novos, capazes de reavivar uma sociedade velha e esclerosada. Havia-se experimentado um sentimento semelhante no período romântico, mas sem uma referência tão precisa a uma classe de idade. Sobretudo, esse sentimento romântico se limitavam a literatura e aqueles que liam. Ao contrário, 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 de retaguarda [...] Daí em diante, a adolescência se expandiria, empurrando a infância para trás e a maturidade para frente [...] Assim, passamos de uma época sem adolescência a uma época em que a adolescência é a idade favorita. Deseja-se chegar a ela cedo e nela permanecer por muito tempo. (p.46,47)

O espaço aberto entre a infância e a idade adulta, a adolescência, passou a receber cada vez mais atenção, e muitos foram os atributos acoplados a ela, e, talvez, por ser ainda desconhecida, tornou-se motivo de apreensão. De acordo com Savage (2009), entre os anos

1880 e 1910 houve grande aumento da população urbana, o que culminou em acréscimo da delinquência juvenil, marcando um tipo de ruptura dos jovens com o meio social e familiar. Desse aumento da criminalidade surgiu certo temor ao jovem, olhar lançado especialmente por especialistas como juristas e médicos, preocupados com o aumento das condutas de risco entre os adolescentes. “Na passagem para a sociedade industrial, especialistas como juristas e médicos começam a se preocupar com a criminalidade entre os jovens. Surge uma juventude temida” (Moraes & Weinmann, 2020). A organização em gangues configurou-se num fenômeno consequente desse momento histórico.

Ainda segundo Savage (2009), no cenário da Primeira Guerra há o registro do aumento ainda mais acirrado da delinquência juvenil. Na Inglaterra, por exemplo, apontou-se um aumento de 33% sobre a prática de criminalidade entre os adolescentes com menos de 16 anos de idade. Junto com a guerra, escolas fechadas, a falta de supervisão de adultos, a falta de alimentos e a violência, desenhou uma total falta de controle nos comportamentos dos juvenis. Esse cenário levou a preocupações ainda mais significativas com a proteção e educação direcionada especialmente a esses indivíduos. Para o mesmo autor, a guerra criou uma população juvenil brutalizada, tirando-os de uma vez por todas da invisibilidade (Savage, 2009).

Conforme Passerini (1994/1996), especialmente em dois momentos do século XX, a juventude protagonizou transições sociais significativas: a primeira na década de 20 na Itália fascista; e a segunda no Estados Unidos de 1950. Para o autor, neste primeiro período histórico, ao se resgatar a concepção de que o jovem estaria ligado a conceitos como plântula de nova riqueza rumo ao futuro; turbulência e renascença; potência capaz de extinguir a penúria do passado sustentando uma regeneração tanto individual quanto coletiva, tipificaria o que seriam valores relacionados à adolescência. Entretanto, o segundo período, no país norte-americano, esses conceitos foram colocados em xeque, e novas convicções foram atribuídas aos jovens, fenômeno oriundo da própria movimentação dos juvenis. Aquela geração estadunidense dos anos 50 começou a questionar o conhecimento dos mais velhos, e à vista disso, os ideais impostos a sua própria juventude começaram a ser interpelados, desembocando numa ruptura entre gerações. Nesse movimento, o jovem rumou à identificação com os pares, e desse encontro, surge um sentimento de pertencimento (Le Breton, 2013/2017).

Hobsbawm (1994/1995) salienta que, nos Estados Unidos, entre a década de 20 e 50 não houve mudanças significativas quanto aos sentimentos atrelados à juventude, o que teria gerado um abismo entre as gerações. Os pais dos anos 50 e 60 haviam herdado as convicções revolucionárias das guerras que haviam enfrentado, e acreditavam que quaisquer outros

atributos a juventude não eram razoáveis. Em contrapartida, o jovem da década de 50 e principalmente de 60 rompeu com esse paradigma (Moraes & Weinmann, 2020). De acordo com Calligaris (2009), a adolescência nos Estados Unidos e Europa, passou a ser vivida como um período de euforia, e converteu-se inclusive em potência econômica e cultural, estabelecendo suas tendências à sociedade. Há uma “adolescência da cultura”.

Foi também nos Estados Unidos que ocorreram os primeiros estudos teóricos sobre a adolescência com a publicação de ‘Adolescence’, do psicólogo Stanley Hall, em 1904. Contudo, a propagação do debate estabeleceu-se na década de 50. A contribuição da psicanálise nessa década, fica evidente com os aportes de Bernfeld, Aichhorn e Anna Freud, bases da experiência norte americana com a então recente corrente do pensamento psicanalítico, e o conceito de adolescência nessa construção. Outros autores como Peter Bloss e Erickson reforçaram o construto (Passerini, 1994/1996).

Na Argentina, foram Aberastury e Knobel que alicerçaram o conhecimento sobre adolescência (Coutinho, 2009).

O primeiro construto aceito acerca da infância e concomitantemente da adolescência no Brasil no início do processo de colonização, foi trazido pelos jesuítas quando iniciaram o sistema de catequização em território nacional (Henick & Faria, 2015). Os jesuítas, munidos de um projeto pedagógico de colonização direcionado aos indígenas pregavam a ideia de que a criança seria um ser em branco, pagã, portanto, passível de transformações antes que fossem contaminadas. Aos que se negavam à submissão restava a condição de ‘tentados pelo demônio’. Havia ainda a concepção de que ao entrar na puberdade, a criança perdia totalmente sua conexão com o que tinha de pureza e os atos catequéticos precisariam ser ainda mais tenazes. Tais conjecturas têm herança no pensamento de Santo Agostinho que por sua vez buscou bases em Platão ao compreender a criança como um ser privado de linguagem.

Nesse sentido, as assimilações sobre a infância trazidas pelos jesuítas ao Brasil escancaram os pressupostos agostinianos que a criança é um ser impuro, o ser do pecado. Essas acepções permearam todo o período de colonização e perduraram ao longo do tempo, associado ao fato da tentativa de suprimirem a cultura dos povos originários que aqui habitavam. A negação da cultura indígena abrigava, além disso, a exploração do trabalho e das riquezas naturais dos catequizados (Del Priori, 1995). A catequização se espalhou para além das crianças e adolescentes indígenas, e passou a permear o Brasil Colônia, no processo gradativo da miscigenação.

Há registros que as primeiras crianças não nativas que chegaram ao país, órfãs e abandonadas no continente europeu, foram enviadas ao Brasil em navios como pajens,

trabalhadores, futuras noivas aos súditos da corte no recém “descoberto” país. Desde violência física a sexual que a viagem categorizava, os sobreviventes que conseguiam chegar ao novo mundo compuseram o destino insalubre dos juvenis brasileiros sem qualquer proteção, e expostos a todos os tipos de vulnerabilidades (Alberton, 2005; Barros, 2005; Roberti Junior, 2012).

Nesse contexto, semelhante ao que acontecia no continente europeu, à criança e ao adolescente não eram investidos os devidos cuidados protetivos, e, desdobradas gerações se mantiveram apenas aos encargos dos jesuítas. Por volta do século XVII, um grandioso número de bebês era deixado em instituições coordenadas pelos religiosos, denominadas de Roda dos Expostos, seguindo a tradição portuguesa. Estes locais, que eram Santas Casas de Misericórdia, recebiam filhos indesejados pelos mais variados motivos. No entanto, tais entidades não duraram muito; foram todas fechadas pela alta taxa de mortalidade. O fechamento lançou os abandonados às ruas, e automaticamente, crianças e adolescentes, violentadas, transformaram-se em marginais e vadios (Moraes & Weinmann, 2020).

Restou ao Estado instaurar providências acerca das incumbências com educação e proteção aos infantojuvenis (Neto, 2000). No entanto, as perspectivas do cuidado a crianças e adolescentes no Brasil estiveram sempre ligadas muito mais a controle social do que a garantia de direitos. Tal perspectiva ficou evidente no Código Civil de 1820 que condenava ao status de criminosos os maiores de quatorze anos de idade quando cometiam delitos; e o Código de 1890 que endurece ainda mais, e determinava que a partir dos 9 anos se cometesse atos considerados transgressores, uma criança poderia ficar recolhida até os vinte e um anos (Neto, 2005), simultaneamente, passando toda a adolescência em contenção.

Já no século XX, século em que a representação da adolescência vai ganhando força no mundo, parece haver também no país, um movimento rumo a percepção mais afinada da real necessidade de lançar mão de cuidados aos indivíduos em formação. Em 1923, o Decreto 16.272, declarava intenções por parte do Estado de proteção aos infantes e adolescentes. O plano era a garantia de educação, cuidados higiênicos, bem como saúde, e disciplina visando reintegração social (Londoño, 1991). Todavia, muitas lacunas se apresentaram, e, por conseguinte, as garantias de fato não aconteceriam rapidamente. Ao contrário, o século XX é marcado por crianças, adolescentes e outros vulneráveis expostos a altas cargas de trabalho análogo a escravidão, por exemplo, sem quaisquer direitos garantidos, retratando um clima de abusos e injustiças em muitos níveis (Pinheiro, 1985; Neto, 2005)

Há consenso na sociedade brasileira que o Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA criado em 1990 (Lei federal n. 8.069/1990), foi fundamental passo para assegurar direitos de

crianças e adolescentes, no entanto, somente o estatuto não garantiu o fim da desigualdade de variadas ordens, tais quais, educacionais, de acesso a saúde, de ingresso no mercado de trabalho, este um grande déficit para o jovem no momento de consolidação da sua identidade como adulto; portanto, ainda há muito o que se fazer (Saeta, 2004; Abramovay & Castro, 2015). Nesse sentido, constitui-se “limite real ao desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes excluídos, de geração em geração”, perpetuando assim questões sociais inerentes a infância e adolescência de longa data no Brasil. Tal fenômeno tem raízes na falta da articulação de políticas públicas que deem conta da quantidade e qualidade no atendimento à população infanto-juvenil, o que vai muito além da criação de leis, mas sim, da realização das mesmas sem confundir direitos com favores prestados a crianças e adolescentes (Saeta, 2004).

Para Abramovay e Castro, 2015, p.23:

Muitos jovens no Brasil hoje existem e não existem, ou deixam de existir, sem que se dê muita conta, mas a juventude é uma potencialidade. Ser jovem potencializa, questionar projetos políticos-culturais que sufocam transformações, ainda que não necessariamente todos os indivíduos em idades jovens busquem mudanças, e por outro lado nem todos etariamente jovens podem ser jovens.

1.A.2 Compreensão numa Perspectiva de Orientação Psicanalítica

O termo adolescência vem do latim *adolescere*, e quer dizer crescer. Melvin e Wolkmar (1993), acreditam que a palavra *adolescence* foi utilizada pela primeira vez na língua inglesa em 1430, tratando-se das idades de 14 a 21 para os jovens meninos, e 12 a 21 anos para as moças. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde OPAS (2018), a adolescência está inserida no intervalo entre 10 e 19 anos de idade, sendo uma etapa singular devido a variadas transformações. Qualifica-se ainda, segundo a mesma Organização, pela exposição a possíveis contextos de insegurança, o que torna o adolescente mais susceptível a adoecimento psíquico.

É, pois, a adolescência importante fase da vida humana e que suscita a necessidade de variados olhares, estudos, e atenção, tendo-se em vista que esta etapa carrega em si certa hibridez: uma transição entre o ser criança, e o adulto que se anuncia. Ao revisitar clássicos como Aberastury (1981), encontra-se as reflexões da adolescência como uma fase de luto pela perda da infância e pelos pais da infância, misturando o ego e o mundo exterior. Aponta-se a

adolescência como um momento crucial na vida humana, sendo etapa decisiva de um processo de desprendimento.

As mudanças psicológicas que se produzem neste período, e que são a correlação de mudanças corporais, levam a uma nova relação com os pais e com o mundo. Isto só é possível quando se elabora, lenta e dolorosamente, o luto pelo corpo de criança, pela identidade infantil e pela relação com os pais da infância” (ABERASTURY, 1981, p.13)

Tal fase tipifica-se por variadas mudanças, tanto físicas quanto psicológicas, configurando-se na etapa do desenvolvimento caracterizada por consolidação da identidade (Érikson, 1968/1976), e que delinea o ser humano para a vida adulta.

Alberti (2009) aponta que a maior parte dos autores de orientação psicanalítica que buscam compreender a adolescência retomam os primórdios da psicanálise, isto é, a conceituação freudiana da maturação da sexualidade genital a partir da puberdade. Por esse ângulo, a puberdade seria o momento da interrupção do “sono de um Édipo adormecido” (p.23), convertendo-se, pois, na “reativação do conflito original” (p.23), no que se diz respeito, portanto, a um avanço da organização pré-genital e do Édipo. Há, nessa perspectiva, o caminhar na linha deixada pelos pressupostos freudianos, grosso modo, raciocinando a adolescência a partir apenas da puberdade, o que de acordo com Alberti (2009) é um apontamento da percepção da sexualidade humana como dependente apenas de “um evolucionismo darwiniano” (p.24). Sob esta ótica, tal marco biológico é o que delimitaria o adolescer. Decerto, seguindo o raciocínio primordial percebido em Freud (1905), não há delimitação de uma etapa da vida humana que o autor denominasse adolescência, tendo em vista que não diferenciou adolescência e puberdade. No entanto, a puberdade, mesmo que não denominada adolescência por Freud (1905), é considerada pelo autor como uma etapa de transformações físicas e psíquicas, tendo como principais características uma organização sexual definitiva e, o desligamento da autoridade dos pais, o que é fundamental para a evolução cultural entre gerações.

As conceituações da puberdade, conseqüentemente, constituíram base, a posteriori, para a postulação do período denominado adolescência, e as ampliações do entendimento a respeito desta etapa do desenvolvimento humano, com funcionamento psíquico próprio. Ernest Jones (1923) foi o primeiro a cunhar o termo adolescência na psicanálise, num momento em que eclodia a atenção para tal período do desenvolvimento humano. Para Alberti (2009), não era mais possível à psicanálise deixar de lado as acepções sobre adolescência, pois identificá-la como etapa singular, como uma fase com traços identificatórios específicos, foi reconhecer

seu lugar na história. Jones (1923) acresceu às postulações acerca da adolescência, que, nesta etapa há uma harmonização dos variados objetivos pulsionais após estágios da primeira infância rumo a genitalização, e ao atravessar tal etapa, o adolescente encontraria certo “final feliz”.

Doravante tal base, Haim (1974) amplia as considerações acerca da puberdade entendendo que o adolescente tem medo do próprio corpo por não saber lograr-se dele, o que gera angústia levando-o a se sentir amedrontado diante do receio de cometer equívocos diante do proibido, o que, segundo o mesmo autor, aumenta a relevância do complexo de castração nesta etapa⁴. Nessa perspectiva, o extremo do conflito com o corpo púbere leva a um sentimento de despossessão de si, gerando diminuição progressiva das certezas, tal sentimento presente, inclusive, de maneira basilar no adolescente que tenta o suicídio (Fischer & Landame 1979).

Medrando tais acepções, Mannoni (1984), compreende que a adolescência começa, na verdade, após a puberdade, e termina com o ingresso na idade adulta. É, para o mesmo autor, a adolescência uma herdeira da fase pubertária, e difere-se principalmente da mesma por configurar-se como possível conflito entre gerações, concebendo-se similarmente como questão social. Nesse sentido, a adolescência está para além do individual sugerido pelas mudanças biológicas que circunscrevem a puberdade, e sim é uma ampliação dela.

Conforme Winnicott (1968/1989/1994) a puberdade força o adolescente produzir nova forma de lidar com o mundo, e complementa que esta não é uma tarefa fácil, já que, de acordo com o autor, o adolescente não persegue acontecimentos à longo prazo, necessitando de saídas mais imediatistas. Nesse sentido, o grupo assume valioso papel, tendo em vista que os jovens desejam juntar-se com uma atitude que é uma combinação de desafio e dependência.

Braconier (1985) debruça-se sobre a questão de ser a adolescência um período de crise, ou etapa essencialmente patológica. O mesmo autor, compreendendo crise como uma perturbação transitória dos mecanismos de regulação, conclui que tal definição é análoga ao período da adolescência, por conseguinte, exclui a compreensão do período da adolescência sob uma ótica patológica. Em contraponto, patologia vista sob prisma epistemológico origina-

⁴ “O complexo de castração está em estreita relação com o complexo de Édipo e, mais especialmente, com a função interditoria e normativa. [...] a fantasia de castração é encontrada sob diversos símbolos: o objeto ameaçado pode ser deslocado (cegueira de Édipo, arrancar dos dentes, etc.), o ato pode ser deformado, substituído por outros danos à integridade corporal (acidente, sífilis, operação cirúrgica), e mesmo à integridade psíquica (loucura como consequência da masturbação), o agente paterno pode encontrar os substitutos mais diversos (animais de angústia dos fóbicos).[...] Uma segunda característica teórica do complexo de castração é o seu ponto de impacto no narcisismo: o falo é considerado pela criança uma parte essencial da imagem do ego; a ameaça a ele põe em perigo, de forma radical, essa imagem; ela tira a sua eficácia da conjunção entre esses dois elementos: predominância do falo, ferida narcísica.” (LA PLANCHE E PONTALIS, 2001, p.73/74)

se de *páthos*=paixão⁵, configurando-se numa “resistência do eu à sua determinação” (Alberti, 2009, p.28); e, em vista disso, para Winnicott (1960/1983) a adolescência é a experiência de uma “patologia normal”, tornando-se uma nocividade profícua. “É difícil separar o que é doente do que é normal nesta idade” (Winnicott, 1960/1983, p.220). Recorrendo novamente a Knobel (1981), complementa o autor:

Penso que a estabilização da personalidade não se consegue sem passar por um certo grau de conduta *patológica* que, conforme o meu critério, devemos considerar inerente à evolução *normal* desta etapa da vida
 [...]É por isso que considero que posso falar de uma verdadeira patologia normal do adolescente, no sentido de que precisamente este exterioriza seus conflitos de acordo com a sua estrutura e suas experiências (KNOBEL,1981, p. 27)

Para conceituar o que chamou de ‘síndrome da adolescência normal’, Knobel (1981) detalha:

Sintetizando as características da adolescência, podemos descrever a seguinte sintomatologia que integraria esta síndrome: 1) busca de si mesmo e da identidade; 2) tendência grupal; 3) necessidade de intelectualizar e fantasiar; 4) crises religiosas, que podem ir desde o ateísmo mais intransigente até o misticismo mais fervoroso; 5) deslocalização temporal, onde o pensamento adquire as características de pensamento primário; 6) evolução sexual manifesta, que vai do *autoerotismo* até a heterossexualidade genital adulta; 7) atitude social reivindicatória com tendências anti ou associas de diversa intensidade; 8) contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta, dominada pela ação, que constitui a forma de expressão conceitual mais típica deste período da vida; 9) uma separação progressiva dos pais; e 10) constantes flutuações do humor e do estado de ânimo. (KNOBEL,1981, p. 29)

Klein (1935/1996a) introduziu o conceito de posição depressiva, considerando que, trata-se de uma defesa a fim de integrar o ego, ainda nos primeiros meses da vida. Segue apontando que as primeiras experiências de desamparo no mundo originam-se dos sentimentos de gratificação e frustração, do contato com seio/objeto bom e o seio/objeto mal; e o processo de elaboração lança o ser em formação na posição depressiva. Para a autora, esses sentimentos e a posição depressiva acompanharão o indivíduo ao longo da existência, de forma alternada. Em conformidade, Knobel (1981) complementa que há na adolescência o reavivamento das fantasias infantis. Há, pois, “... na adolescência a exteriorização, modificada pela experiência prévia, dos remanescentes dessas fantasias.” (Knobel ,1981, p. 28)

⁵ *Pathos* apresenta variadas concepções e variações de sentido; sendo que originariamente define-se como disposição afetiva fundamental. No sentido kantiano *pathos* significa paixão (MARTINS, 1999).

Ampliando em suas considerações sobre adolescência, Winnicott (1960/1983) postula que esta é uma etapa de descobrimento pessoal, existencial, vital, e o principal “remédio” para esta fase é a passagem do tempo, que contribui para o processo gradual de amadurecimento. Segue o autor conceituando a adolescência como ciclo onde o meio exerce importância substancial, e grandes falhas que suscitam intervenção, advém do ambiente. Seguindo em suas reflexões, o autor entende a adolescência como a vivência da alternância entre independência desafiante *versus* dependência regressiva; caracterizando um período confuso, onde arrogância se mistura com dependência, transformando a adolescência num “período tempestuoso” (Winnicott, 1960/1983, p.218).

Outro apontamento de Winnicott (1960/2022), é que o adolescente é um ser isolado, em contrapartida, tal isolamento pode ser base para relações com outros indivíduos e base do processo de socialização. Nesse caminho, o adolescente necessita não apenas de informação, mas, de alguém de confiança que esteja ao seu lado, compreendendo sua necessidade de experiências próprias (Winnicott, 1960/2022).

Nesse período, todo o complexo psicodinâmico caracteriza a adolescência como um período de instabilidade (Aberastury & Knobel, 1981), e parece haver certo sentimento de imunidade presente no adolescente (Santos et al, 2013; Araújo, Lunardi, Silveira, Thofehn & Porto, 2010; Schwonke, Fonseca & Gomes, 2009), o que contribui para sua exposição a variadas vulnerabilidades (Tardivo, 2004). Traduz-se, pois, numa época de consideráveis transformações, repercutindo não apenas no indivíduo, mas também na sua família e na comunidade (Schoen-Ferreira, Aznar-Farias & Silves, 2010); sendo as principais mudanças crescimento rápido, conscientização da sexualidade, estruturação e consolidação da personalidade, integração social, em contato e adaptando-se ao ambiente (Yazlle, 2006).

Knobel (1981) compreende, ainda assim, que há manifestações patológicas na adolescência. O autor registra que a experiência psicanalítica com adolescentes que apresentam “verdadeiros transtornos psicopatológicos são a expressão magnificada e distorcida da ‘crise normal’” (p.5).

Magalhães Senna e Dessen (2015) salientam que, especialmente estressantes são os anos finais da adolescência, pois, pela necessidade de enfrentar suas próprias limitações, pela consolidação de seu desenvolvimento, o adolescente coloca-se em riscos maiores, explicando o alto grau de mortalidade dos juvenis no mundo. Sendo vista como uma crise na saúde do próprio adolescente e da família, a etapa final da adolescência gera, inclusive, grande preocupação para as autoridades.

Recorrendo novamente a Alberti (2009) que afirma:

Na adolescência, as travessias são tumultuadas, mas o sujeito normalmente acaba aportando do outro lado mudado, ainda que isso nem sempre ocorra. Às vezes, são longas travessias que levam muito mais tempo do que o período etário; algumas vezes no início, outras no meio, é preciso visitar as profundezas inexploradas do oceano sem qualquer comunicação com o resto do mundo e encarar os monstros brancos de frente; tentar, em vão, penetrar o sentido. Nessas ocasiões, todavia, o sujeito a cada vez chega um segundo atrasado para ouvir ou ver alguma coisa que possa explicar tudo. Recua suficientemente para que, a uma distância maior, tudo se torne inteligível, mas a inteligibilidade foge - não há inteligibilidade possível nos monstros marinhos; grandes Outros não barrados que podem levar o sujeito às raias da loucura, quando não o levam de fato [...]cada sujeito terá sua adolescência determinada pela história de sua vida, pelos acidentes de seu percurso e pela virulência com que empreende o início de sua travessia. Difícil é dizer quando esta termina (ALBERTI, 2009, p. 251/252)

1.B - Manifestações da Depressão na Adolescência: Vulnerabilidades, Risco e Proteção

1.B.1 Depressão e a Depressão na Adolescência: Perspectiva Biopsicossocial e Diagnóstica

Adolescência é uma das fases da vida mais estudadas no mundo, especialmente no campo da psicologia e da psicanálise. Talvez devido ao mistério que envolve este período: um ser ora criança, ora adulto. Ancorado em certa hibridez inerente a esta fase da vida, o adolescente pode apresentar certos estados de mente de difícil acesso. Um destes calabouços pode ser chamado de depressão.

Devido aos variados contextos sociais, psicológicos e biológicos, a depressão na adolescência pode ser compreendida sob a tríplice biopsicossocial, o que apresenta interferência direta no diagnóstico, assim como, na gravidade do transtorno e dificuldades no tratamento (Trevisan, 2004). É, pois, a depressão na adolescência resultado de fatores psicológicos, sociofamiliares, genéticos e bioquímicos, podendo ser compreendida sob diferentes abordagens (Avanci, Assis & Oliveira, 2008).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS (2017) 4,4% da população do planeta sofre de depressão, o que corresponde a 322 milhões de pessoas. Em complemento aos dados, a OMS (2017) acredita que 80% dos casos se dão em países de baixa e média renda, sugerindo uma relação entre má qualidade de vida e a depressão. Acerca da saúde mental da população adolescente, “metade de todos os transtornos mentais na vida adulta começa aos 14 anos, mas a maioria não é detectada nem tratada” (OPAS, 2018). A depressão entre o público adolescente é comumente subdiagnosticada em todo o mundo (Pinto et al, 2018), e no Brasil com toda sua grandiosidade e complexidade diferentes cenários e dificuldades escancaram a

necessidade desta ampliação. Bonin e Moreland (2012) indicam que aproximadamente 70% dos adolescentes com depressão, não recebem qualquer tipo de assistência. Pesquisas na área da saúde física e mental do adolescente ainda são negligenciadas (Luz, Coelho, Teixeira, Barros, Carvalho & Almeida, 2018) e até a década de 70, acreditava-se que a depressão não acometia os adolescentes (Maughan, Collishaw & Stringaris, 2013). Nesse sentido, há muito a se fazer por esta população que apresenta variadas vulnerabilidades (Tardivo, 2007a).

A depressão enquadra-se como categoria diagnóstica no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM (2014), em sua quinta edição. Partindo de tal perspectiva, Depressão ou Transtorno Depressivo é definida como patologia que engloba, entre outros, o Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor; o Transtorno Depressivo Maior; o Transtorno Depressivo Persistente, a Distímia. De acordo com o DSM-V (2014), o que os Transtornos Depressivos partilham são o “humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre eles são os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida” (DSM-V, 2014, p.155).

No Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor a característica central é a irritabilidade crônica grave, bastante presente quando manifestado o transtorno depressivo na infância e adolescência. A manifestação da irritabilidade grave é “humor persistentemente irritável ou zangado que está presente entre as explosões de raiva” (DSM-V, 2014, p.156).

Quanto ao Transtorno Depressivo Maior, insônia ou fadiga frequentemente são a queixa principal apresentada; perturbações psicomotoras são muito menos comuns, mas são indicativas de maior gravidade geral, assim como a presença de culpa delirante ou quase delirante. Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável em vez de triste; inclui mudanças no apetite ou peso; no sono e na atividade psicomotora; diminuição de energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. O episódio deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Para alguns indivíduos com episódios mais leves, o funcionamento pode parecer normal, mas exige um esforço acentuadamente aumentado. “Alguns enfatizam queixas somáticas (p. ex., dores ou mazelas corporais) em vez de relatar sentimento de tristeza ... Em crianças e adolescentes, pode desenvolver-se um humor irritável ou rabugento, em vez de um humor triste ou abatido. Essa apresentação deve ser diferenciada de um padrão de irritabilidade em caso de frustração” (DSM-V, 2014, p.162, 163)

Em se tratando da Distímia, o que a diferencia em termos diagnósticos é a característica persistente, tendo em vista que “representa uma consolidação do Transtorno Depressivo Maior crônico” (DSM-V, p.168), sendo 2 anos o tempo médio a ser considerado quando descritos os sintomas em adultos e 1 ano em adolescentes. A baixa autoestima entra como indicativo da Distímia (DSM-V, 2014).

Coadunando com as descrições presentes no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM (2014), em conformidade com a Organização Mundial da Saúde OMS (2017), a Organização Pan-Americana de Saúde OPAS(2018), em se tratando da gama sintomatológica das manifestações da depressão na adolescência, variados autores encontraram fadiga, sentimento de culpa e inutilidade, ansiedade, dificuldade para tomar decisão, desesperança, expressões de desamparo, agitação, irritação e explosividade, sintomas que podem aparecer separadamente ou agrupados (Rudolph, 2009; Campos, Del Prette & Del Prette, 2014). Dificuldade para desenvolver e manter relacionamentos interpessoais satisfatórios também aparecem, já que na depressão no adolescente há a supressão das atividades ou a diminuição da frequência, assim, interferindo diretamente nas relações sociais (Garber, 2006). Pode-se aliar ainda ao quadro, queda no rendimento escolar, mudanças de peso, alterações de sono, sensação de infelicidade e ideações suicidas (Schneider e Ramires, 2007; Tardivo, 2007), sendo, pois, a depressão na adolescência responsável por alto grau de mortalidade, este, pois, um problema de saúde pública (Bahls, 2002).

1.B.2 Fatores de Risco e Fatores de Proteção associados à Depressão na Adolescência

Parte importante das pesquisas sobre a depressão na adolescência são os estudos sobre fatores de risco e protetivos que envolvem este complexo fenômeno. A Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS (2018), aponta que o adolescente pode tornar-se vulnerável em sua saúde mental de um modo geral devido às mudanças físicas, emocionais e sociais. Para a mesma Organização, cerca de 16% da população adolescente sofre de transtornos mentais, e a depressão ocupa o 9º lugar, levando os jovens atingidos a incapacitação.

A depressão é um fenômeno multicausal e complexo, e as suas manifestações na adolescência tornam o transtorno particularmente mais preocupante (OPAS, 2018; OMS, 2021), tendo em vista a variedade de situações vulneráveis em que o jovem está inserido (Tardivo, 2004). Há consenso entre a comunidade científica que não pode determinar um único fator que desenvolva ou mantenha o quadro depressivo, e que sim, concorda-se que há

variáveis biológicas, psicológicas e socioambientais envolvidas, delineando consequentemente variados fatores de risco (Campos, Del Prette & Del Prette, 2014).

Baptista (1999) encontrou como fatores de risco ao desenvolvimento de depressão na adolescência, histórico de depressão familiar, baixo desempenho e problemas relacionados ao contexto escolar, baixo nível escolar dos pais e famílias consideradas disfuncionais, pouco suporte social, baixa habilidade social, ser do sexo feminino. Esta última variável também é apontada por outros autores (Dimidjian, Barrera, Martell, Muñoz, & Lewinsohn, 2011).

Martins (2000) realizou estudo com 824 adolescentes com o BDI-II somado a um questionário sociodemográfico visando investigar a prevalência, sintomatologia e fatores de risco de depressão em adolescentes portugueses, encontrou como principais fatores de risco discórdia conjugal, pouco suporte social e como principais fatores protetivos bom desempenho parental e boa relação conjugal dos pais.

Mudanças de endereço, nascimento de irmãos, privação de um ou ambos os pais por luto ou separação conjugal relacionamento familiar ruim, doenças no adolescente ou familiares, inclusive doenças mentais e experiências de violência estão ligadas a depressão no adolescente (Zavaschi, Satler, Poester, Vargas, Piazenski, Rohde et al, 2002; Goodyer, 2001).

Braz, Jesus e Carmo (2016) em estudo com 344 participantes encontraram como fatores de risco para depressão grave e risco de suicídio entre adolescentes acontecimentos de vida negativos e desesperança, coexistindo com uma influência mediada por fatores psicológicos; e como fatores de proteção razões para viver, autoestima e satisfação com o suporte social a eles oferecidos.

Pinto, Cavalcanti, Araújo, Coutinho e Coutinho (2018) encontraram elementos do desenvolvimento físico e psicológico acrescidos de fatores socioculturais foram reportados como relacionados às distintas manifestações da depressão em estudo realizado com jovens paraibanos. Os autores encontraram ainda como maior risco para depressão ser do sexo feminino.

Em estudo recente com 300 adolescentes em João Pessoa, Pinto, Cavalcanti, Araújo, Coutinho e Coutinho (2018) encontraram como risco para depressão ser do sexo feminino; e elementos do desenvolvimento físico e psicológico acrescidos de fatores socioculturais foram reportados como relacionados às distintas manifestações da depressão. Os autores investigaram ainda a qualidade de vida e aspectos dos afetos positivos e negativos do adolescente e encontraram correlação entre tais variáveis e a manifestação da depressão entre os juvenis.

Santos et al (2019) acreditam que exista estreita relação entre depressão e a imagem corporal, encontrando em sua pesquisa correlação entre o sexo feminino, a insatisfação

corporal e a depressão. Ainda sobre o mote depressão e ser do sexo feminino, diferentes autores concordam que há maior vulnerabilidade feminina para o desenvolvimento da depressão, e nesse sentido, além de possíveis alterações neuroquímicas e endócrinas, deve-se ao fato de aspectos culturais estarem envolvidos, tais quais, sobrecarga e papéis sociofamiliares, exigências com a imagem, entre outros.

Diversos autores denotam que a vivência da depressão pode ser compreendida com referência a porção cultural na qual os indivíduos estão inseridos (Martin & Mari, 2007; Rodrigues & Caroso, 1998; Justo & Calil, 2006). Para Nunes e Faro (2021), as diferenças por gênero são refletidas na incidência, curso e número de episódios depressivos; e que meninos tendem a apresentar depressão no início da adolescência, enquanto meninas após o período da puberdade (Rohde et al, 2014). Batista et al (2017) apontam além disso, distinções quanto à sintomatologia: os meninos manifestam sintomas mais perceptíveis como dificuldades de concentração e agressividade; no tocante as meninas, elas desenvolvem sintomas menos perceptíveis ou internalizantes, tais quais, humor mais rebaixado e choro constante. Seguem os autores discorrendo que fatores biológicos, ambientais e psicológicos estão na origem da etiologia dessas diferenças entre os sexos.

Guimarães, Vizzotto, Avoglia e Paiva (2022) apresentaram recentemente estudo entre jovens de São Paulo e Amazonas acerca da correlação da depressão, ansiedade, estresse e qualidade de vida, encontrando importante influência do meio ambiente no desenvolvimento do adoecimento psíquico. Elucidando tais aspectos do meio ambiente, os autores apontam transporte que oferecem variadas dificuldades, precariedade dos ambientes sociais, dificuldades com lazer, falta de recursos, entre outros. Por conseguinte, apontaram como possibilidade de fatores de proteção o desenvolvimento de políticas públicas que visem a qualidade de vida, saúde, transporte e lazer dos indivíduos. Nesse estudo, embora a média de idade dos indivíduos estivesse entre jovens adultos, a pesquisa incluiu participantes a partir de 16 anos.

O fenômeno depressão e ansiedade associada apresenta-se com frequência, inclusive durante a adolescência (Bahls, 2002; Grolli, Wagner & Dalbosco, 2017). Bahls (2002) já apontava o crescimento significativo da depressão na adolescência há 20 anos, entendendo como um problema de saúde pública, inclusive apontando a alta taxa de comorbidade com outras condições psiquiátricas entre crianças e adolescentes.

Por comorbidade entende-se a conjuntura de dois ou mais transtornos mentais ou quadros médicos entre si. Em se tratando da ocorrência da depressão na adolescência, há alto

índice de ocorrência de transtornos comórbidos se comparados aos adultos, sendo mais recorrentes os transtornos de ansiedade (Bahls, 2002; Araújo, Ronzani & Lourenço, 2010).

Goodyer e Cooper (1993) associam a ansiedade em 40% dos casos de transtornos depressivos em crianças e adolescentes. A presença de transtornos ansiosos e depressivos em familiares e a proximidade parental oferece fator de risco para o desenvolvimento da depressão e ansiedade em crianças e adolescentes (Stubbe, 2008; Assumpção Junior & Kuczynski, 2003).

Dalgalarondo (2008) aponta a sintomatologia ansiosa como sendo dividida em somática e ao mesmo tempo um estado de humor desagradável, com sofrimento psíquico inerente. Quanto às manifestações físicas estão presentes principalmente taquicardia, tremores, vertigem, cefaleia, dispneia, sudorese, parestesias, náuseas, diarreia. Sobre o sofrimento psíquico, inclui insônia, irritabilidade, desconforto mental, dificuldade para se concentrar, inquietação interna e externa desconfortáveis e insegurança, associados a apreensão negativa em relação ao futuro.

Considerando o exposto, quando se apresenta quadro comórbido de ansiedade associada a depressão tal associação leva ao agravamento do curso dos sintomas e pior prognóstico, assim como, maior impacto psicossocial quando manifestadas ambas as condições (Araújo, Ronzani & Lourenço, 2010).

Como limite extremo do sofrimento entre adolescentes, o suicídio tem crescido e alarmado o mundo todo, que testemunha o fracasso diante de vidas tão jovens, indivíduos que talvez não tenham tido a chance de expressar seu sofrimento. “Em meio a angústia e ao silêncio de seus personagens, este já pode ser encarado como um problema de saúde pública em crescimento em nosso país: o suicídio de jovens” (Tardivo, 2004, p.44). Esta colocação da pesquisadora acerca do seu estudo em uma cidade brasileira onde há o índice mais alto de suicídio entre jovens brasileiros, coloca-nos diante da triste realidade do Brasil e de outros países. As colocações de Tardivo (2007) coadunam com dados da OMS (2017), quando aponta a depressão como a terceira principal causa de adoecimento e incapacitação entre os adolescentes, e o suicídio como sendo a terceira principal causa de morte no grupo de 15 a 19 anos.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (2018) cerca de 12.000 jovens de 15 a 24 anos morrem por suicídio a cada ano nos países da América Latina. Para a OPAS (2017) em seu programa Saúde Jovem⁶, os sinais de alerta para tentativas de suicídio entre os jovens transitam em estar deprimido e/ou sofrendo de ansiedade; antecedentes familiares;

⁶ #SaudeJovem PAHO <file:///C:/Users/jeffe/Downloads/suicidio-adol-infographic-2017-port.pdf>

passar por eventos estressantes; falta de interesse; isolamento; irritabilidade; sentir-se aprisionado ou um fardo; doenças crônicas; aumento do uso de substâncias psicoativas, e tentativas prévias de suicídio. Propõe como estratégias para prevenção: acompanhar pessoas que tentaram cometer suicídio e prestar apoio; restringir o acesso a meios letais mais comuns; realizar intervenções específicas para grupos mais vulneráveis como jovens indígenas e LGBT; difundir de forma responsável informações em meios de comunicação e redes sociais; aprimorar o registro e análise do suicídio; sensibilizar jovens, pais, docentes e trabalhadores de saúde; capacitar profissionais de saúde e educação para prevenção do suicídio e identificar e tratar os transtornos mentais e uso de substâncias.

1.C - Técnicas Projetivas e o Questionário Desiderativo

As técnicas projetivas nasceram nas bases da psicanálise tendo em vista a perspectiva de que o indivíduo seja capaz de expressar conteúdos escondidos dentro de si mesmo, ou seja, inconscientes, quando mediações lhe forem propostas. Caracteriza-se, portanto, pela apresentação de uma tarefa relativamente não estruturada, solicitando ao sujeito que interprete ou organize à sua maneira o estímulo apresentado, a partir deste mecanismo de projeção, que é inerente ao humano, revelando assim aspectos fundamentais de seu funcionamento psicológico (Tardivo et al,1999; Sneiderman, 2012)

Nesse sentido, a técnica projetiva é uma criação que expressa a maneira pela qual o indivíduo estabelece contato com a realidade interna e externa. As instruções ou os estímulos destes instrumentos atuam, pois, como os mediadores das relações vinculares que mobilizam variados aspectos de sua vida emocional; por esse motivo, são chamados testes projetivos ou de projeção da personalidade (Grassano,1997). Dessa forma, em presença de certas situações, em geral figuradas por imagens possivelmente relacionadas com conflitos vividos, ou por instruções, o indivíduo responde aos estímulos em função dos próprios problemas, dando livre curso às ideias inconscientes (Tardivo & Pinto Junior, 2012; Tardivo, Pinto Junior & Vieira, 2012).

As técnicas projetivas têm demonstrado cientificidade na avaliação de características psicológicas em diversos contextos, mas que demandam estudos que assegurem a sua eficácia e eficiência na tentativa de responder às demandas sociais e às possibilidades de avaliação e previsão do comportamento humano (Tardivo et al,1999; Tardivo & Pinto Junior, 2010; Sá, Rosa & Tardivo, 2020).

1.C.1 O Questionário Desiderativo- Fundamentos

Desiderativo do latim *lat desiderativus*, significa aquilo que se deseja, aspiração⁷, *desideratum*.

O *Test Desiderativo* foi apresentado inicialmente na tese de doutorado intitulada “*Prueba de la expresión desiderativa*” de José María Pigem Serra, com orientação de José Córdoba Rodríguez, no ano de 1949, na *Universidad Complutense de Madrid*, em Madrid, Espanha, embora os autores já tivessem publicado artigo a respeito do estudo em 1946, três anos antes, em Barcelona. Consistia em duas questões: o que você gostaria de ser se tivesse de voltar ao mundo não sendo uma pessoa? Por que você fez essa escolha? Os autores consideraram que a resposta escolhida corresponde ao símbolo desiderativo, e o porquê da escolha à expressão desiderativa.

Van Kravelen (1956) na Universidade de Leiden, Holanda, realizou adaptação do Teste Desiderativo, destinando-o também a crianças, adicionando, portanto, a justificativa da escolha, assim como, a rejeição. Nesse novo formato, deveria explicar o que não gostaria de ser. Em 1948, Bernstein, na Argentina ampliou o instrumento, inserindo três aceites e três rejeições, e para todas as respostas as explicações inerentes; passando assim o teste a ser denominado *Cuestionario Desiderativo* (Nijamkin & Braude, 2007). Seguidamente a ampliação das instruções por Bernstein (1948;1980), o teste passou a ser muito utilizado nos países de língua espanhola. A partir daí, as interpretações adquiriram suporte nos conceitos de Melanie Klein, em consonância aos estudos da autora ancorados na psicanálise infantil (Bunchaft & Vasconcellos, 2001).

Os indicadores de interpretação foram trabalhados por diversos estudiosos argentinos, entre estes Siquier de Ocampo (1987); Grassano (1977); Nijamkin Celener (1990); Nijamkin Celener e Braude (1996), entre outros. De acordo com Sneiderman (2018), naquele país, o aporte teórico apresenta flutuações, o que inclusive, pode ser motivo das dificuldades encontradas quanto a parâmetros de validação. Segundo a mesma autora, os embasamentos ancoram-se nos postulados freudianos, mas, especialmente nos kleinianos.

O Questionário Desiderativo baseia sua interpretação no significado dos símbolos, sendo o conceito de símbolo compreendido sob diferentes óticas. Entre as principais questões, há a indagação de como os símbolos foram formados pela humanidade? Ou, como os

⁷ Dicionário Michaelis. Consulta digital <https://michaelis.uol.com.br/palavra/x75m/desiderato/>

indivíduos se apropriaram deles? (Nijamkin & Braude, 2007). Conforme Rodrigué (1955), um símbolo é constante para a maioria da humanidade, tendo significados similares nas mais diferentes culturas. Nesse sentido, a indagação de como os símbolos foram formados pela humanidade é mote de pesquisas, especialmente em estudos de orientação psicanalítica.

Neste universo, no nascedouro da psicanálise, Freud (1900/2001) delineou os primeiros passos rumo ao patamar que evidencia a importância da relação simbólica em associações clínicas, ao publicar 'A Interpretação dos Sonhos' (1900), atribuindo fundamental relevância ao processo de associação livre. Houve, por parte do autor, no entanto, modificações à sua própria visão da função simbólica, de modo que, mais de uma década depois realizou a 10ª Conferência "A simbólica no sonho" (*Die Symbolik im Traum*), dedicada exclusivamente a tal temática. Freud (1916-1917/2014), acresceu que, "a essência da relação de símbolo é uma comparação" (p.153), uma relação constante entre um elemento manifesto e suas traduções, podendo ser possível interpretação passiva, sem necessariamente as associações do sonhador. Freud (1916-1917/2014) afirmou que, ambas as visões sobre a relação com o simbolismo são concomitantes

Isto significa, sob esse prisma, que há um conjunto de manifestações no indivíduo, como um vocabulário fixo e próprio, dando espaço ao sujeito de escolher o significado do símbolo, mas não criar um (Nijamkin & Braude, 2007). Nesse sentido, Freud (1900/2001) atribui um lugar importante ao papel mediador da linguagem no processo de associação livre, assim como, no simbolismo dos sonhos, postulando que determinado desejo ou determinado conflito se manifesta com linguagem própria independentemente do discurso do indivíduo.

Em consonância com as percepções freudianas, Jones (1925) entende o símbolo como uma condensação a representação de uma ideia. Isto significa, nessa perspectiva, que o símbolo indica um processo de significação de conteúdo primário a um secundário, encontrando assim saída para um elemento comum a ambos os conteúdos. Seguindo nessa concepção, a correspondência possibilita o reconhecimento de traços equivalentes de um processo inconsciente. Recorrendo a esses autores, Klein(1935/1996a) compreende a simbolização como um processo arcaico de recalque da identificação projetiva; em outras palavras, o ato da criança reconhecer seu próprio corpo em outros objetos é transformado paulatinamente no processo de simbolização.

Para Nijamkin e Braude (2007) a base para compreensão do símbolo nas interpretações do Questionário Desiderativo:

Em sentido extenso, o simbolismo é um modo de representação indireta e figurada de uma ideia, um conflito, um desejo inconsciente; nesse sentido, em psicanálise podemos considerar simbólica qualquer manifestação substitutiva, como por exemplo, uma palavra⁸ (NIJANKIM & BRAUDE, 2007).

É, pois, o QD compreendido como instrumento que produz símbolos verbais, reiterando o conceito de que os símbolos guardam uma produção histórica, cultural e pessoal. Nesse sentido, ao pesquisador, a compreensão só pode ser mediada pela racionalização, ou seja, por meio do significado próprio dado pelo respondente (Van Kolck, 1981; Nijamkin & Braude, 1996/2000/2007).

Os símbolos escolhidos expressam as imagens benevolentes e benéficas associadas a um bom objeto (protetor, doador, gratificante); e os símbolos rejeitados, as imagens persecutórias associadas ao objeto mau (frustrador, cruel). Pode-se também verificar como o sujeito utiliza as defesas, especialmente a dissociação. E o conjunto de respostas pode ser considerado como uma amostra das fantasias inconscientes e das relações de objeto do sujeito (Grassano, 1997).

O Questionário Desiderativo QD é uma técnica projetiva que fornece informações acerca do funcionamento psicodinâmico, como recursos defensivos, força do Ego e aspectos afetivos (Nijamkin & Braude, 1996/2000/2007; Guimarães & Pasian, 2009). Em se tratando do dinamismo da personalidade, Nijamkin e Braude (2000) compreendem que o QD oportuniza o reconhecimento da qualidade do uso das defesas instrumentais. As autoras consideram como defesas instrumentais aquelas defesas necessárias para o indivíduo responder adequadamente às solicitações e às instruções da técnica; o que se difere das defesas próprias da personalidade de cada indivíduo. Nessa distinção, apontam como defesas instrumentais a Dissociação, a Identificação Projetiva e a Racionalização.

Nesse sentido, as defesas instrumentais indicam o nível de força do Ego, o grau de flexibilidade e a capacidade de adaptação do respondente (Nijamkin & Braude, 2007). Sob esse ângulo, propiciando a investigação de alguns traços de personalidade do entrevistado, o Questionário Desiderativo se propõe a investigar a força e fraqueza do Ego, em alusão possibilidade simbólica de morrer. Essa possibilidade expressa verbalmente, mobiliza ansiedades e defesas e a maneira como o sujeito capta o enquadre e elabora suas respostas, fornece então dados a respeito da força e fraqueza do Ego (Ocampo et al, 1979/2009; Tardivo et al, 1999; Nijamkin & Braude, 2000). Por conseguinte, Ocampo et al (1979/2009) tendo a

⁸ *En sentido extenso, el simbolismo es un modo de representación indirecta y figurada de una idea, un conflicto, un deseo inconsciente; en este sentido, en psicoanálisis podemos considerar simbólica cualquier manifestación sustitutiva, como por ejemplo una palabra*” (texto original)

interpretação baseada na teoria kleiniana, compreende que o Questionário Desiderativo viabiliza que se compreenda a força do Ego, os mecanismos de defesa e os índices diagnósticos e prognósticos, alicerçados no conjunto de respostas obtidas.

Partindo de tais pressupostos, faz-se necessário assimilar o conceito de Ego a partir dos alicerces kleinianos. De acordo com a autora, o primeiro ano de vida é um período crucial no desenvolvimento, especialmente nos meses iniciais. Nesse contato inaugural com o mundo, o primeiro objeto introjetado pela criança é o seio da mãe, que ao satisfazê-la, leva-a a introjetar amor, gratidão advindo seio bom, ideal; e quando não a satisfaz, ela introjeta ódio, frustração, advindo do seio mal, perseguidor. A capacidade de agressividade, desejos-sádico orais, dirigidos a mãe introjetada gera na criança o sentimento culpa (Klein, 1946/2006). Nessa cisão entre o seio bom e o seio mal, acarreta-se uma divisão entre o amor e o ódio. Tais interações estão na base da formação do Ego arcaico.

Em consequência disso, “surtem na primeira infância ansiedades, características das psicoses, que forçam o Ego a desenvolver mecanismos específicos de defesas específicas” (Klein, 1946/2006, p. 20). É para a autora, este o período da formação do Ego, ainda arcaico, mas que insere na dinâmica da personalidade mecanismos de defesa primitivos, tais quais, identificação projetiva e a cisão. A este processo, a autora chamou posição esquizoparanóide. Seguindo este raciocínio, na posição esquizoparanóide vem se somar à formação do Ego, de forma alternada, os mecanismos de introjeção, projeção e divisão *-splitting* (Klein, 1946/2006).

Nessa perspectiva, a maior das ansiedades é que o Ego seja destruído pelos objetos maus, e nessa linha de raciocínio, é fundamental que o bebê possa lidar com tais ansiedades, pois força o Ego a desenvolver seus mecanismos de defesa; sendo o mecanismo de projeção o que mais lhe causa alívio. Assim, ansiedade, culpa e sentimentos depressivos são pilares intrínsecos do desenvolvimento emocional da criança e que estão presentes nas relações de objetos iniciais (Klein, 1921-1945/1996a)

1.C.2 Instruções, aplicação e interpretação do QD

O Questionário Desiderativo é uma técnica simples em termos de administração, rápida, econômica e, sobretudo, rica em seus alcances exploratórios, propiciando a investigação de alguns traços de personalidade do respondente, podendo ser aplicado em crianças, adolescentes e adultos e em diferentes contextos de pesquisa e situações clínicas (Nijamkin & Braude, 2000; Tardivo, 2017).

Quanto às instruções da técnica de aplicação⁹, solicita-se que o respondente se utilize da imaginação de símbolos positivos e negativos que substituem provisoriamente a condição humana. Há concordância entre os estudiosos do Questionário Desiderativo, que os símbolos solicitados no instrumento, ou seja, animais, objetos inanimados e vegetais possuem caráter universal e por isso podem ser utilizados com investigação do inconsciente e da personalidade. De acordo com o manual de Nijamkin e Braude (2000), deve ser feita inicialmente a pergunta “Se você não fosse uma pessoa, o que mais gostaria de ser?”, sendo necessário a seguir fazer o pedido de justificativa, perguntando-se “Por quê?”. Ao receber a primeira resposta, o pesquisador deve repetir a mesma pergunta e excluir a resposta dada pelo respondente; e posteriormente, proceder da mesma maneira. Assim, o participante fornecerá 3 respostas consideradas positivas que devem compreender os 3 reinos: reino animal, reino inanimado ou reino vegetal. Caso não haja esta sequência, será necessário que o clínico induza a resposta, dizendo claramente o que espera, ou seja, apontando o reino para que o participante faça sua escolha.

Após as 3 primeiras respostas positivas ou mais caso tenha sido necessário ofertar apoio por meio da indução, inicia-se a sequência negativa, indagando ao participante se não pudesse ser uma pessoa o que menos gostaria de ser. A sequência negativa é compreendida como o que o respondente rejeita. Procede-se do mesmo modo que na sequência positiva, isto é, fazendo 3 questões que precisam compreender os 3 reinos, mesmo que seja necessário induzir a resposta. Para compreensão ampliada é necessário registrar o tempo, e particularidades de cada respondente, como comportamentos e contexto da aplicação (Nijamkin & Braude, 2000; Tardivo, 2017) O resultado expresso traduz-se na "Sequência Desiderativa", composta pelos tipos de escolha nas respostas Positivas e nas Negativas, sendo possível ter acesso às fantasias desiderativas por meio de comunicação simbolizada, mas, intelectualizada (Nijamkin & Braude, 1996/2000/2007).

Para Arzeno (1995), a primeira resposta dada pelo participante diz respeito ao ideal de Ego, mostrando simbolicamente as figuras de identificação mais fortes, expressando o que o indivíduo precisa para obter a completude narcísica, assim como, a relação objetal idealizada ou benéfica, o tipo de defesa privilegiada pelo Ego; já a segunda resposta alude-se a outras defesas às quais o Ego convocaria caso não pudesse usar a primeira com o objetivo de não ser morto; a terceira resposta positiva seguindo este ponto de vista, tem relação com a aniquilação e castração. Quando passa às respostas negativas, a primeira compreende ao ideal negativo de

⁹ Encontra-se de forma mais detalhada no Anexo 1a

Ego, o que mais ataca o alcance da completude narcísica, as relações objetais mais danosas e persecutórias, o que se quer desvencilhar primeiro para resguardar o Ego. Passando a segunda e terceira respostas negativas, estas teriam consonância com outros aspectos negativos dos quais se deseja desprender-se.

Nijamkin e Braude (1996/2000/2007) desenvolveram um sistema avaliativo detalhado para essa técnica projetiva. Por sua vez, Tardivo (2017) elaborou uma esquematização das principais funções psicológicas avaliadas pelo Desiderativo, com base na proposição das supracitadas autoras, e organizou um protocolo de codificação¹⁰ das respostas colhidas por meio desse instrumento. Tal proposição desenvolvido pela autora insere-se no projeto de validação à população brasileira, incluindo diferentes autores e variados grupos clínicos¹¹.

Este estudo, portanto, parte-se a partir das considerações de Nijamkin e Braude(2000) e Tardivo(2017), com fundamentos nos conceitos freudo- kleinianos acerca dos mecanismos de defesa e por conseguinte, Força do Ego.¹²

¹⁰ Encontra-se como anexos 1c e 1d.

¹¹ Os critérios de análise segundo Tardivo (2017) é parte do Projeto de Validação “O Questionário Desiderativo no Brasil: Fidedignidade, Validação e Respostas mais Frequentes”, processo 309809/2017-7.

¹² No anexo 1d encontram-se os mecanismos considerados e as instruções de codificação desenvolvidas por Tardivo (2017) com base em Nijamkin e Braude (2000).

CAPÍTULO II: JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

*“É assustadoramente fácil reunir material sobre a depressão...
... filosofia, lei, psicologia, literatura, arte, história
têm se voltado para a causa da depressão...
... Ela é a solidão dentro de nós que se torna manifesta
e destrói não apenas a conexão com os outros,
mas, também a capacidade de estar em paz consigo mesmo.”*

(Andrew Solomon – O demônio do meio-dia)

2.A- Justificativa

A depressão é um fenômeno complexo e por conta disso não pode ser compreendido por apenas um viés. O olhar para variáveis biológicas, socioambientais e psicológicas associadas podem ofertar uma compreensão mais aproximada do sofrimento impetrado pela dor psíquica inerente. Associada a adolescência, uma fase “tempestuosa” (Winnicott, 1960/1983), a depressão pode trazer perigos ainda maiores. A Organização Pan-Americana de Saúde (2018) crê que o público adolescente com depressão corre variados riscos, entre os quais, o de desenvolver ansiedade associada; para mais, risco de perder a vida.

Preocupação ainda maior tem a ver com os adolescentes nos anos finais da adolescência. A OMS (2022) aponta que jovens entre 15 e 24 anos de idade apresentam alto índice de suicídio, alertando ser esta a segunda principal causa de morte entre pessoas nesta faixa etária, além do agravante de ser nesta etapa que transtornos mentais graves se consolidam. Nessa perspectiva, Magalhães e Dessen (2015) entendem que o que esclarece o alto grau de mortalidade dos juvenis no mundo, deve-se ao fato do adolescente, em fase de consolidação de seu desenvolvimento, tender a se colocar em riscos maiores devido a necessidade de enfrentar suas próprias limitações. Seguem apontando que, esta é uma crise na saúde do próprio adolescente e da família, e que a etapa final da adolescência, ademais, gera grande apreensão para as autoridades. Devido a necessidade de atenção a este público, esta investigação contempla a faixa etária de 17 a 19 anos de idade, escolares no último ano do ensino Médio.

Mediante o exposto, parece haver simultaneamente grande dificuldade no processo de aproximação, compreensão, bem como, oferecimento de amparo e acolhimento. Bonin e Moreland (2012) indicam que aproximadamente 70% dos adolescentes com depressão não recebem qualquer tipo de assistência. Nesse sentido, disponibilizar instrumentos que contribuam para a compreensão e facilite a aproximação ao sofrimento emocional do adolescente indica considerável valia. Assim, pode-se apresentar o Questionário Desiderativo

(QD), uma técnica projetiva de fácil aplicação e fertilidade inquestionável (Sneiderman, 2018), que possui potencial para captar aspectos da saúde mental do respondente. Isto aponta a relevância em contextos clínicos e em pesquisas, sobretudo, pesquisas que pretendam atingir muitos participantes. O QD é um instrumento deveras simples que consiste em direcionar 6 perguntas ao respondente, e anotar seus apontamentos. O questionário configura-se como uma técnica verbal, ou seja, a pessoa precisa apenas responder as consignas, mediante simbolização¹³, por isso, pode ser aplicado na comunidade em geral, em variados contextos culturais.

O Questionário Desiderativo tem sido foco de investigações principalmente no âmbito das universidades, como tema de dissertações de mestrado ou teses de doutorado. Também tem sido objeto de publicações em revistas nacionais e internacionais, tal como, mote de apresentações em eventos no Brasil e em países latino-americanos. No entanto, ainda é um instrumento pouco conhecido, carente de mais pesquisas no contexto brasileiro (Tardivo, 2017). Além das razões já citadas, tendo em vista seu potencial de análise da personalidade (Pinto Junior, Rinaldi, Chaves & Tardivo, 2018), os dados encontrados nesta investigação poderão contribuir para a legitimação do QD junto ao Conselho Federal de Psicologia, considerando que os achados no presente estudo farão parte dos grupos clínicos de validação no projeto “O Questionário Desiderativo no Brasil: Fidedignidade, Validação e Respostas mais Frequentes”. Assim dizendo, após a aprovação será importante aliado em práticas clínicas, avaliações e pesquisas, auxiliando na compreensão e indicativos de saúde mental e de variados transtornos, inclusive, a depressão.

Indo nesta direção, para além do QD, esta pesquisa propõe-se em ampliar a compreensão da depressão por meio do instrumento auxiliar, o Procedimento de Desenho-Estória com Tema DE-(T), técnica já consolidada pelo seu potencial compreensivo, dada a captura de significações individuais e em grupo, mediante desenhos orientados. Por sua similar simplicidade e fácil aplicabilidade, aliado ao caráter lúdico, o DE-(T) torna-se um facilitador às questões do adolescente, favorecendo, neste caso, captar como a depressão é significada pelos jovens. Além do mais, o D-E(T) funciona como suporte para acolhimento e intervenções.

Em conformidade, e que indica a importância da pesquisa tem a ver com o método interventivo adotado. Refere-se à disponibilização de ações de acolhimento ao adolescente em seu ambiente escolar, especialmente, aquele que está passando por sofrimento psíquico, e que se torna, logo, uma necessidade urgente. No presente estudo, ofereceu-se: Escuta, Rodas de

¹³ Os fundamentos do QD e a técnica de aplicação estão detalhados no capítulo 3.

Conversa e Encaminhamentos como suporte e acolhimento, o que entra em sintonia às recomendações da OPAS (2018) quando aponta a necessidade de cuidado ao adolescente devido a vulnerabilidade inerente a esta etapa.

Embora a adolescência seja uma das fases mais estudadas no mundo, acredita-se que pesquisas que visem a saúde física e mental desta população ainda são insuficientes, mais que isso, negligenciadas (Luz, Coelho, Teixeira, Barros, Carvalho & Almeida, 2018). Destarte, devido ao uso do Questionário Desiderativo, um instrumento potencialmente útil para captar aspectos de saúde mental do respondente, como a depressão; em conjunto com o Procedimento de Desenho-Estória com Tema, que também é rico em significados; aliado a ações de acolhimento a adolescentes de 17 a 19 anos em seu ambiente escolar, a presente pesquisa torna-se notadamente pertinente, podendo ser embasamento para ações futuras.

A partir destas justificativas, citam-se os objetivos da investigação:

2.B - Objetivos

2.B.1 Objetivo Geral

Investigar se há diferenças estatisticamente significativas nas respostas do Questionário Desiderativo entre o Grupo Clínico, composto por adolescentes de 17 a 19 anos, estudantes do terceiro ano do Ensino Médio que pontuaram para depressão moderada a grave no BDI-II; e o Grupo Controle, compostos por adolescentes de 17 a 19 anos, estudantes do terceiro ano do Ensino Médio que não pontuaram para depressão moderada a grave no BDI-II; e caso haja diferenças, indicá-las.

2.B.2 Objetivos Específicos

Apontar aspectos qualitativos encontrados no Questionário Desiderativo que possam contribuir na compreensão da depressão na adolescência;

Verificar possível quadro associado de depressão e ansiedade entre os participantes adolescentes, averiguado por meio do Inventário de Ansiedade de Beck;

Compreender as significações individuais e em grupo no que concerne a depressão entre os adolescentes participantes, por meio do Desenho-Estória com Tema, assim como utilizá-lo como base para possíveis intervenções;

Oferecer suporte emocional aos adolescentes, escolares do terceiro ano do Ensino Médio, por meio de ações de acolhimento em grupo no ambiente escolar, e relatar esta experiência.

CAPÍTULO III: ASPECTOS METODOLÓGICOS

*“Arrebetaram a porta. Derrubaram a porta.
Chegaram a um lugar luminoso
onde a verdade esplendia seus fogos.
Era dividida em duas metades,
diferentes uma da outra.
(...)
Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.
As duas eram totalmente belas.”*

(Carlos Drummond de Andrade- Verdade)

3.A - Desenho Metodológico: Tipo de Método

A **Questão Norteadora** da pesquisa referiu-se à investigação se havia diferenças estatisticamente significativas nas respostas do Questionário Desiderativo em adolescentes entre 17 e 19 anos, estudantes do terceiro ano do Ensino Médio, que apresentassem sinais de depressão moderada a grave averiguados no BDI-II, em relação a outros jovens com as mesmas características, porém sem sinais de depressão moderada a grave. Partindo dessa indagação, o norteamento metodológico teve como pressuposto encontrar meios para complementar os achados estatísticos e que contemplasse ainda um formato que interagisse de forma interventiva e acolhedora com os participantes.

Sendo assim, buscou-se compreender o delineamento necessário para tal. O delineamento metodológico em pesquisa é campo vasto e em constante discussão. Muitos são os desenhos, e as propostas metodológicas visando apreender e compreender os fenômenos. De acordo com Lisboa (2019),

um desenho de pesquisa, é que define a viabilidade da pesquisa, além de permitir a compartimentação da investigação em diversas partes, cada uma delas podendo ser objeto de busca de respostas para perguntas menores, que, ao final, responderão à pergunta principal (LISBOA, p.11).

Este estudo configura-se em método misto de pesquisa, configurando-se nos seguintes pressupostos:

Sua natureza é **quanti-qualitativa**. Triviños (1992) entende que “toda pesquisa pode ser, ao mesmo tempo, quantitativa e qualitativa” (p. 118). Para o autor, a abordagem quantitativa em pesquisas, em suma, é uma expressão da qualidade revelada em linguagem matemática. Diante disso, trata-se de formas diferentes e complementares de expressar e

descrever o objeto, salientando mais seu aspecto dinâmico, referindo-se à quantidade; ou enfocando seu aspecto descritivo, tratando-se da qualidade (Melo, Maia Filho & Chaves, 2016).

Segundo Silva (2010), os estudos quantitativos, advindos da herança positivista de pesquisa, visam satisfazer a critérios de cientificidade: validade, confiabilidade, generalização e transferibilidade dos resultados, enquanto a perspectiva qualitativa opera com “valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões; aprofunda a complexidade de fenômenos, fatos e processos; passa pelo observável e vai além dele ao estabelecer inferências e atribuir significados ao comportamento”. Para Biasoli-Alves (1998), o relacionamento entre o quantitativo e o qualitativo é complementar, de outra maneira, o quantitativo se ocupa de ordens, grandezas e suas relações, e o qualitativo pronuncia um panorama de interpretações para medidas ou a compreensão para o que não é quantificável.

Quanto ao nível, a pesquisa configura-se como: **descritiva**: quando apresentados os aspectos qualitativos do estudo, estes serão expostos descritivamente. De acordo com Bogdan e Biklen (1994) para ser considerada qualitativa, uma pesquisa traduz seus dados de forma descritiva e rica de significados.

Delineia-se ainda como uma **pesquisa-ação**, tendo em vista o aspecto interventivo delineado nas devolutivas com os participantes. Partindo das acepções de Barbier (2007) compreende-se a pesquisa ação como proposta metodológica instaurada por Kurt Lewin em 1933, a partir de suas inquietações de como o povo judeu sofreu tamanho massacre frente a imposição nazista. Sendo também judeu, Lewin foi obrigado a deixar a Alemanha sob ameaças e violência; o que o colocou diante da indagação de como poderia ser possível estudar determinados fenômenos, questões, problemáticas da humanidade *in loco* e ir além: participar do dito problema a fim de colaborar em suas possíveis saídas (Melo, Maia Filho & Chaves, 2016). Sendo assim, a pesquisa-ação teve suas bases em decorrência da Segunda Guerra Mundial, o que indica a origem social antecedendo a prática (Barbier, 1985).

Herdeiro dos pressupostos de Lewin (1965), Thiollent (2011) apresenta dois objetivos centrais na pesquisa-ação: um prático e um de conhecimento. O primeiro objetivo tem como foco “contribuir para o melhor equacionamento possível do problema considerado como central na pesquisa” (p.24); e por conseguinte, o segundo pretende “obter informações que seriam de difícil acesso por meio de outros procedimentos” (p.24). Partindo dessas acepções, a presente pesquisa desenha-se como possível produtora de conhecimento acerca do complexo fenômeno da depressão, além disso, carrega em si a preocupação de ação social *in*

loco, ou seja, no encontro com os adolescentes em seu ambiente escolar. Por isso, atende ao desenho metodológico da pesquisa-ação.

3. B – Participantes

Participaram do presente estudo 50 adolescentes (n=50), com idades entre 17 e 19 anos, terceiranistas do Ensino Médio, estudantes de duas escolas: uma na cidade de Santos, SP, denominada Escola 1; e a segunda em Praia Grande, SP, denominada Escola 2.

Em se tratando da Escola 1, a instituição é tida como uma escola particular, no entanto, é parte de um serviço social destinado a atender filhos de trabalhadores da indústria nos mais variados cargos, e algumas vagas à comunidade. Partindo destas particularidades, o perfil socioeconômico dos alunos é bastante variado, tendo em vista que a maioria dos escolares possuem bolsa de estudo. Tais informações foram obtidas com a direção da instituição, que autorizou a pesquisa, demonstrando, inclusive, sua preocupação com aspectos da saúde mental dos jovens. O encontro com os participantes da Escola 1 se deu entre outubro e novembro de 2021, num momento delicado, tendo em vista que, tratava-se do retorno dos alunos ao ensino presencial após o distanciamento de quase dois anos imposto pela pandemia de Covid-19. Por este motivo, a frequência escolar ficou naturalmente comprometida, além do fato de estarem chegando para despedirem-se da escola, posto que eram jovens do terceiro ano do Ensino Médio, no fim do segundo semestre letivo. Além disso, compromissos com provas, formatura, atividades variadas se impuseram como prioridade. A escola contava com 2 salas de terceiro ano, em média 50 alunos. Destes, 22 concordaram em participar após apresentação do projeto nas salas de aula.

Quanto a Escola 2, aquela é parte do projeto de ensino em tempo integral a escolares que cursam o Ensino Médio, na rede pública de ensino no estado de São Paulo. Embora não tenha sido feito tal levantamento a partir dos alunos, segundo a direção escolar o perfil socioeconômico é também variado, salientando que muitas famílias teriam migrado da rede particular de ensino durante e após a pandemia de Covid-19 no Brasil, e que por isso, teriam perfil socioeconômico característico da classe média, somado a alunos com dificuldades sócio financeiras advindos da própria rede pública. Havia 3 salas de terceiro ano do Ensino Médio com cerca de 80 alunos. Deste número, 39 participaram.

Critérios de inclusão na amostra

Foram incluídos na amostra, portanto, adolescentes de 17 a 19 anos de idade estudantes do ensino Médio que assinaram TALE e aqueles com 17 anos que os responsáveis assinaram o TCLE. Outro critério foi a conclusão do protocolo de pesquisa que incluiu o BDI-II, BAI e QUESTIONÁRIO DESIDERATIVO.

3.C - Local e Período de Coleta de Dados

A pesquisa foi realizada em duas escolas: a escola 1 na cidade de Santos, SP de outubro a dezembro de 2021; e a escola 2 na cidade de Praia Grande, SP de maio a setembro de 2022.

3. D - Instrumentos

3.D.1 Questionário Desiderativo

Descrito no capítulo introdutório, foi analisado a partir do referencial proposto por Tardivo (2017) considerando as contribuições de Nijamkin e Braude (2000). Foram avaliados os Aspectos Gerais do QD, distribuídos em: a) Teste completo, ou seja, se o participante respondeu a todos os reinos com as devidas explicações; b) Perseveração, quando foi constatado se o participante apresentou mais de um símbolo em um ou mais reinos, nas catexias positivas ou nas negativas; c) Resposta antropomórfica, isto é, se o participante escolheu elementos pára-humanos, aqueles que mantêm a identidade humana, mas não são humanos exatamente, como por exemplo, super-heróis, fantasmas, etc.

Mediante a compreensão dos Aspectos Gerais passou-se às Categorias Específicas, que foram delineadas em: Tempo de Reação, referiu-se ao lapso de tempo entre a consigna, ou seja, perguntas e o aparecimento da resposta do participante; Adequação à consigna, tratou-se da capacidade do respondente de realizar o teste, ou seja, de se imaginar temporariamente como não-humano, e complementarmente se o participante não sentiu a consigna como um ataque concreto à integridade de seu Ego, mas, que a vivenciou em um nível simbólico; Escolha do reino, isto é, foi compreendido que as catexias positivas do teste representam valores que a pessoa deseja conservar, e em contrapartida, as catexias negativas dizem respeito a valores, atributos e características indesejáveis dos objetos, ou seja, o que se deseja perder, livrar-se,

enfim, rejeitar; Qualidade da resposta ou símbolo, e da racionalização, nesta, cada símbolo e referida racionalização foram avaliados em termos de sua qualidade, subdividindo ainda tais aspectos da qualidade em respostas do tipo convencional ou comum, original e bizarra.

Seguindo nos itens analisados pelas mesmas autoras, o mecanismo seguinte foi a Dissociação, que sugere a capacidade do entrevistado de discriminar os aspectos valorizados dos aspectos desvalorizados e indica a possibilidade de reconhecer situações que geram ansiedade e de identificar os recursos para controlá-la, subdividindo a dissociação em adequada e inadequada; a seguir analisou-se a Identificação Projetiva, sendo no QD este mecanismo reconhecido através da capacidade do respondente em escolher símbolo adequadamente estruturado e com consistência, categorizadas as respostas, por conseguinte, em Símbolo estruturado ou Símbolo não estruturado. Por fim, a Perspectiva vincular da resposta que se refere à capacidade ou não do sujeito em estabelecer vínculo ou relação com o outro, categorizadas em respostas narcisistas, ou em resposta que inclui o outro.

Utilizou-se no presente estudo folhas de avaliação que contam com pontuação e respostas categóricas¹⁴, o que criou condições para análise estatística a fim de verificar o Índice de Força de Ego. Estas fazem partes do Projeto de Validação do QD, desenvolvidas por Tardivo (2017).

3.D.2 Inventário de Depressão de Beck BDI-II

O Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) avalia a depressão no público a partir dos 10 anos de idade, portanto, também é indicada ao público infanto-juvenil. Parte das Escalas de Beck, o BDI-II avalia sintomas característicos de depressão, tais quais, tristeza, sentimento de culpa, insatisfação, isolamento social, alterações no apetite, entre outros. É um instrumento autoaplicável, composto por escala do tipo *likert* que vai de 0 a 3, discriminando assim os graus de intensidade da depressão. Segundo os autores Gorenstain, Wang, Argimon e Werlang (2011), que adaptaram o instrumento à população brasileira, a classificação da intensidade da depressão pode ser compreendida: de 0 a 13 pontos indica intensidade mínima; de 14 a 19 é indicativo de intensidade leve; de 20 a 28 pontos indica depressão de intensidade moderada e de 29 a 63 há indicativo de depressão grave. Encontra-se em anexo 2.

¹⁴ Maiores detalhes nos anexos 1a, 1b, 1c e 1d

3.D.3 Inventário de Ansiedade de Beck-BAI

Assim como o BDI-II, o Inventário de Ansiedade de Beck-BAI é baseado uma escala *likert*, indo de 0 (ausência de sintoma) a 3 (sintomas severos), descritos como: de maneira alguma; levemente; moderadamente; severamente. É autoaplicável, composta por 21 itens que visam avaliar a presença e a intensidade de sintomas ansiosos. Encontra-se em anexo.

O BAI é uma das escalas de Beck, possuindo o escore de 0 a 63. Propõe uma classificação da ansiedade realizada através de níveis: mínimo (escores de 0-10), leve (de 11-19), moderado (de 20-30) e grave (de 31-63). A partir do escore 21, já é possível considerar que os sintomas atingem um nível clinicamente significativo. A aplicação deve ser feita a partir dos 17 até 80 anos de idade. (Cunha, 2001). Anexo 3.

3.D.4 Procedimento de Desenho-Estória com Tema¹⁵

O Procedimento de Desenho-Estória com Tema D-E(T) foi desenvolvido por Aiello-Vaisberg (1995), originado da proposta de Trinca (1987). O procedimento visa investigação de imaginários coletivos, tendo em vista acessar temas que não estão no campo consciente (Barreto e Aiello-Vaisberg, 2007). Na gênese do D-E(T) Aiello-Vaisberg (1995) alicerçou a fundamentação teórica do procedimento na teoria das representações sociais. No entanto, foi abandonando esses pressupostos e aproximou-se da ideia de imaginários coletivos.

Cabe, entretanto, assinalar que duas importantes mudanças foram registradas na nossa produção que se organiza ao redor do uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema. A primeira delas diz respeito ao abandono do uso do conceito de representações sociais, que foi substituído pelo de imaginário coletivo. A segunda corresponde à expansão temática... (AIELLO-VAISBERG, 2017, p.33)

Do aprofundamento no estudo acerca dos modos de representação que se apresentam por meio do imaginário coletivo, e do conceito de transicionalidade presente no encontro entre terapeuta/pesquisador e o colaborador, Aiello-Vaisberg e Ambrósio (2006) complementam

¹⁵ O Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema não foi instrumento obrigatório para inclusão na amostra por se tratar de material mediador nos encontros em grupo. Neste estudo, configurou-se como procedimento complementar.

apontando a importância do aspecto lúdico proposto no Desenho-Estória com Tema e sua eficácia quando utilizado em pesquisas.

Tardivo (2007) tem contribuído de forma significativa para o desenvolvimento do DE-(T), trazendo que, o objetivo principal do procedimento é “favorecer a compreensão de como o indivíduo e seu grupo significam determinada conduta ou situação” (Tardivo, 2007, p. 117). Sendo assim, presta-se ao estudo de como o indivíduo representa uma situação ou condição e pode ser base para intervenções (Tardivo, 2007).

Partindo deste ponto de vista, o D-E(T) foi incluído como instrumento complementar na pesquisa tendo em vista sua riqueza, e as contribuições dele originadas no resultado de variados estudos. Almejando-se assim contribuir na compreensão da depressão e utilizar o desenho-estória como mediador para encontros em grupos, foi solicitado que o adolescente que realizasse um desenho sob o mote “desenhe uma pessoa com depressão e depois conte uma estória”.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de São Paulo, e faz parte do projeto de Validação do Questionário Desiderativo “O Questionário Desiderativo no Brasil: Fidedignidade, Validação e Respostas mais Frequentes” Processo Número 309809/2017-7.

3.E - Procedimentos

3.E.1 Contato com as Escolas – diretores

Foi feito contato via *e-mail* ou telefone à direção de ambas as escolas participantes. Após reunião com esses profissionais, coletou-se sua autorização para realização da pesquisa junto aos escolares por meio da assinatura dos Termos de Autorização - TA.

No período de coleta de dados na Escola 1, ainda se tratava de momento delicado devido à pandemia de Covid-19 no Brasil, por isso, utilizou-se máscara a todo momento dentro da unidade; disponibilizou-se álcool, assim como, combinou-se com os envolvidos que já estivessem vacinados. A escola disponibilizou sala de reunião adequada. Bem como, devido à pandemia, as Rodas de Conversa foram feitas no formato remoto, por se tratar de grupos.

No período de coleta de dados na Escola 2 o espaço disponibilizado pela direção foi a biblioteca escolar que pôde ser trancada no momento do encontro, o que garantiu o sigilo necessário. As Rodas de Conversa foram feitas no mesmo ambiente, posteriormente.

3.E.2 Contato com os adolescentes

Apresentou-se o projeto de pesquisa aos adolescentes em visitas às salas de aula, explicando, principalmente, o direito à livre participação. Entregou-se na mesma ocasião o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido-TALE. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE foi enviado através dos próprios adolescentes com 17 anos para que os responsáveis assinassem. O encontro com o participante foi feito individualmente, em sala reservada cedido pela escola, possibilitando assim garantir o sigilo e privacidade junto ao adolescente, fazer um *rapport* adequado, e aplicação do protocolo, respeitando as questões suscitadas e o tempo de cada um.

Os encontros duraram em média 1 hora, mas o tempo não foi determinado pela pesquisadora, e sim de acordo com as necessidades de cada participante, salientando que nesse momento foi oferecido um espaço de escuta e acolhimento às questões trazidas pelos adolescentes. Após a coleta de dados, esclareceu-se novamente ao voluntário o direito ao acesso a todas as etapas do estudo, inclusive, os resultados.

Ofertou-se ao adolescente a participação em ações de acolhimento em grupo por meio de Rodas de Conversa na segunda etapa da pesquisa, ou seja, após todas as participações individuais.

3.E.3 Ações de acolhimento: Cuidados éticos e com o sofrimento emocional dos participantes

É parte das pesquisas com seres humanos, sobretudo no campo da Psicologia, oferecer ações que visem mitigar possíveis sofrimentos suscitados pela coleta de dados, ou por sofrimentos anteriormente presentes no existir do participante. O Conselho Federal de Psicologia CFP (2000/2007) dispõe em seu artigo 9º, nos parágrafos terceiro e quinto:

§ 3º - No caso de pesquisa com crianças e adolescentes e outros indivíduos vulneráveis, o pesquisador é responsável pela proteção dos participantes, devendo tomar providências sempre que constatar que estes se encontram em situação de risco sério e iminente à sua integridade física ou emocional.

§ 5º - As ações a serem tomadas, descritas no projeto, devem ser apropriadas e compatíveis com a gravidade da situação, buscando o uso dos recursos comunitários e legais disponíveis, visando sempre minimizar danos, proteger e não causar malefício;

Nesse sentido, as pesquisas desenvolvidas no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da USP, coordenado pela professora Leila Tardivo, amparam-se em tais premissas e seus estudos trazem a preocupação inerente em ofertar devolutivas e ações visando compreender, sustentar, amparar, acolher, apoiar o ser humano encontrado no momento da pesquisa, especialmente, o ser humano na fase da infância e adolescência. Tal conduta encontra suas bases concomitantemente no conceito *winnicottiano* de *holding*, que tem sua definição originada no “verbo *to hold*, traduzindo-o como segurar ou mesmo fornecer um *holding*” (Winnicott, 1986/2001, p.6). O mesmo autor complementa, definindo a função do *holding*:

(...) o analista está *sustendo* o paciente e isto muitas vezes toma a forma de transmitir em palavras, no momento apropriado, algo que revele que o analista se dá conta e compreende a profunda ansiedade que o paciente está experimentando. Ocasionalmente o *holding* pode tomar uma forma física (...) mas eventualmente compreensão e simpatia é o que será necessário (WINNICOTT, 1960/1983, p. 216).

Destarte, o apoio é axioma do trabalho realizado no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, para além da coleta de dados. Ações de psicointervenção e acolhimento como oficinas em grupos, grupos operativos, oficinas lúdicas e afins, assim como, encaminhamentos, sempre foram ofertados aos participantes.

Nesta pesquisa, ações de acolhimento eleitas foram:

1. Escuta especializada e individualizada, oferecendo o *holding* necessário
2. Rodas de Conversa com os participantes adolescentes a partir dos desenhos temáticos, apoiando-se nas acepções de Tardivo (2007), que o compreende como base para intervenções. Deste modo, vislumbra mais uma vez o principal objetivo de suporte, mediante trocas e ampliação das possibilidades de saídas, ainda sustentado no conceito de *holding* baseado em Winnicott (1986/2001).
3. Encaminhamentos aos serviços de saúde, que contemplam o mesmo objetivo de suporte.

Ao aprofundar o conceito de Rodas de Conversa, estas caracterizam-se por espaço de discussões em redor de temática definida visando um objetivo, especialmente em caso de pesquisa. Vem sendo utilizada em diversos âmbitos da psicologia, psicanálise, educação e interfaces. Nesse espaço, os indivíduos encontram meios para elaborações, caracterizadas pelo processo de trocas entre seres humanos. De acordo com Mélló et al (2007) as Rodas de

Conversa são exercícios de pensar compartilhado, e nesse processo, ao instigar mutuamente o falar cada um encontra espaço de diálogo e desenvolvimento.

CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

“Tenho penetrado nesse novo mundo onde ninguém pode me acompanhar, passei a sentir aversão pelos outros, um desejo invencível de me desligar do meu círculo de convívio [...] um dia acabei por me encontrar inteiramente só”
(Strindberg – Inferno)

4.A - Distribuição dos Grupos Clínico e Controle

Foram coletados protocolos de 61 escolares quando somadas as Escola 1 e 2. Separou-se inicialmente todos os participantes que não haviam pontuado para depressão moderada a grave no BDI-II, o que se obteve um total de 25 adolescentes. Estes então, compuseram o Grupo Controle. O intervalo deste grupo configurou-se entre 4 -19 pontos no instrumento.

Para equiparação estatística, foi composto o Grupo Clínico com o mesmo número, ou seja, 25 participantes. O intervalo deste grupo configurou-se entre 20-53 pontos no instrumento. Portanto, 11 protocolos não foram incluídos na amostra final deste estudo. Faz-se necessário apontar que houve maior dificuldade para composição do Grupo Controle, isto é, a maioria dos escolares que se dispuseram a se voluntariar para a pesquisa possuíam depressão moderada a grave, averiguado no BDI-II.

A amostra total oriunda de ambas as escolas foi, portanto, dividida em dois grupos: Grupo Clínico composto por 25 adolescentes com pontuação equivalente a depressão moderada a grave, averiguada no BDI-II; e Grupo Controle, contendo o mesmo número de adolescentes sem pontuação equivalente a depressão moderada a grave averiguada no mesmo inventário, totalizando 50 participantes. O intervalo geral da amostra foi de 4-53 pontos no BDI-II, sendo, pois, a pontuação mínima de 4 pontos, e a máxima de 53 pontos no instrumento.

A Figura 1 ilustra os níveis de severidade da depressão no Inventário de Depressão de Beck BDI-II, segundo os critérios de Gorenstain, Wang, Argimon & Werlang (2011); e o Gráfico 1 apresenta as pontuações obtidas pelos respondentes, ou seja, os 50 participantes da presente amostra.

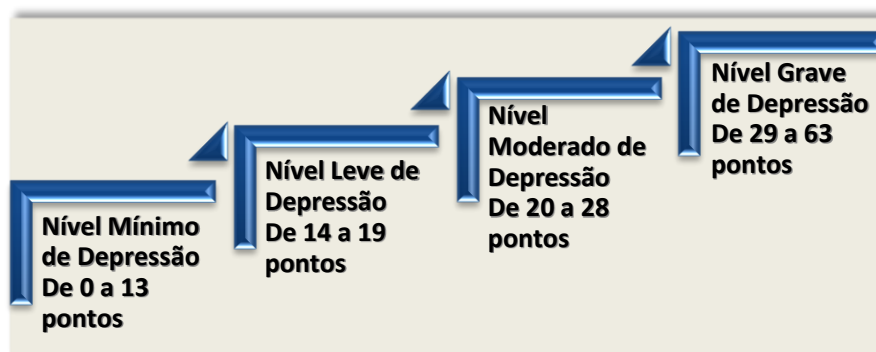


Figura 1: Níveis de severidade da depressão no BDI-II.

Fonte: Manual do Inventário de Depressão de Beck (p.30) – adaptação brasileira

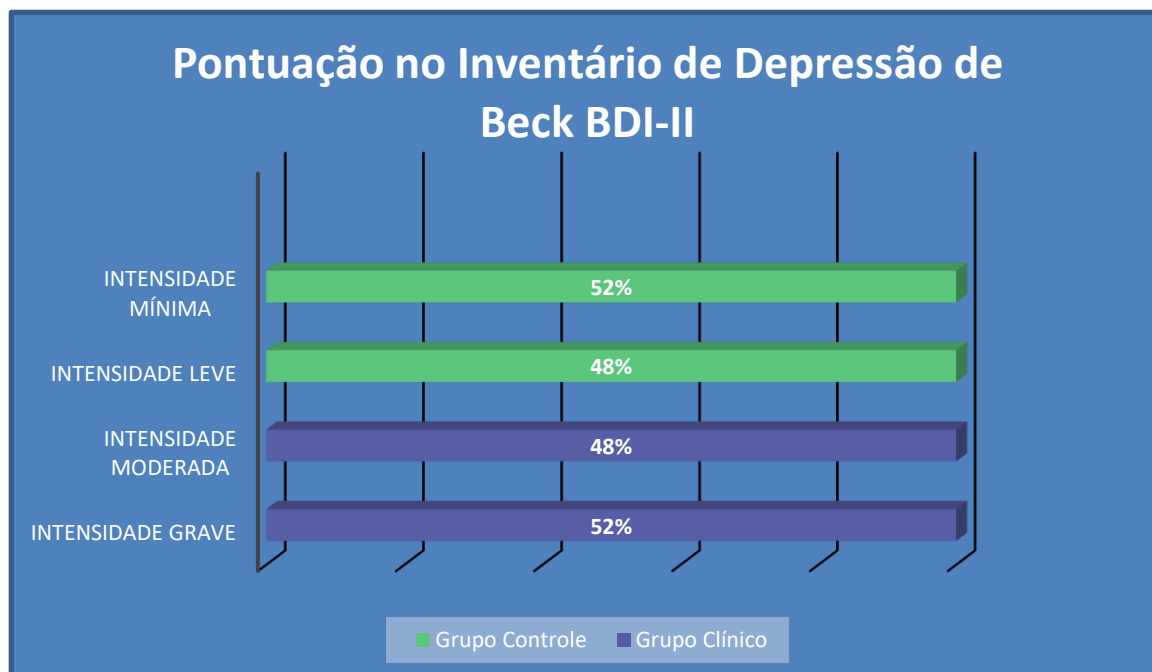


Gráfico 1: Pontuações obtidas pelos participantes do Grupo Clínico e Grupo Controle

Na Tabela 1 foi apresentada a distribuição em relação à idade dos participantes. Para avaliar se a distribuição percentual dos participantes era a mesma entre os grupos, utilizou-se o *Fisher's exact test*¹⁶ testando a hipótese de que Grupo 1# Grupo 2, e significância estatística definida como $p < 0,05$. Na presente amostra, no Grupo Controle 80% estavam na faixa etária dos 17 anos quando se voluntariaram para a pesquisa; somado a 20% com 18 anos, e por conseguinte, não houve nenhum participante com 19 anos de idade. No Grupo Clínico 64% dos adolescentes possuíam 17 anos, ao passo que 28% estavam na faixa etária dos 18 anos, e 8% tinham 19 anos quando participaram do estudo. Pôde-se perceber que os adolescentes na faixa etária dos 17 anos foram os que mais participaram em ambos os grupos (72% do n), assim como foram os dessa faixa etária os que mais pontuaram para depressão moderada a grave, isto é, a maioria do Grupo Clínico. Os escolares com 18 anos tiveram participação semelhante nos dois grupos: o Clínico e o Controle. E, os únicos participantes na faixa etária de 19 anos foi do Grupo Clínico, ou seja, com pontuação para depressão moderada a grave, portanto, não tendo essa faixa etária no Grupo Controle. Não houve diferença estatística em relação a faixa etária

¹⁶ O Teste Exato de Fisher é um teste de associação que avalia variáveis nominais, e é indicado para amostragens consideradas relativamente pequenas ou médias quando submetidas à análise estatística.

entre o Grupo Clínico e o Controle, verificado no Coeficiente de Contingência ($value= 0.229$ sendo $p 0.298$).

Há a mesma demonstração destes dados no Gráfico 2.

Tabela 1: Distribuição em relação a idade

Adolescentes		Idade			Total
		17	18	19	
Grupo Controle	Observado	20	5	0	25
	% em linha	80.0 %	20.0 %	0.0 %	100.0 %
Grupo Clínico	Observado	16	7	2	25
	% em linha	64.0 %	28.0 %	8.0 %	100.0 %
Total	Observado	36	12	2	50
	% em linha	72.0 %	24.0 %	4.0 %	100.0 %

Fisher's exact test n=50 **Value Contingency coefficient** 0.229 *p* 0.298

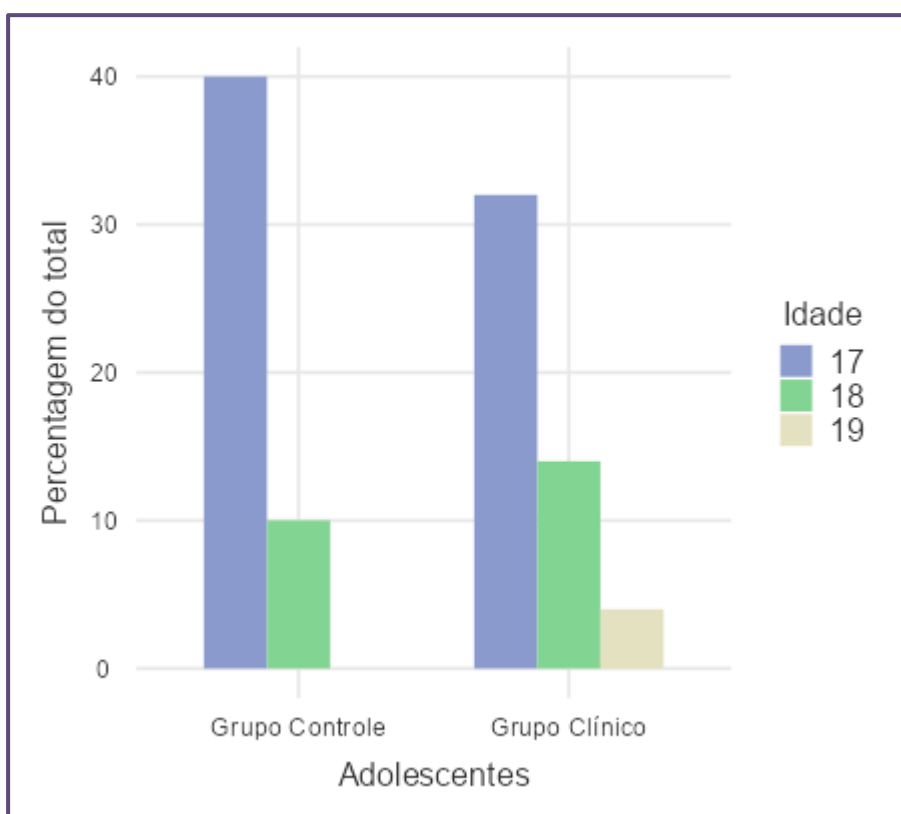


Gráfico 2: Relação idade dos participantes do Grupo Clínico e Grupo Controle
 Fonte: *Fisher's exact test (jamovi. Version 2.3[Computer Software])*

Na Tabela 2 foram apresentados os dados quanto ao sexo dos participantes. Para avaliar se a distribuição percentual dos participantes se utilizou o *Fisher's exact test* testando a mesma hipótese de que Grupo 1# Grupo 2 e significância estatística definida como $p < 0,05$. A amostra distribuiu-se da seguinte forma: 56% dos participantes do Grupo Clínico foram do sexo feminino e 44% do sexo masculino. Já no Grupo Controle houve uma leve inversão: 52% do sexo masculino, e 48% do sexo feminino. Embora não se tenha encontrado diferença estatística significativa entre os grupos, por meio do Coeficiente de Contingência $value= 0.798$ com $p 0.77$, percebe-se que no grupo de adolescentes com depressão moderada a grave, isto é, o Grupo Clínico, há um maior número de participantes do sexo feminino, ao passo que no Grupo Controle, aqueles sem pontuação para depressão moderada a grave, há mais participantes do sexo masculino; podendo ser indicativo de mais pessoas do sexo feminino na população geral com depressão moderada a grave.

Há a mesma demonstração destes dados no Gráfico 3.

Tabela 2: Distribuição em relação ao sexo

Adolescentes		Sexo		Total
		F	M	
Grupo Controle	Observado	12	13	25
	% em linha	48.0 %	52.0 %	100.0 %
Grupo Clínico	Observado	14	11	25
	% em linha	56.0 %	44.0 %	100.0 %
Total	Observado	26	24	50
	% em linha	52.0 %	48.0 %	100.0 %

Fisher's exact test n=50 **Value Contingency coefficient** 0.798 **p** 0.77

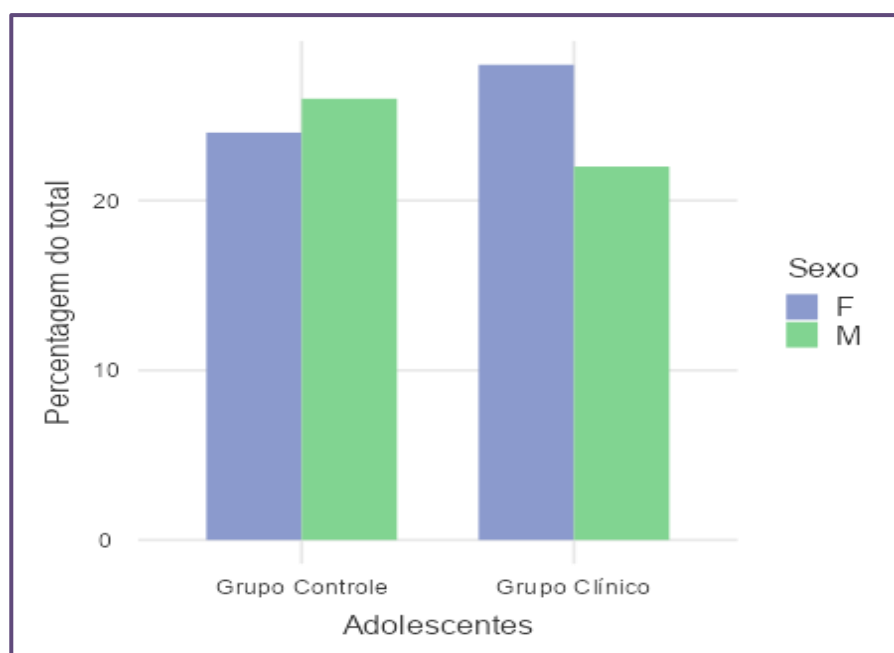


Gráfico 3: Relação sexo dos participantes do Grupo Clínico e Controle

4.B - Relação Depressão e Ansiedade: Resultado no Inventário de Ansiedade de Beck

A tabulação dos níveis de severidade da ansiedade adotados por Cunha (2001) é traduzida em Nível Mínimo de Ansiedade; Nível Leve de Ansiedade, Nível Moderado e Nível Grave de Ansiedade com a pontuação máxima de 63 pontos. Para esta análise foi adotado o ponto de corte 21. Isto significa dizer que para Cunha (2001) protocolos a partir de 21 pontos podem ser considerados como ansiedade clinicamente significativa.

Na Tabela 3 e no Gráfico 4 apresenta-se o resultado da correlação entre depressão moderada a grave e ansiedade clinicamente significativa averiguada no Inventário de Ansiedade de Beck - BAI. Verificou-se que dos participantes do Grupo Clínico 64% apresentaram concomitantemente depressão moderada a grave e ansiedade significativa, e 36% do Grupo Clínico não pontuou para ansiedade relevante. No Grupo Controle 84% também não possuía ansiedade, enquanto 16% possuíam ansiedade significativa mesmo sem ter depressão. Para avaliação da correlação depressão e ansiedade utilizou-se o *Fisher's exact test* testando a hipótese de que Grupo 1# Grupo 2 e significância estatística definida como $p < 0,05$. Nesta análise, o valor de $p < 0.001$ indicou significância na correlação depressão e ansiedade. Nesse sentido, no presente estudo encontrou-se indicativos de que quando se desenvolve depressão há chance significativa para o desenvolvimento adjunto de ansiedade clinicamente relevante.

Tabela 3: Distribuição da correlação entre Depressão e Ansiedade

<i>Adolescentes</i>		Ansiedade clinicamente significativa		Total
		não	sim	
Grupo Controle	Observado	21	4	25
	% em linha	84.0 %	16.0 %	100.0 %
Grupo Clínico	Observado	9	16	25
	% em linha	36.0 %	64.0 %	100.0 %
Total	Observado	30	20	50
	% em linha	60.0 %	40.0 %	100.0 %

Fisher's exact test Value Contingency coefficient 0.440 $p < 0.001$

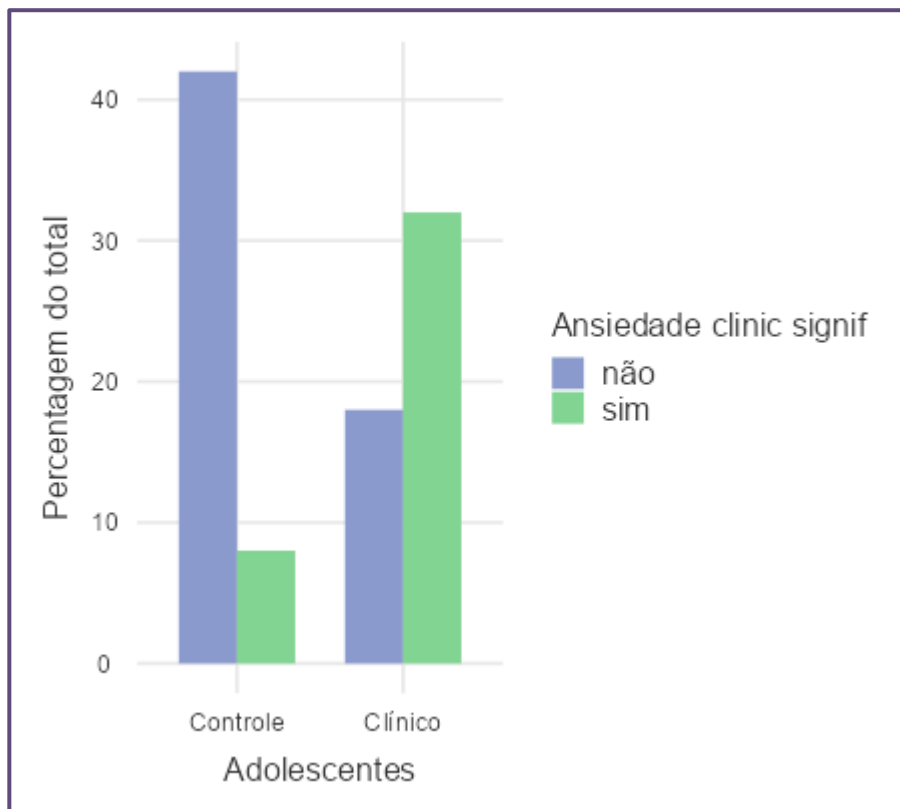


Gráfico 4: Relação depressão e ansiedade no Grupo Clínico e Grupo Controle
 Fonte: *Fisher's exact test* (*jamovi*. Version 2.3[Computer Software])

4.C - Resultado no Questionário Desiderativo

Os resultados no Questionário Desiderativo deram-se por meio da análise de dois blocos: os Aspectos Gerais (Teste completo, Perseveração e Resposta Antropomórfica) e os Aspectos Específicos (Adequação à Consigna, Qualidade da Resposta, Dissociação, Identificação Projetiva, Racionalização, Perspectiva Vincular da Resposta e Tempo de Reação para a escolha e rejeição de cada grupo). Para além destes tópicos, foi analisado o Índice de Força de Ego de cada grupo: o Clínico e o Controle.

4.C.1 Aspectos Gerais

4.C.1.1 Teste Completo

Não foi submetido à análise estatística, tendo em vista que todos os participantes cumpriram tal solicitação, sendo, pois, critério de inclusão na amostra.

4.C.1.2 Perseveração

É definida como a apresentação de mais de um símbolo em um ou mais reinos, tanto na Catexia Positiva, quanto na Negativa, assim como, na Positiva e Negativa juntas. Para esta análise utilizou-se o *Fisher's exact test* testando a hipótese de que Grupo 1# Grupo 2 e significância estatística definida como $p < 0,05$, apresentado na Tabela 4. No gráfico 4 os mesmos dados estão ilustrados.

Observou-se que no Grupo Controle 88% perseveraram em suas respostas na catexia positiva, enquanto no Grupo Clínico 84% apresentaram esta particularidade, indicando que o Grupo Controle perseverou mais. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos apontado por meio do Coeficiente de Contingência *value* 0.0575 com $p=1$.

Na catexia negativa houve perseveração de 68% do Grupo Clínico, e 64% do Grupo Controle. Embora não tenha havido diferença estatística significativa com Coeficiente de Contingência *value*=0.042 e $p=1$, pôde-se notar leve inversão entre os grupos: o Controle perseverou mais na catexia positiva e o Clínico mais na catexia negativa.

Quando verificada as duas catexias, a positiva e a negativa, o Grupo Clínico perseverou menos que o Grupo Controle, ou seja, houve 56% de Perseveração no Grupo Clínico e 60% no Controle, portanto, não se observando diferença estatística, como se pode perceber no Coeficiente de Contingência *value*=0.080 e $p=0.076$.

Tabela 4: Distribuição dos participantes quanto a Perseveração nas Catexia Positiva, Negativa e Positiva e Negativa

		Perseveração Catexia Positiva			<i>Value</i>	<i>p</i>
Adolescentes		SIM	NÃO	TOTAL		
	Grupo Controle	22	3	25	0.057	1.000
		88%	12%	100%		
	Grupo Clínico	21	4	25		
		84%	16%	100%		
		Perseveração Catexia Negativa			<i>Value</i>	<i>p</i>
Adolescentes		SIM	NÃO	TOTAL		
	Grupo Controle	16	9	25	0.042	1.000
		64%	36%	100%		
	Grupo Clínico	17	8	25		
		68%	32%	100%		
		Perseveração Positiva e Negativa			<i>Value</i>	<i>p</i>
Adolescentes		SIM	NÃO	TOTAL		
	Grupo Controle	15	10	25	0.080	0.776
		60%	40%	100%		
	Grupo Clínico	13	12	25		
		56%	44%	100%		

Fonte: *Fisher's exact test*

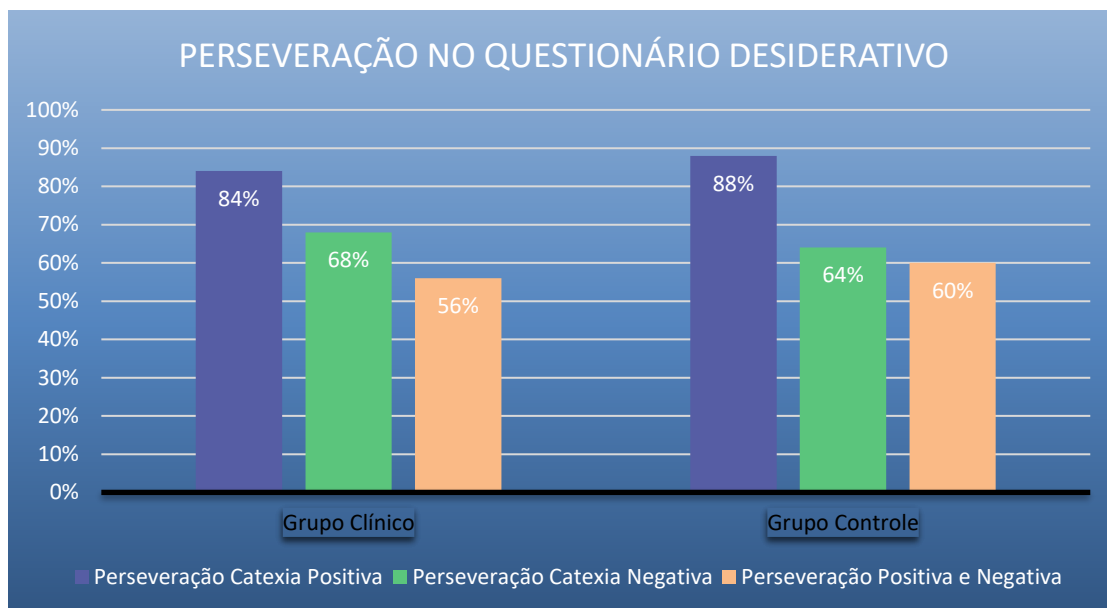


Gráfico 5: Perseveração no Questionário Desiderativo entre o Grupo Clínico e Grupo Controle

4.C.1.3 Respostas Antropomórficas

Último item dos Aspectos Gerais do QD trata-se das Respostas Antropomórficas. Esta manifestação simbólica acontece quando o participante escolheu elementos pára-humanos, aqueles que mantêm a identidade humana, mas não são humanos exatamente, como por exemplo, super-heróis, fantasmas, santos, entre outros. A configuração foi a seguinte entre os grupos: no Grupo Clínico 8% dos adolescentes deram respostas antropomórficas, enquanto 92% não na catexia positiva. No Grupo Controle 4% apresentaram resposta antropomórfica e 96% não indicou tal símbolo. Este resultado aponta que não houve diferença estatisticamente significativa sendo o Coeficiente de Contingência $value=0.146$ e $p=0.6$ na catexia positiva. Embora não tenha havido diferença estatística significativa, foi possível perceber que no Grupo Clínico houve maior predominância de indicações de respostas antropomórficas.

Na Catexia Negativa apenas o Grupo Clínico emitiu resposta antropomórfica com $p=1$ e $value=0.141$. Na junção Catexia Positiva e Negativa nenhum participante indicou resposta antropomórfica, não sendo possível submissão ao *Fisher's exact test*.

A Tabela 5 e Gráfico 6 apresentam os dados deste quesito.

Tabela 5: Distribuição dos participantes quanto a Resposta Antropomórfica nas Catexia Positiva, Negativa e Positiva e Negativa no Questionário Desiderativo

<i>Resposta Antropomórfica Positiva</i>						
<i>Adolescentes</i>		SIM	NÃO	TOTAL	<i>Value</i>	<i>p</i>
Grupo Controle		1	24	25	0.083	1.000
		4%	96%	100%		
Grupo Clínico		2	23	25		
		8%	92%	100%		
<i>Resposta Antropomórfica Negativa</i>						
<i>Adolescentes</i>		SIM	NÃO	TOTAL	<i>Value</i>	<i>p</i>
Grupo Controle		0	25	25	0.141	1.00
		0	100%	100%		
Grupo Clínico		1	24	25		
		4%	96%	100%		
<i>Resposta Antropomórfica Positiva e Negativa</i>						
<i>Adolescentes</i>		SIM	NÃO	TOTAL	<i>Value</i>	<i>p</i>
Grupo Controle		0	25	25	-	-
		0	100%	100%		
Grupo Clínico		0	25	25		
		0	100%	100%		

Fonte: *Fisher's exact test*

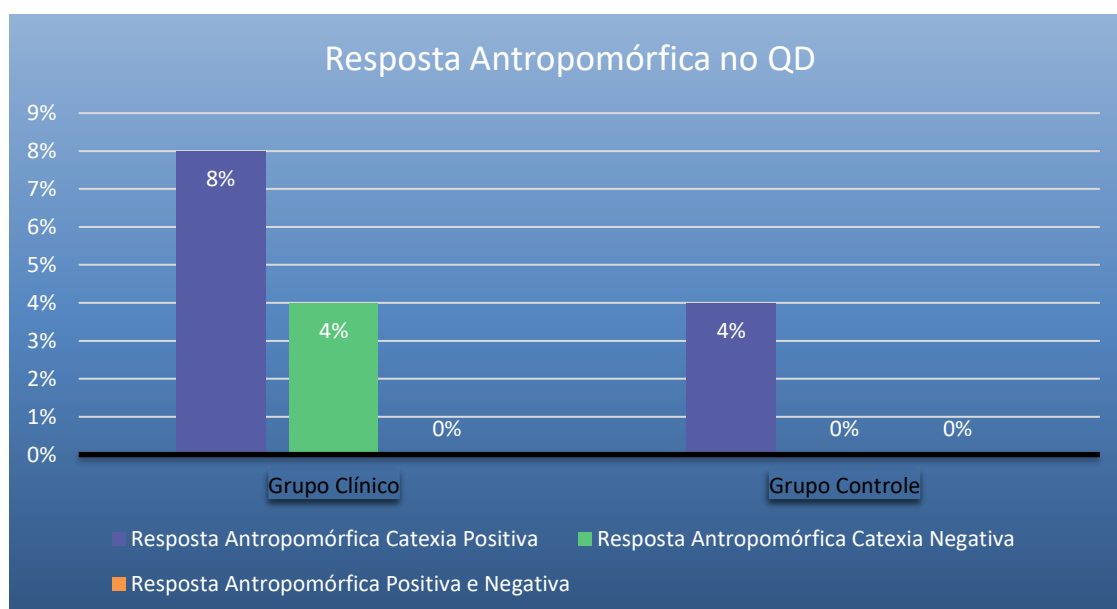


Gráfico 6: Resposta Antropomórfica no Questionário Desiderativo entre o Grupo Clínico e Grupo Controle

4.C.2 - Aspectos Específicos

Passando-se aos Aspectos Específicos do QD, os itens analisados foram Adequação à Consigna, Qualidade da Resposta, Dissociação, Identificação Projetiva, Racionalização,

Perspectiva Vincular da Resposta e Tempo de Reação para a escolha e rejeição de cada grupo. Após, serão apresentados os Símbolos em cada reino, e o Índice de Força de Ego.

4.C.2.1 Adequação à Consigna

Na Tabela 6 estão apresentados os resultados relativos ao aspecto específico Adequação à Consigna, que consiste na capacidade do respondente de realizar o teste, ou seja, de se imaginar temporariamente como *não*-humano. Ao mesmo tempo, verifica-se se o indivíduo sentiu ou não a consigna como um ataque concreto à integridade de seu Ego, mas que a vivenciou em um nível simbólico. Este aspecto foi submetido ao *Fisher's exact test* testando a hipótese de que Grupo 1# Grupo 2 e significância estatística definida como $p < 0,05$.

Na categoria resposta 'adequada', quer dizer, quando o respondente conseguiu emitir respostas à consigna e reino esperados sem se sentir atacado, pôde-se perceber que o Grupo Clínico emitiu menos repostas adequadas na catexia positiva reino animal (84%) em relação ao Grupo Controle (92%). No reino inanimado da mesma catexia o Grupo Clínico e o Controle emitiram a mesma quantidade de respostas adequadas, ou seja, 28% cada grupo; sendo a equiparação da performance repetida no reino vegetal, isto é, ambos os grupos deram 8% de respostas adequadas. Em se tratando da catexia negativa, o Grupo Clínico emitiu levemente mais respostas adequadas no reino animal (96%), tendo em vista que o Grupo Controle teve 92%. No reino inanimado desta catexia ambos os grupos tiveram 44% de respostas adequadas, enquanto na última, ou seja, o reino vegetal, o Grupo Clínico teve levemente menos respostas adequadas (28%), e o Grupo Controle ligeiramente mais (32%). Não houve diferença estatisticamente significativa nas respostas adequadas em ambas as catexias nos dois grupos comparados, o Grupo Clínico e o Grupo Controle (tabela 6).

Em referência às respostas inadequadas, em outros termos, quando o participante sentiu a consigna como um ataque concreto à integridade de seu Ego (com respostas por exemplo "se eu não fosse humano não queria ser nada") foi possível notar que o Grupo Clínico aludiu a consignas mais inadequadas, verificando-se 4% na catexia positiva reino animal e nenhuma no Grupo Controle; também 4% na catexia positiva reino inanimado e da mesma forma o Controle não revelou este tipo de resposta. No reino vegetal ainda na catexia positiva o Grupo Clínico manifestou 8% de respostas inadequadas, enquanto o Grupo Controle aparece com 4%. Ambos os grupos não deram respostas inadequadas na catexia negativa. Não houve diferença estatisticamente significativa nas respostas inadequadas em ambas as catexias nos dois grupos comparados, o Grupo Clínico e o Grupo Controle (tabela 6).

Quanto às respostas que precisaram de indução, em outras palavras, quando o participante não conseguiu responder espontaneamente aos diferentes reinos nas respectivas catexias, nos dois grupos a necessidade foi similar. Na catexia positiva reino animal, o Grupo Clínico precisou ser induzido ligeiramente mais, ou seja, 12% não conseguiu responder espontaneamente já no início do QD, enquanto no Grupo Controle 8% precisaram de induções. No reino inanimado, há leve inversão, isto é, 72% das respostas precisaram ser induzidas no Grupo Controle e 68% no Grupo Clínico. O mesmo acontece no reino vegetal ainda na catexia positiva, o que significa dizer que 88% do Grupo Controle precisou de auxílio para emissão dos seus símbolos e 84% do Grupo Clínico também. Passando a catexia negativa, no reino animal 8% do Grupo Controle necessitou de indução ao passo que 4% do Grupo Clínico precisou igualmente de suporte para emitir seu símbolo. No reino inanimado o resultado foi pariforme pois 56% dos respondentes necessitaram de indução. No último reino, isto é, no reino vegetal da catexia negativa o Grupo Clínico 72% foram induzidos e no Grupo Controle 68% obtiveram tal suporte. Não houve diferença estatisticamente significativa nas respostas por indução em ambas as catexias nos dois grupos comparados, o Grupo Clínico e o Grupo Controle (tabela 6).

Tabela 6: Distribuição dos participantes quanto à Adequação a Consigna nas Catexias Positiva e Negativa no Questionário Desiderativo

ADOLESCENTES								
CATEXIA	REINO	RESPOSTA/ NÍVEL	Grupo Controle		Grupo Clínico		VALUE	P
			sim	não	sim	não		
Positiva	Animal	adequada	23(92%)	2(8%)	21(84%)	4(16%)	0.122	0.667
		inadequada	0	25(100%)	1(4%)	24(96%)	0.141	1.00
		indução	2(8%)	23(92%)	3(12%)	22(88%)	0.066	1.00
	Inanimado	adequada	7(28%)	18(72%)	7(28%)	18(72%)	0.000	1.00
		inadequada	0	25(100%)	1(4%)	24(96%)	0.141	1.00
		indução	18(72%)	7(28%)	17(68%)	8(32%)	0.043	1.00
	Vegetal	adequada	2(8%)	23(92%)	2(8%)	23(92%)	0.000	1.00
		inadequada	1(4%)	24(96%)	2(8%)	23(92%)	0.083	1.00
		indução	22(88%)	3(12%)	21(84%)	4(16%)	0.057	1.00
Negativa	Animal	adequada	23(92%)	2(8%)	24(96%)	1(4%)	0.083	1.00
		inadequada	0	25(100%)	0	25(100%)	-	-
		indução	2(8%)	23(92%)	1(4%)	24(96%)	0.083	1.00
	Inanimado	adequada	11(44%)	14(56%)	11(44%)	14(56%)	0.000	1.00
		inadequada	0	25(100%)	0	25(100%)	-	-
		indução	14(56%)	11(44%)	14(56%)	11(44%)	0.000	1.00

Vegetal	adequada	8(32%)	17(68%)	7(28%)	18(72%)	0.043	1.00
	inadequada	0	25(100%)	0	25(100%)	-	-
	indução	17(68%)	8(32%)	18(72%)	7(28%)	0.043	1.00

Fonte: *Fisher's exact test*

4.C.2.2 Qualidade da Resposta

A Tabela 7 refere-se à Qualidade da Resposta ou Símbolo, e da racionalização. Nesta, cada símbolo e referida racionalização foram avaliados em termos de sua qualidade, subdividindo ainda tais aspectos em respostas do tipo ‘convencional ou comum’, ‘original’ e ‘bizarra’ (Tardivo, 2017). A análise foi obtida fazendo uso do *Fisher's exact test* testando a hipótese de que Grupo 1# Grupo 2 e significância estatística definida como $p < 0,05$.

Em se tratando das Respostas do tipo Convencional foi demonstrado que na catexia positiva reino animal houve predominância no Grupo Clínico (80%), enquanto no Grupo Controle 64% deram este tipo de resposta. No reino inanimado, há a mesma tendência, em outras palavras, percebe-se mais respostas convencionais no Grupo Clínico (56%) ao passo que houve 48% no Grupo Controle. No reino vegetal ainda na catexia positiva se mantém a diferença, visto que o Grupo Clínico apresentou 60% de respostas convencionais e o Grupo Controle 44%. Na catexia negativa reino animal o Grupo Clínico continuou emitindo respostas mais convencionais (68%) que o Grupo Controle (48%). No reino inanimado o resultado foi pariforme, ambos os grupos tiveram 52% de respostas convencionais. Em se tratando, portanto, de respostas convencionais na catexia positiva reinos animal, inanimado e vegetal, assim como, na catexia negativa reinos animal e inanimado não houve diferença estatística (tabela 7). No último reino da catexia negativa o reino vegetal, foi possível identificar que o Grupo Controle emitiu 44% de respostas convencionais enquanto o Grupo Controle teve 96%. Esta diferença configurou-se como estatisticamente significativa com value 0.493 e $p < 0.001$, em outros termos, houve predominância de respostas convencionais no Grupo Clínico em respostas do reino vegetal na catexia negativa.

Em relação as Respostas Originais, na catexia positiva reino animal 36% das respostas lograram tal qualidade no Grupo Controle, e 16% no Grupo Clínico. No reino inanimado, o Grupo Controle continuou emitindo mais respostas originais, ou seja, 52%, e o Grupo Clínico 28%. No reino vegetal a tendência de respostas mais originais no Grupo Controle permanece, isto significa que 60% das respostas do Controle foram originais enquanto no Grupo Clínico verificou-se 32%. Quando analisada catexia negativa reino animal houve 48% de respostas

originais no Grupo Controle e 24% no Clínico, indicando a permanência no caminho de respostas com qualidade mais originais no Grupo Controle. No reino inanimado 48% das respostas também foram originais no Grupo Controle e 40% no Grupo Clínico, demonstrando mais uma vez tal tendência, embora não tenha havido diferença estatística nos reinos animal, inanimado e vegetal da catexia negativa, e reinos animal e inanimado catexia negativa (tabela 7). No último reino da catexia negativa, isto é, o reino vegetal a distinção se confirma de forma significativa. Dito de outra maneira, confirmou-se que 56% das respostas foram originais no Grupo Controle e apenas 4% no Clínico, configurando-se assim em diferença estatisticamente significativa com value 0.493 e $p < 0.001$.

Quando se tratou das Respostas Bizarras, foi possível notar que esta qualidade de resposta não apareceu no Grupo Controle em nenhum dos reinos em ambas as catexias. No entanto, no Grupo Clínico as respostas se encaminharam de maneira distinta: no reino animal catexia positiva houve 4% de respostas bizarras; no reino inanimado catexia positiva ocorreram 16% de respostas bizarras; e 8% no reino vegetal na catexia positiva. Passando a catexia negativa, no reino animal aparece também 4% e 8% no reino inanimado. Não houve resposta bizarra no reino vegetal da catexia negativa.

Não houve diferença estatisticamente significativa nas respostas com qualidade bizarra em ambas as catexias nos dois grupos comparados, o Grupo Clínico e o Grupo Controle (tabela 7). Contudo, reitera-se que o Grupo Controle não apresentou respostas bizarras e o Grupo Clínico indicou respostas bizarras nos reinos animal, inanimado e vegetal da catexia positiva assim como, nos reinos animal e inanimado na catexia negativa.

Tabela 7: Distribuição dos participantes quanto à Qualidade da Resposta nas Catexias Positiva e Negativa no Questionário

ADOLESCENTES								
CATEXIA	REINO	QUALIDADE DA RESPOSTA	Grupo Controle		Grupo Clínico		VALUE	P
			sim	Não	sim	não		
Positiva	Animal	convencional	16(64%)	9(36%)	20(80%)	5(20%)	0.175	0.345
		original	9(36%)	16(64%)	4(16%)	21(84%)	0.222	1.96
		bizarra	0	25(100%)	1(4%)	24(96%)	0.141	1.00
	Inanimado	convencional	12(48%)	13(52%)	14(56%)	11(44%)	0.079	0.778
		original	13(52%)	12(48%)	7(28%)	18(72%)	0.238	0.148
		bizarra	0	25(100%)	4(16%)	21(84%)	0.283	0.110
	Vegetal	convencional	11(44%)	14(56%)	15(60%)	10(40%)	0.158	0.396
		original	15(60%)	10(40%)	9(36%)	16(64%)	0.234	0.156
		bizarra	0	25(100%)	2(8%)	23(92%)	0.200	0.490
	Animal	convencional	13(52%)	12(48%)	17(68%)	8(32%)	0.161	0.387

<i>Negativa</i>		original	12(48%)	13(52%)	6(24%)	19(76%)	0.243	0.140
		bizarra	0	25(100%)	1(4%)	24(96%)	0.141	1.00
	Inanimado	convencional	13(52%)	12(48%)	13(52%)	12(48%)	0.00	1.00
		original	12(48%)	13(52%)	10(40%)	15(60%)	0.080	0.776
	Vegetal	bizarra	0	25(100%)	2(8%)	23(92%)	0.245	0.235
		convencional	11(44%)	14(56%)	24(96%)	1(4%)	0.493	<0.001
		original	14(56%)	11(44%)	1(4%)	24(96%)	0.493	<0.001
		bizarra	0	25(100%)	0	25(100)	-	-

Fonte: *Fisher's exact test*

4.C.2.3 Dissociação

A Dissociação revela a capacidade do respondente de discriminar os aspectos valorizados dos aspectos desvalorizados, e indica a possibilidade de reconhecer situações que geram ansiedade, além de identificar os recursos para controlá-la. Tal item foi submetido ao *Fisher's exact test* testando a hipótese de que Grupo 1# Grupo 2 e significância estatística definida como $p < 0,05$. A Tabela 8 traz os dados obtidos a partir das respostas dos participantes, demonstrando que na quase totalidade apresentaram níveis adequados quanto à dissociação.

No reino animal catexia positiva 96% do Grupo Clínico e do Grupo Controle emitiram respostas adequadas, o que significa dizer que 4% das respostas em ambos os grupos emitiram dissociações inadequadas. No reino inanimado na catexia positiva não houve dissociações inadequadas. No reino vegetal ainda na categoria positiva o Grupo Controle não manifestou dissociação inadequada e o Grupo Clínico expressou 4%.

Na catexia negativa, o Grupo Controle não revelou dissociação inadequada em nenhum dos reinos, já o Grupo Clínico apesar de não ter indicado dissociação inadequada nos reinos animal e inanimado, manifestou 4% de respostas inadequadas no reino vegetal.

Não houve diferença estatisticamente significativa nas dissociações em ambas as catexias nos dois grupos comparados, o Grupo Clínico e o Grupo Controle (tabela 8).

Tabela 8: Distribuição dos participantes quanto à Dissociação nas Catexias Positiva e Negativa no Questionário Desiderativo

ADOLESCENTES								
DISSOCIAÇÃO	REINO	NÍVEL	Grupo Controle		Grupo Clínico		VALUE	P
			sim	não	sim	não		
Positiva	Animal	adequada	24(96%)	1(4%)	24(96%)	1(4%)	0.00	1.00
		inadequada	1(4%)	24(96%)	1(4%)	24(96%)	0.00	1.00
	Inanimado	adequada	25(100%)	0	25(100%)	0	-	-
		inadequada	0	25(100%)	0	25(100%)	-	-
	Vegetal	adequada	25(100%)	0	24(96%)	1(4%)	0.141	1.00
		inadequada	0	25(100%)	1(4%)	24(96%)	0.141	1.00
Negativa	Animal	adequada	25(100%)	0	25(100%)	0	-	-
		inadequada	0	25(100%)	0	25(100%)	-	-
	Inanimado	adequada	25(100%)	0	25(100%)	0	-	-
		inadequada	0	25(100%)	0	25(100%)	-	-
	Vegetal	adequada	25(100%)	0	24(96%)	1(4%)	0.141	1.00
		inadequada	0	25(100%)	1(4%)	24(96%)	0.141	1.00

Fonte: *Fisher's exact test*

4.C.2.4 Identificação Projetiva

Próximo aspecto específico observado no Questionário Desiderativo é a Identificação Projetiva que consiste na capacidade do respondente em escolher símbolo adequadamente estruturado e com consistência, foi submetida ao *Fisher's exact test* testando a hipótese de que Grupo 1# Grupo 2 tendo a significância estatística definida como $p < 0,05$.

A tabela 9 traz os dados obtidos a partir das respostas dos participantes. Na catexia positiva houve apenas uma indicação de símbolo desestruturado (4%). Esta foi no reino vegetal. Na catexia negativa não se indicou símbolo desestruturado.

Não houve diferença estatisticamente significativa na identificação projetiva em ambas as catexias nos dois grupos comparados, o Grupo Clínico e o Grupo Controle (tabela 9).

Tabela 9: Distribuição dos participantes quanto à Identificação Projetiva nas Catexias Positiva e Negativa no Questionário Desiderativo

		ADOLESCENTES							
IDENTIFICAÇÃO PROJETIVA	REINO	SÍMBOLO (NÍVEL)	Grupo Controle		Grupo Clínico		VALUE	P	
			sim	não	sim	não			
Positiva	Animal	estruturado	25(100%)	0	25(100%)	0	-	-	
		não estruturado	0	25(100%)	0	25(100%)	-	-	
	Inanimado	estruturado	25(100%)	0	25(100%)	0	-	-	
		não estruturado	0	25(100%)	0	25(100%)	-	-	
	Vegetal	estruturado	25(100%)	0	24(96%)	1(4%)	0.141	1.00	
		não estruturado	0	25(100%)	1(4%)	24(96%)	0.141	1.00	
Negativa	Animal	estruturado	25(100%)	0	25(100%)	0	-	-	
		não estruturado	0	25(100%)	0	25(100%)	-	-	
	Inanimado	estruturado	25(100%)	0	25(100%)	0	-	-	
		não estruturado	0	25(100%)	0	25(100%)	-	-	
	Vegetal	estruturado	25(100%)	0	25(100%)	0	-	-	
		não estruturado	0	25(100%)	0	25(100%)	-	-	

Fonte: Fisher's exact test

4.C.2.5 Racionalização

Na Tabela 10 apresentam-se os resultados da Racionalização, evidenciada quando o indivíduo justifica sua escolha e pode fazê-lo dentro da lógica formal, em outras palavras, quando o respondente tenta oferecer uma explicação coerente do ponto de vista lógico, aquilo que é aceito socialmente. Este aspecto específico foi submetido ao *Fisher's exact test* testando a hipótese de que Grupo 1# Grupo 2 tendo a significância estatística definida como $p < 0,05$.

Na catexia positiva reino animal houve predominância de racionalizações adequadas com Grupo Controle apresentando 92% de indicações e 100% no Grupo Clínico. No reino inanimado todas as racionalizações foram adequadas em ambos os grupos. E no reino vegetal ainda na catexia positiva houve 96% de racionalizações adequadas no Grupo Controle e o Grupo Clínico atingiu a totalidade. Em outros termos, o Grupo Clínico não apresentou racionalizações inadequadas na catexia positiva.

Na catexia negativa reino animal o Grupo Controle manifestou 92% de racionalizações adequadas e 8% inadequadas, enquanto o Grupo Clínico indicou 96% de racionalizações adequadas. No reino inanimado, os grupos ficaram pariformes, ambos tiveram 96% de racionalizações adequadas e 4% inadequadas. No reino vegetal da catexia negativa, apenas o Grupo Clínico indicou racionalização inadequada: 4%

Não houve diferença estatisticamente significativa na identificação projetiva em ambas as catexias nos dois grupos comparados, o Grupo Clínico e o Grupo Controle (tabela 10).

Tabela 10: Distribuição dos participantes quanto à Racionalização nas Catexias Positiva e Negativa no Questionário Desiderativo

		ADOLESCENTES							
RACIONALIZAÇÃO	REINO	NÍVEL	Grupo Controle		Grupo Clínico		VALUE	P	
			sim	não	sim	não			
Positiva	Animal	adequada	23(92%)	2(8%)	25(100%)	0	0.200	0.490	
		inadequada	2(8%)	23(92%)	0	25(100%)	0.200	0.490	
	Inanimado	adequada	25(100%)	0	25(100%)	0	-	-	
		inadequada	0	25(100%)	0	25(100%)	-	-	
	Vegetal	adequada	24(96%)	1(4%)	25(100%)	0	0.141	1.00	
		inadequada	1(4%)	24(96%)	0	25(100%)	0.141	1.00	
Negativa	Animal	adequada	23(92%)	2(8%)	24(96%)	1(4%)	0.083	1.00	
		inadequada	2(8%)	23(92%)	1(4%)	24(96%)	0.083	1.00	
	Inanimado	adequada	24(96%)	1(4%)	24(96%)	1(4%)	0.00	1.00	
		inadequada	1(4%)	24(96%)	1(4%)	24(96%)	0.00	1.00	
	Vegetal	adequada	24(96%)	1(4%)	24(96%)	1(4%)	0.00	1.00	
		inadequada	1(4%)	24(96%)	1(4%)	24(96%)	0.00	1.00	

Fonte: Fisher's exact test

4.C.2.6 Perspectiva Vincular das Respostas

A Tabela 11 refere-se à Perspectiva Vincular das Respostas dos participantes, e refere-se ao tipo de respostas determinadas pela capacidade ou não do participante em estabelecer vínculo ou relação com o outro. Utilizou-se o *Fisher's exact test* testando a hipótese de que Grupo 1# Grupo 2 e significância estatística definida como $p < 0,05$.

Na catexia positiva reino animal, as respostas narcísicas atingiram a totalidade em ambos os grupos, ou seja, não houve nenhuma resposta que incluísse o outro. No reino inanimado, o Grupo Controle desponta com 16% de inclusões do outro em sua racionalização e o Grupo Clínico também indica 8%. No reino vegetal ainda na catexia positiva, apenas o Grupo Clínico emite 8% de respostas que incluem o outro, e Grupo Controle 100% de respostas narcísicas.

Indo a catexia negativa, no reino animal aparece a totalidade de respostas narcísicas em ambos os grupos. No reino inanimado o Grupo Controle novamente emite mais respostas que incluem o outro (12%), e o Grupo Clínico apresenta 4%. Encerrando a catexia negativa, no reino vegetal apareceu 4% de inclusões do outro no Grupo Controle, e 8% no Clínico. Não houve diferença significativa entre os grupos quanto à Perspectiva Vincular da Resposta em ambas as catexias (tabela 11).

Tabela 11: Distribuição dos participantes quanto à Perspectiva Vincular da Resposta nas Catexias Positiva e Negativa no Questionário Desiderativo

		ADOLESCENTES							
PERSPECTIVA VINCULAR	REINO	NÍVEL	Grupo Controle		Grupo Clínico		VALUE	P	
			sim	não	sim	não			
Positiva	Animal	inclui o outro	0	25(100%)	1(4%)	24(96%)	0.141	1.00	
		narcísica	25(100%)	0	24(96%)	1(4%)	0.141	1.00	
	Inanimado	inclui o outro	4(16%)	21(84%)	2(8%)	23(92%)	0.122	0.667	
		narcísica	21(84%)	4(16%)	23(92%)	2(8%)	0.122	0.667	
Vegetal	inclui o outro	0	25(100%)	2(8%)	23(92%)	0.200	0.490		
	narcísica	25(100%)	0	23(92%)	2(8%)	0.200	0.490		
Negativa	Animal	inclui o outro	0	25(100%)	0	25(100%)	-	-	
		narcísica	25(100%)	0	25(100%)	0	-	-	
	Inanimado	inclui o outro	3(12%)	22(88%)	1(4%)	24(96%)	0.146	0.609	
		narcísica	22(88%)	3(12%)	24(96%)	1(4%)	0.146	0.609	
	Vegetal	inclui o outro	1(4%)	24(96%)	2(8%)	23(92%)	0.083	1.00	
		narcísica	24(96%)	1(4%)	23(92%)	2(8%)	0.083	1.00	

Fonte: *Fisher's exact test*

4.C.2.7 Tempo de Reação

O próximo item dos Aspectos Específicos do QD, refere-se ao Tempo de Reação definido como o período entre a consigna até o aparecimento da resposta dada pelo respondente. Este tópico foi analisado apontando tempo normal entre 10 e 30 segundos; tempo longo como maior de 30 segundos e tempo reduzido menor de 10 segundos (Tardivo, 2017). Utilizou-se o *Fisher's exact test* testando a hipótese de que Grupo 1# Grupo 2 e significância estatística definida como $p < 0,05$.

A Tabela 12 e o Gráfico 5 ilustram o resultado dos participantes no reino animal, evidenciando que o tempo reduzido, ou seja, a resposta dada em menos que 10" prevaleceu em

ambos os grupos no primeiro reino tanto na catexia positiva com 72% do Grupo Controle e 64% do Grupo Clínico; quanto na catexia negativa com 60% do Grupo Controle e 56% do Grupo Clínico.

O Gráfico 6 assim como a Tabela 12 demonstram o tempo de resposta dos grupos no reino inanimado. Neste, o tempo normal configurado entre 10 e 30 segundos marcou a maioria das respostas do Grupo Clínico, isto é, 64% em ambas as catexias. Já o Grupo Controle também emitiu mais respostas no tempo normal na catexia positiva (48%), e respostas em maior quantidade com tempo reduzido na catexia negativa (36%).

Indo ao último reino, a Tabela 12 e Gráfico 7 ilustram o resultado dos grupos. Foi possível notar que o tempo normal esteve na maioria das respostas do Grupo Clínico e do Grupo Controle. Na catexia positiva o Grupo Controle teve 48% de tempo normal, e o Grupo Clínico 60%. Na catexia negativa foram 60% do Grupo Controle e 64% do Grupo Clínico

Tabela 12: Distribuição dos participantes quanto ao Tempo nas Catexias Positiva e Negativa no Questionário Desiderativo

ADOLESCENTES								
CATEXIA	REINO	TEMPO	Grupo Controle		Grupo Clínico		VALUE	P
			sim	não	sim	não		
Positiva	Animal	reduzido	18(72%)	7(28%)	16(64%)	9(36%)	0.045	1.00
		normal	7(28%)	18(72%)	6(24%)	19(76%)	0.045	1.00
		longo	0	25(100%)	0	25(100%)	-	-
	Inanimado	reduzido	6(24%)	19(76%)	6(24%)	19(76%)	0.00	1.00
		normal	12(48%)	13(52%)	16(64%)	9(36%)	0.159	0.393
		longo	7(28%)	18(72%)	3(12%)	22(88%)	0.196	0.289
	Vegetal	reduzido	6(24%)	19(76%)	5(20%)	20(80%)	0.048	1.00
		normal	12(48%)	13(52%)	15(60%)	10(40%)	0.120	0.571
		longo	7(28%)	18(72%)	5(20%)	20(80%)	0.093	0.742
Negativa	Animal	reduzido	15(60%)	10(40%)	13(52%)	12(48%)	0.080	0.776
		normal	9(36%)	16(64%)	9(36%)	16(64%)	0.00	1.00
		longo	1(4%)	24(96%)	3(12%)	22(88%)	0.146	0.609
	Inanimado	reduzido	9(36%)	16(64%)	7(28%)	18(72%)	0.085	0.762
		normal	7(28%)	18(72%)	16(64%)	9(36%)	0.340	0.022
		longo	8(32%)	17(68%)	2(8%)	23(92%)	0.287	0.074
	Vegetal	reduzido	7(28%)	18(72%)	6(24%)	19(76%)	0.045	1.00
		normal	15(60%)	10(40%)	16(64%)	9(36%)	0.041	1.00
		longo	3(12%)	22(88%)	3(12%)	22(88%)	0.00	1.00

Fonte: Fisher's exact test

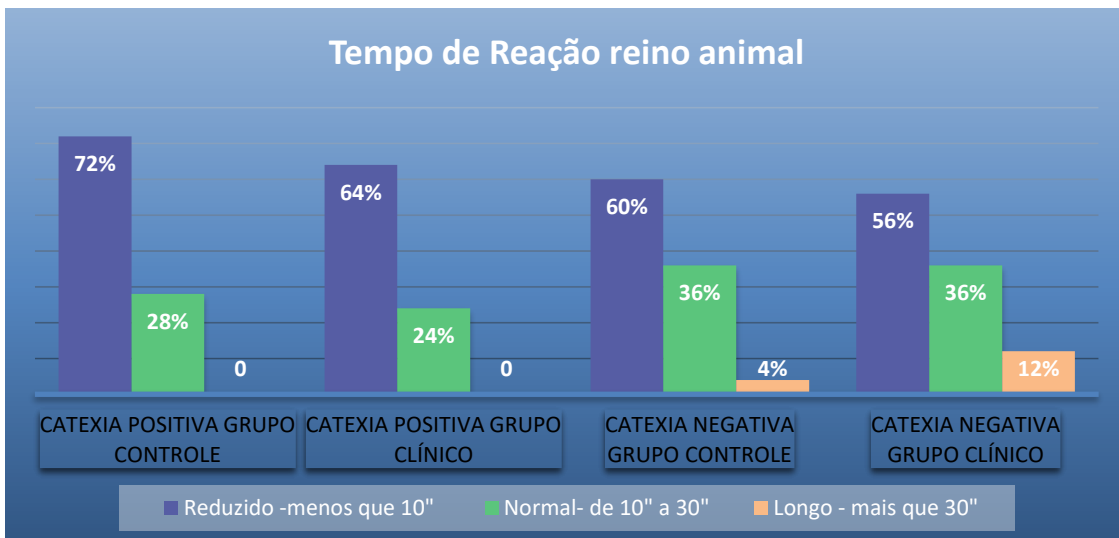


Gráfico 7: Tempos de Reação reino animal no Questionário Desiderativo entre o Grupo Clínico e Grupo Controle

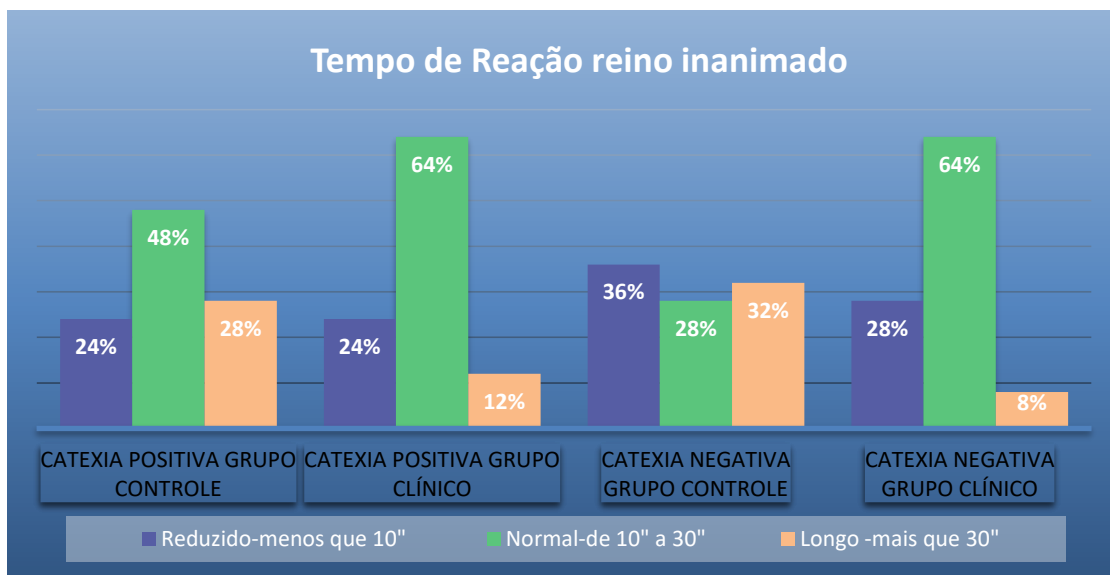


Gráfico 8: Tempos de Reação reino inanimado no Questionário Desiderativo entre o Grupo Clínico e Grupo Controle

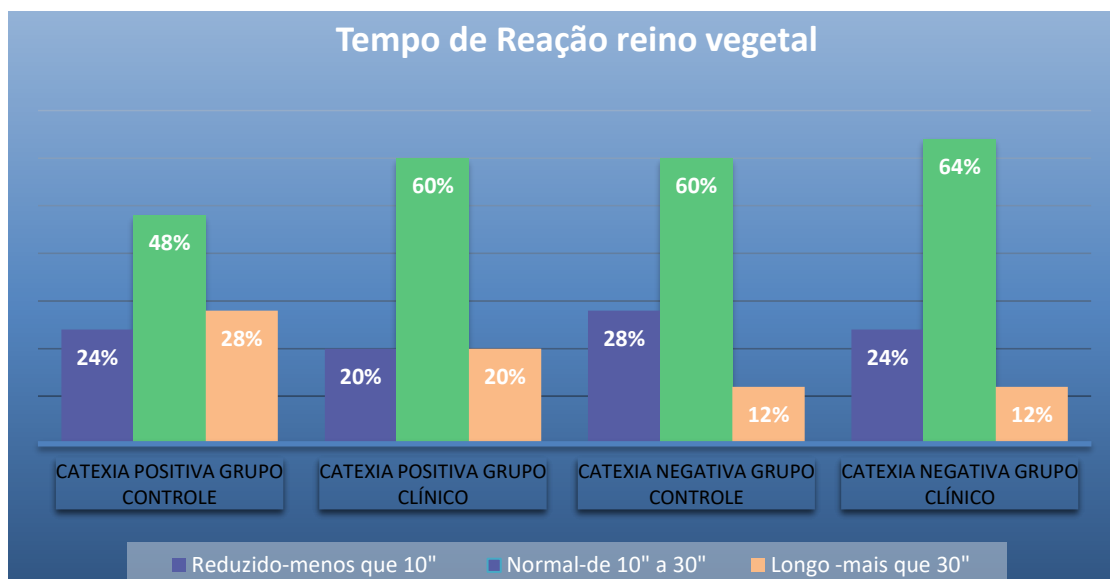


Gráfico 9: Tempos de Reação reino vegetal no Questionário Desiderativo entre o Grupo Clínico e Grupo Controle

4.C.3 Símbolos

O próximo resultado refere-se aos símbolos escolhidos pelos participantes. A Tabela 13 demonstra as escolhas no Reino Animal Catexia Positiva, e a análise feita por meio do *Fisher's exact test* testando a hipótese de que Grupo 1# Grupo 2 e significância estatística definida como $p < 0,05$. Os resultados estão demonstrados também no Gráfico 8.

A Tabela 13 foi desenvolvida apontando inicialmente os símbolos mais indicados, e após, quando havia apenas uma indicação de cada símbolo foram organizados por similaridades. Pôde-se perceber que o símbolo animal mais indicado foi ‘cachorro’ com 16% no Grupo Controle e 20% no Grupo Clínico, somando 9 indicações (36%) das 50 possíveis, em ambos os grupos. Com o mesmo número de respostas quando somados os grupos veio o símbolo ‘borboleta’ com 12% no Grupo Controle e 24% no Grupo Clínico, ou seja, também 9 indicações (36%). Seguido como segundo símbolo mais indicado foi ‘gato’ com 20% de indicações no Grupo Controle. Posterior a estes foi indicado em terceiro lugar o símbolo animal ‘águia’ com 16% também no Grupo Controle, e após ‘gavião’, ‘pássaro’ e ‘leão’ apareceram igualmente 3 vezes se juntadas as respostas de ambos os grupos.

Quando dispostos os símbolos por similaridades, elaborou-se as categorias: os ‘animais que voam’ (borboleta; águia; gavião, pássaro; coruja; ave) que apareceram com o maior número: 6 símbolos e 22 indicações, considerados ambos os grupos. A seguir houve 2 indicações de ‘animais domésticos’ (gato; cachorro), no entanto, 16 indicações desses dois símbolos. Agrupados os ‘animais silvestres e selvagens’ (leão; onça; onça pintada; tigre; macaco; lobo; coala; coelho; cobra), percebeu-se 10 símbolos e 11 indicações. Quando reunidos os ‘animais marinhos’ (pinguim; tubarão; peixe) houve 3 símbolos e 3 indicações.

Ao classificar as indicações mais feitas em cada grupo, pôde-se notar que no Grupo Clínico as maiores indicações foram de animais que voam (13 indicações) e no Grupo Controle apareceram os animais domésticos (9 indicações).

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 13: Distribuição dos símbolos no Reino Animal Catexia Positiva

ADOLESCENTES						
CATEXIA	REINO	SÍMBOLO	Grupo Controle	Grupo Clínico	VALUE	P
Positiva	Animal	cachorro	4(16%)	5(20%)	0.578	0.051
		borboleta	3(12%)	6(24%)		
		gato	5(20%)	0		
		águia	4(16%)	0		
		gavião	1(4%)	2(8%)		
		pássaro	1(4%)	2(8%)		
		leão	1(4%)	2(8%)		
		coruja	0	2(8%)		
		ave	0	1(4%)		
		onça pintada	1(4%)	0		
		onça	1(4%)	0		
		tigre	0	1(4%)		
		macaco	0	1(4%)		
		lobo	0	1(4%)		
		coala	0	1(4%)		
		coelho	1(4%)	0		
		cobra	1(4%)	0		
		pinguim	1(4%)	0		
		tubarão	1(4%)	0		
		peixe	0	1(4%)		

Fonte: Fisher's exact test

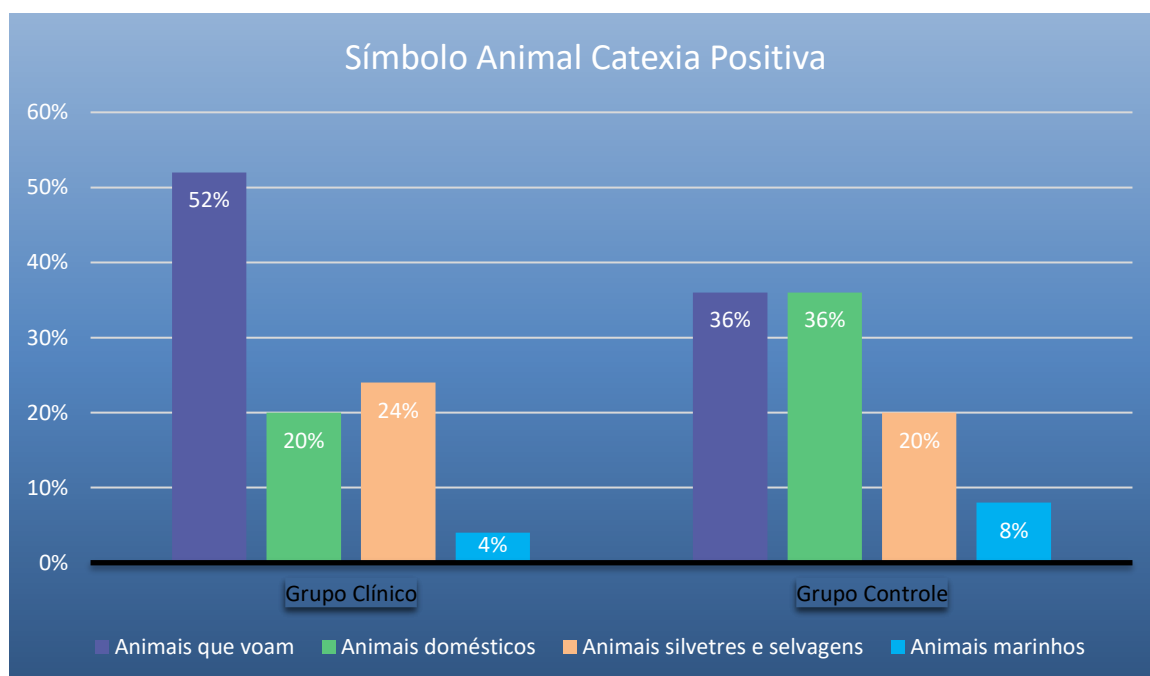


Gráfico 10: Símbolos no Reino Animal Catexia Positiva no Questionário Desiderativo entre o Grupo Clínico e Grupo Controle

A Tabela 14 demonstra as escolhas no Reino Inanimado Catexia Positiva, e a análise feita por meio do *Fisher's exact test* testando a hipótese de que Grupo 1# Grupo 2 e significância estatística definida como $p < 0,05$. Os resultados estão ilustrados ainda no Gráfico 9.

A distribuição dos resultados foi organizada apontando inicialmente os símbolos mais evocados, e após, quando havia apenas uma indicação de cada símbolo foram ordenados por similaridades. Nesse sentido, o símbolo mais indicado somados os dois grupos o clínico e o Controle foi 'livro/livro de mistério' (28%), seguido por 'celular' (20%) e 'carro' (20%). Após, veio 'avião' e 'violão' ambos com 16%. Os símbolos 'computador', 'lápiz', e 'caneta' apareceram 8% na somatória dos grupos.

Quando aproximados por similaridades, as categorias criadas foram: 'objetos de estudos, conhecimento' (livro; livro de mistério; lápis; caneta e bússola) somando 5 símbolos e 13 indicações. A seguir, 'meios de transporte' (carro; avião; moto e foguete) atingindo 4 símbolos e 10 indicações. Outra categoria foi 'eletrônicos e tecnologia' (celular; computador; fone de ouvido e robô) com 4 símbolos e 9 indicações. O agrupamento seguinte foi 'móveis e objetos domésticos' (cadeira; sofá; criado-mudo; espelho de um quarto; garrafa e copo enfeitado) aparecendo 6 evocações espalhadas em 6 símbolos, ou seja, uma de cada. Um conjunto possível foi 'instrumentos musicais' com 2 símbolos (violão e piano) com 4 indicações. Outro item foi compreendido como 'lúdicos' (brinquedo de corda e bola) com 2 indicações. Ainda foi possível agrupar 2 símbolos (joia e pulseira) como 'acessórios'. Houve 3 símbolos que se configuraram nas menores categorias, ou seja 1 em cada. Foram: categoria 'lugar' (casa); 'comunicação' (alto-falante) e 'multifunção' (tesoura).

Percebendo o maior número de evocações por categoria em cada grupo, foi possível notar que no Grupo Clínico a categoria objetos de estudos/instrução apareceu mais. Foram 7 indicações. No Grupo Controle o maior número de evocações foi na categoria meios de transporte com 6 indicações.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as indicações do Grupo Clínico e Grupo Controle.

Tabela 14: Distribuição dos símbolos no Reino Inanimado Catexia Positiva

CATEXIA	REINO	SÍMBOLO	ADOLESCENTES		VALUE	P
			Grupo Controle	Grupo Clínico		
Positiva	Inanimado	livro	2(8%)	4(16%)	0.577	0.881
		livro de mistério	0	1(4%)		
		celular	3(12%)	2(8%)		
		carro	4(16%)	1(4%)		
		avião	1(4%)	3(12%)		
		violão	2(8%)	1(4%)		
		computador	1(4%)	1(4%)		
		lápiz	1(4%)	1(4%)		
		caneta	1(4%)	1(4%)		
		bússola	1(4%)	0		
		fone de ouvido	1(4%)	0		
		robô	0	1(4%)		
		tesoura	0	1(4%)		
		bola	0	1(4%)		
		brinquedo de corda	0	1(4%)		
		piano	1(4%)	0		
		cadeira	1(4%)	0		
		sofá	1(4%)	0		
		criado-mudo	0	1(4%)		
		coberta	1(4%)	0		
		espelho de um quarto	1(4%)	0		
		garrafa	0	1(4%)		
		copo enfeitado	0	1(4%)		
		casa	0	1(4%)		
		joia	1(4%)	0		
		pulseira	1(4%)	0		
		alto falante	0	1(4%)		
		moto	1(4%)	0		
		foguete	0	1(4%)		

Fonte: Fisher's exact test

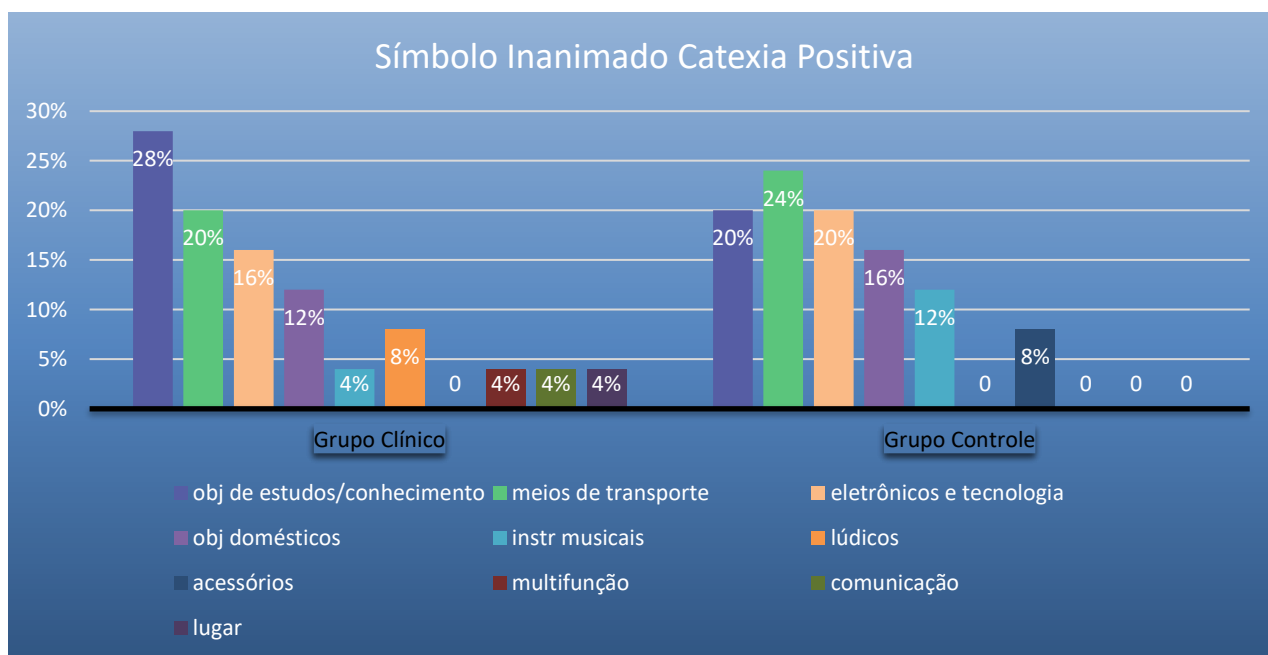


Gráfico 11: Símbolos no Reino Inanimado Catexia Positiva no Questionário Desiderativo entre o Grupo Clínico e Grupo Controle

A Tabela 15 demonstra as escolhas no Reino Vegetal Catexia Positiva, e a análise feita por meio do *Fisher's exact test* testando a hipótese de que Grupo 1# Grupo 2 e significância estatística definida como $p < 0,05$. Os resultados estão ilustrados concomitantemente no Gráfico 10.

A distribuição dos resultados foi organizada apontando inicialmente os símbolos mais evocados, e após, quando havia apenas uma indicação de cada símbolo foram ordenados por similaridades. Dessa forma, verifica-se que o símbolo mais escolhido foi 'morango' com 6 indicações advindas do Grupo Clínico e Grupo Controle; seguido de 'girassol' com 4 indicações. Em seguida 'rosa', 'flor' e 'maçã' teve 3 indicações. Com 2 indicações vieram os símbolos 'maracujá', 'árvore', 'uva', 'manga' e 'alface'. Os demais símbolos tiveram uma indicação cada um.

Reunidos por similaridades, desenvolveu-se categorias. Notou-se que a categoria mais indicada foi 'frutas' (morango, maracujá, maçã, uva manga, mamão, laranja, melancia, kiwi, ameixa, abacaxi, banana) com 12 símbolos e 21 indicações. A seguir, 'flores' (girassol, rosa/rosa branca, flor, hortênsia azul, flor azul, orquídea e tulipa) configurando-se em 8 símbolos e 15 indicações. Categoria similar foi 'plantas e grama' (camomila, samambaia, trevo de quatro folhas, cacto e grama de estádio de futebol) configurando-se em 5 símbolos e 5 indicações. Agrupou-se mais uma categoria denominada 'árvores' (cerejeira, pinheiro, sequoia e árvore) contendo 4 símbolos e 5 indicações. Por fim a categoria 'legumes e verduras' (batata, alface e brócolis) com 3 símbolos e 4 indicações.

Observados por grupo, percebe-se que o Grupo Clínico emitiu mais repostas na categoria frutas apontando 10 indicações. O Grupo Controle emitiu mais repostas na mesma categoria registrando 11 indicações.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as indicações no reino vegetal catexia positiva entre o Grupo Clínico e o Grupo Controle.

Tabela 15: Distribuição dos símbolos no Reino Vegetal Catexia Positiva

CATEXIA	REINO	SÍMBOLO	ADOLESCENTES		VALUE	P
			Grupo Controle	Grupo Clínico		
		morango	4(16%)	1(4%)		
		girassol	1(4%)	3(12%)		
		rosa	0	3(12%)		
		flor	1(4%)	2(8%)		

Positiva	Vegetal			0.653	0.076
		maçã	0	3(12%)	
		maracujá	0	2(8%)	
		árvore	2(8%)	0	
		alface	0	2(8%)	
		uva	1(4%)	1(4%)	
		manga	1(4%)	1(4%)	
		mamão	1(4%)	0	
		laranja	0	1(4%)	
		melancia	1(4%)	0	
		kiwi	1(4%)	0	
		ameixa	1(4%)	0	
		abacaxi	1(4%)	0	
		banana	0	1(4%)	
		hortênsia azul	1(4%)	0	
		rosa branca	1(4%)	0	
		flor azul	1(4%)	0	
		orquídea	1(4%)	0	
		tulipa	0	1(4%)	
		camomila	0	1(4%)	
		samambaia	1(4%)	0	
		trevo de quatro folhas	0	1(4%)	
		grama de estádio de futebol	1(4%)	0	
		cacto	1(4%)	0	
		batata	1(4%)	0	
		brócolis	0	1(4%)	
		cerejeira	0	1(4%)	
		pinheiro	1(4%)	0	
		sequoia	1(4%)	0	

Fonte: Fisher's exact test

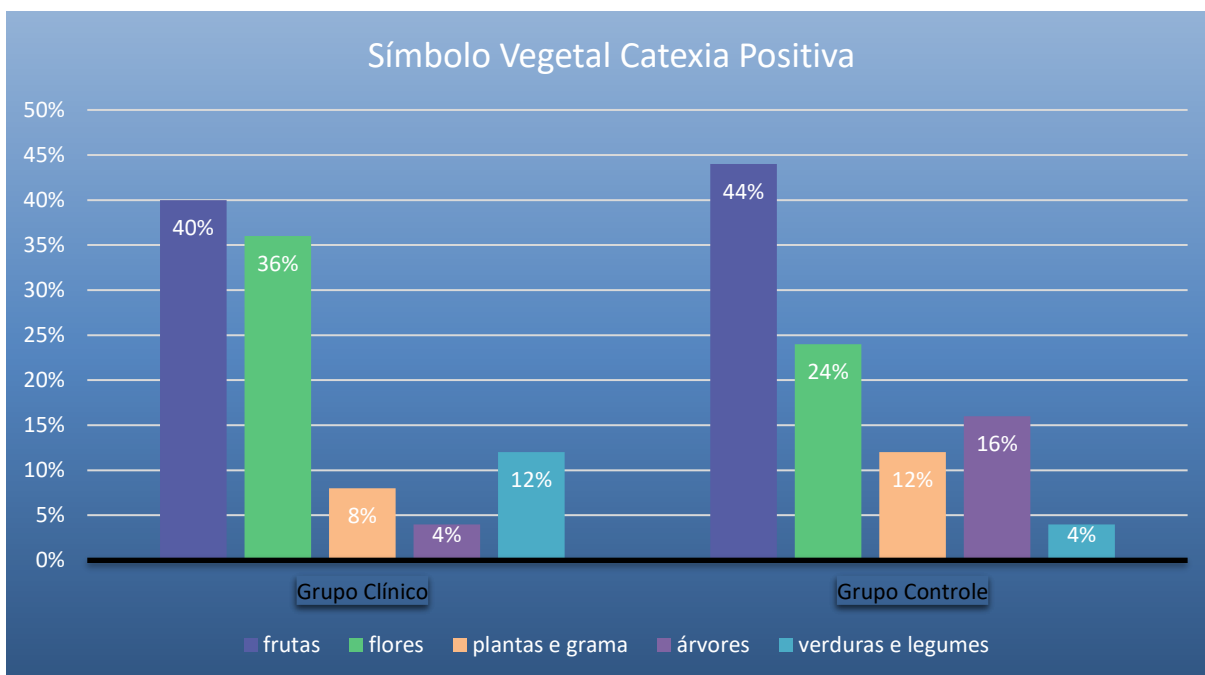


Gráfico 12: Símbolos no Reino Vegetal Catexia Positiva no Questionário Desiderativo entre o Grupo Clínico e Grupo Controle

A Tabela 16 demonstra as escolhas no Reino Animal Catexia Negativa, e a análise feita por meio do *Fisher's exact test* testando a hipótese de que Grupo 1# Grupo 2 e significância estatística definida como $p < 0,05$. Os resultados estão ilustrados conjuntamente no Gráfico 11.

A distribuição dos resultados foi organizada inicialmente apontando os símbolos mais evocados, e após, quando havia apenas uma indicação de cada símbolo foram ordenados por similaridades. À vista disso, verifica-se que o símbolo mais evocado foi ‘barata’ com 5 indicações seguido de ‘formiga’, ‘aranha’, ‘rato’ ‘leão’ e ‘cachorro’ com 3 indicações. Após, tiveram 2 indicações ‘cobra’, ‘mosca’ e ‘mosquito’. Os demais símbolos tiveram uma indicação cada.

Observados por similaridades e somados os dois grupos, os símbolos foram categorizados como ‘animais peçonhentos e transmissores de doenças’ (aranha, barata, mosca, mosquito, lacraia, verme, cobra e rato) com 8 símbolos e 19 indicações. Outra categoria criada foi ‘animais ligados a água’ (tubarão, camarão, peixe, enguia elétrica, lampreia, crocodilo e sapo) contendo 7 símbolos e 7 indicações. Após, ‘insetos não-peçonhentos’ (formiga, minhoca, caracol, lesma e inseto que rasteja) contendo 5 símbolos e 6 indicações. Observou-se ainda a categoria ‘animis selvagens e silvestres’ (leão, onça, urso e toupeira), por meio de 4 símbolos e 6 indicações.

Animais que simbolizam aspectos positivos também foram apontados na catexia negativa, ou seja, como rejeição. Nesse sentido, criou-se o conjunto ‘animais com aspectos positivos’ (cachorro, gato, vaca e cavalo) configurados em 4 símbolos e 6 indicações. Há ainda a categoria ‘animais que voam que também possuem características positivas’ (passarinho doméstico, passarinho, pato, gavião, galinha e abelha) com 6 símbolos e 6 indicações.

Se observados em separado, percebeu-se que ambos os grupos indicaram mais na categoria animais peçonhentos e que transmitem doenças: o Grupo Clínico evocou 6 símbolos concluindo 13 indicações; o Grupo Controle 4 símbolos e 6 indicações.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as indicações no reino animal catexia negativa entre o Grupo Clínico e o Grupo Controle.

Tabela 16: Distribuição dos símbolos no Reino Animal Catexia Negativa

CATEXIA	REINO	SÍMBOLO	ADOLESCENTES		VALUE	P
			Grupo Controle	Grupo Clínico		
		barata	3(12%)	2(8%)		

Negativa

Animal

formiga	3(12%)	0
aranha	1(4%)	2(8%)
rato	0	3(12%)
leão	2(8%)	1(4%)
cachorro	2(8%)	1(4%)
cobra	0	2(8%)
mosca	0	2(8%)
mosquito	1(4%)	1(4%)
gato	1(4%)	0
vaca	1(4%)	0
cavalo	0	1(4%)
toupeira	0	1(4%)
onça	0	1(4%)
urso	1(4%)	0
tubarão	1(4%)	0
camarão	1(4%)	0
enguia elétrica	1(4%)	0
lampreia	1(4%)	0
peixe	0	1(4%)
crocodilo	0	1(4%)
sapo	1(4%)	0
passarinho doméstico	1(4%)	0
passarinho	0	1(4%)
galinha	0	1(4%)
gavião	0	1(4%)
pato	1(4%)	0
abelha	0	1(4%)
caracol	1(4%)	0
minhoca	0	1(4%)
lacrãia	1(4%)	0
inseto que rasteja	1(4%)	0
verme	0	1(4%)

0.578

0.051

Fonte: Fisher's exact test

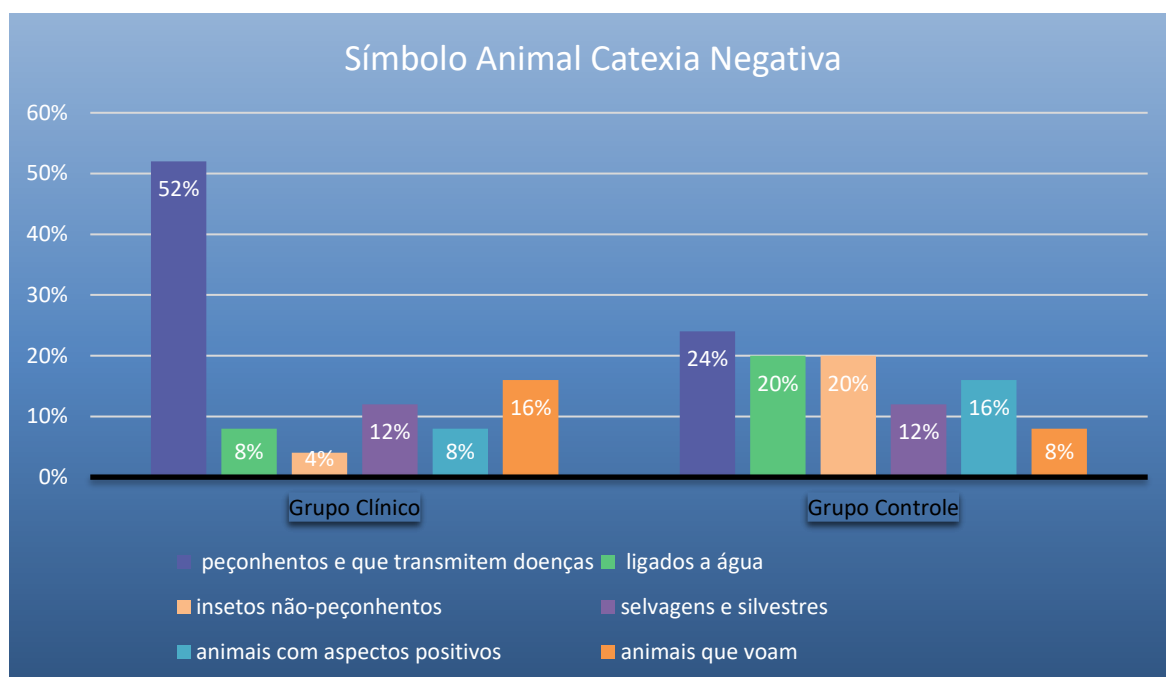


Gráfico 13: Símbolos Reino Animal Catexia Negativa no Questionário Desiderativo entre o Grupo Clínico

A Tabela 17 apresenta as escolhas no Reino Inanimado Catexia Negativa, e a análise feita por meio do *Fisher's exact test* testando a hipótese de que Grupo 1# Grupo 2 e significância estatística definida como $p < 0,05$. Os resultados estão igualmente demonstrados no Gráfico 12.

Organizou-se a distribuição dos resultados inicialmente apontando os símbolos mais evocados, e após, quando havia apenas uma indicação de cada símbolo foram ordenados por similaridades. Desse modo, ao unir os símbolos emitidos por ambos os grupos, notou-se que o mais apontado foi 'arma' com 6 indicações, seguido de 'cadeira' com 3 indicações. A seguir os símbolos 'roupa', 'celular', 'tapete', 'lixeira', 'papel higiênico' e 'papel' apareceram com 2 indicações cada um. A partir destes, as emissões se deram sem reiteraões, ou seja, uma indicação para cada símbolo.

Ao qualificar as emissões simbólicas por categorias, pôde-se formar em primeiro lugar a categoria 'móveis e objetos úteis' (cadeira, tapete, lixeira, mesa, banco de sentar, prateleira de tênis, maçaneta, esponja, copo de vidro e copo) com 10 símbolos e 14 indicações; e após agrupar o conjunto 'objetos passíveis de causar danos ou cortantes' (arma, faca, prego, liquidificador, triturador e lâmina de barbear) contendo 6 símbolos e 11 indicações. Houve ainda a categoria 'roupas e acessórios' (roupa, sapato e meia) com 3 símbolos e 4 indicações; seguido de 'meios de transporte e associados' (bicicleta, avião, carro e sirene) contendo 4 símbolos e 4 indicações. Foi possível ainda formar o conjunto 'eletrônicos e associados' (celular, câmera e capinha de celular) possuindo 3 símbolos e 4 indicações. Foi viável gerar o conjunto 'o que se joga fora' (papel higiênico, lixo e copo descartável), configurado com 2 símbolos e 4 indicações. Outra categoria foi 'objetos escolares' (papel, lápis e lousa) 3 símbolos e 4 indicações. Além dessas, a categoria 'lugares indesejados' (banheiro químico, porão e estabelecimento que vai muita gente) trouxe 3 símbolos e 3 indicações. O símbolo 'pedra' que teve uma indicação foi categorizado como 'elemento da natureza'; assim como a indicação 'brinquedo' que foi categorizada como 'objeto lúdico'.

Observados os grupos em separado, percebeu-se que o Grupo Clínico elegeu mais símbolos na categoria móveis e objetos úteis com 6 símbolos e 9 indicações; já o Grupo Controle emitiu mais símbolos na categoria objetos passíveis de causar danos ou cortantes, com 7 indicações.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as indicações no reino inanimado catexia negativa entre o Grupo Clínico e o Grupo Controle.

Tabela 17: Distribuição dos símbolos no Reino Inanimado Catexia Negativa

CATEXIA	REINO	SÍMBOLO	ADOLESCENTES		VALUE	P
			Grupo Controle	Grupo Clínico		
Negativa	Inanimado	arma	4(16%)	2(8%)	0.647	0.289
		cadeira	1(4%)	2(8%)		
		roupa	2(8%)	0		
		celular	0	2(8%)		
		tapete	1(4%)	1(4%)		
		lixeira	1(4%)	1(4%)		
		papel higiênico	0	2(8%)		
		papel	1(4%)	1(4%)		
		lápiz	1(4%)	0		
		lousa	1(4%)	0		
		mesa	0	1(4%)		
		banco de sentar	1(4%)	0		
		prateleira de tênis	0	1(4%)		
		maçaneta	0	1(4%)		
		copo de vidro	0	1(4%)		
		copo	1(4%)	0		
		esponja	0	1(4%)		
		faca	1(4%)	0		
		prego	1(4%)	0		
		liquidificador	0	1(4%)		
		tritador	1(4%)	0		
		lâmina de barbear	0	1(4%)		
		sapato	1(4%)	0		
		meia	0	1(4%)		
		brinquedo	1(4%)	0		
		câmera	1(4%)	0		
		capinha de celular	0	1(4%)		
		sirene	0	1(4%)		
		carro	0	1(4%)		
		avião	1(4%)	0		
		bicicleta	1(4%)	0		
		pedra	0	1(4%)		
		copo descartável	1(4%)	0		
		lixo	1(4%)	0		
banheiro químico	0	1(4%)				
porão	1(4%)	0				
estabelecimento que vai muita gente	0	1(4%)				

Fonte: Fisher's exact test

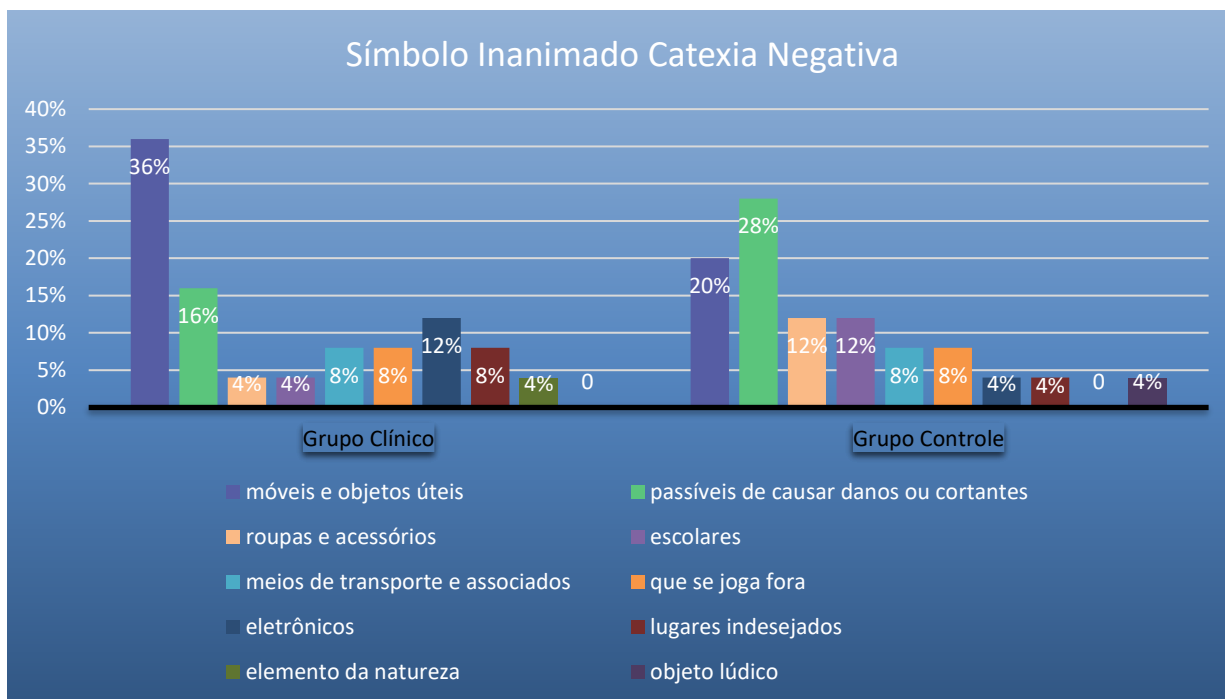


Gráfico 14: Símbolos Reino Inanimado Catexia Negativa no Questionário Desiderativo entre o Grupo Clínico e Grupo Controle

O último reino é apresentado na Tabela 18, o Reino Vegetal Catexia Negativa com análise feita por meio do *Fisher's exact test*, testando a hipótese de que Grupo 1# Grupo 2 e significância estatística definida como $p < 0,05$. No Gráfico 13 os resultados estão igualmente demonstrados. Organizou-se a distribuição dos resultados primeiramente apontando os símbolos mais evocados pelos dois grupos, e após, quando havia apenas uma indicação de cada símbolo foram ordenados por similaridades. Isso posto, é possível notar que os símbolos mais emitidos foram 'jiló' e 'chuchu', ambos com 6 indicações cada um, seguido de 'beterraba' com 5 escolhas. O símbolo 'cacto' aparece a seguir com 4 indicações, assim como 'árvore' com o mesmo número de escolhas. Com 3 indicações apareceu 'planta carnívora' e com 2 indicações 'rosa' e 'tomate'. A partir daí cada símbolo recebeu uma indicação.

Ao criar categorias para o reino vegetal negativo, formou-se o primeiro e maior conjunto: 'legumes e verduras' (jiló, chuchu, beterraba, tomate, palmito, rabanete, berinjela e brócolis) reunindo 8 símbolos e 23 indicações. Logo depois, nota-se a categoria 'plantas, árvore e associados' (cacto, planta carnívora, rosa, samambaia, musgo, suculenta-planta que não cresce, grama, planta, flor, espinho e árvore) com 11 símbolos e 20 indicações; e por fim, a categoria 'frutas/frutos' (limão, figo, maracujá, melancia, uva, maçã e coquinho de palmeira) contendo 7 símbolos e 7 indicações.

Observados os grupos em separado, percebeu-se que o Grupo Clínico elegeu mais símbolos na categoria legumes e verduras com 6 símbolos e 12 indicações, igualmente ao Grupo Controle emitiu 6 símbolos e 11 indicações.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as indicações no reino vegetal catexia negativa entre o Grupo Clínico e o Grupo Controle.

Tabela 18: Distribuição dos símbolos no Reino Vegetal Catexia Negativa

CATEXIA	REINO	SÍMBOLO	ADOLESCENTES		VALUE	P
			Grupo Controle	Grupo Clínico		
Negativa	Vegetal	jiló	2(8%)	4(16%)	0.605	0.163
		chuchu	3(12%)	3(12%)		
		beterraba	3(12%)	2(8%)		
		cacto	0	4(16%)		
		árvore	1(4%)	3(12%)		
		planta carnívora	3(12%)	0		
		rosa	0	2(8%)		
		tomate	1(4%)	1(4%)		
		palmito	1(4%)	0		
		rabanete	1(4%)	0		
		berinjela	0	1(4%)		
		brócolis	0	1(4%)		
		limão	0	1(4%)		
		figo	0	1(4%)		
		maracujá	1(4%)	0		
		melancia	1(4%)	0		
		uva	1(4%)	0		
		maçã	0	1(4%)		
		coquinho de palmeira	1(4%)	0		
		samambaia	1(4%)	0		
		musgo	1(4%)	0		
		suculenta-planta que não cresce	1(4%)	0		
		grama	1(4%)	0		
		planta	0	1(4%)		
		flor	1(4%)	0		
		espinho	1(4%)	0		

Fonte: Fisher's exact test

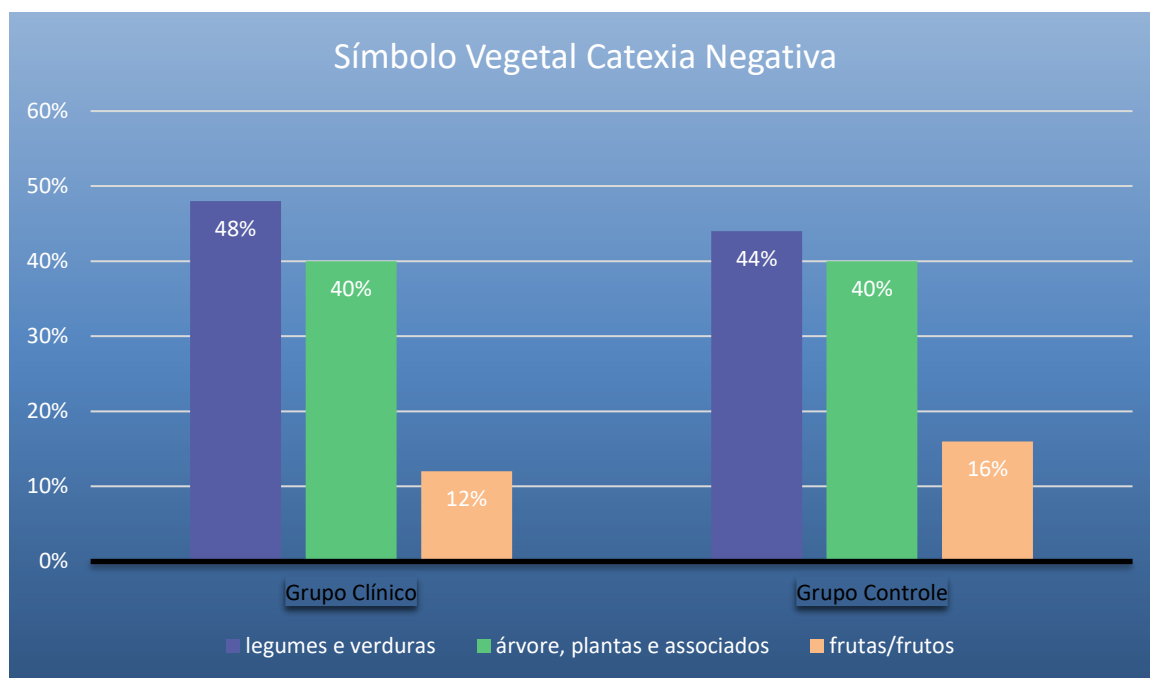


Gráfico 15: Símbolos Reino Vegetal Catexia Negativa no Questionário Desiderativo entre o Grupo Clínico e Grupo Controle

4.C.4 Índice de Força de Ego

A Força do Ego (Tardivo, 2017) alude ao grau de estruturação do Eu e a qualidade de suas funções, especialmente as defesas diante do ataque simbólico representado pela consigna do QD, com base no referencial psicodinâmico (Nijamkim, & Braude, 2000; Pool, 2012). Assim, quanto mais evoluída é a resposta em termos de conseguir lidar com a angústia que pode ser despertada pela consigna do teste, mais elevada é a força do Ego.

Tardivo (2017) propôs uma reorganização dos itens que podem ser quantificados a partir da fundamentação teórica de Nijamkim e Braude (2000), que consideram necessário analisar os aspectos reativos ao funcionamento, avaliando a força ou fraqueza do Ego. Para este fim, Tardivo (2017) desenvolveu uma planilha, na qual foram adotados os critérios de presença (1) e ausência (0) para as categorias de análise passíveis: Teste completo, Perseveração, Resposta antropomórfica; Adequação à consigna; Qualidade da resposta; Dissociação; Identificação Projetiva; Racionalização e Perspectiva vincular da resposta. Assim sendo, o Índice de Força de Ego é a somatória das notas atribuídas a cada aspecto, estes apresentados até aqui, sendo possível atingir o máximo de 56 pontos.

O Índice de Força de Ego entre os grupos Clínico e Controle foi analisado pelo *Test W de Wilcoxon* testando a hipótese de que Medida1# Medida 2, e foi representado na tabela 19, assim como, nos gráficos 14 e 15.

Foi possível perceber que não houve diferença estatisticamente significativa na média atingida por cada grupo, no entanto, é notável que o Grupo Controle atingiu média superior ao Grupo Clínico: no Controle a média foi de 43,4 pontos dos 56 possíveis, enquanto Grupo Clínico apresentou média 41,9 (tabela 19 e gráfico 15). Ao observar os desempenhos individuais é possível notar ainda que o menor índice no Grupo Controle foi de 40 pontos alcançado por 1 participante, e no Grupo Clínico foi de 33,5 pontos, alcançados por 2 participantes (gráfico 14). Em respeito a média mais alta, os maiores desempenhos individuais foram similares, ou seja, no Controle foi 47 pontos e no Clínico 46 (gráfico 14). O Grupo Controle se apresenta com desempenhos similares entre si, as pontuações são semelhantes e se agrupam com notas mais altas. No Grupo Clínico percebe-se que os desempenhos se dispersam e há notas mais heterogêneas

Tabela 19: Força de Ego entre os grupos Clínico e Controle

	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Mediana</i>
FORÇA DE EGO CONTROLE	25	43.4	43
FORÇA DE EGO CLÍNICO	25	41.9	42

Test W de Wilcoxon

p 0.095

Erro padrão da diferença 0.76

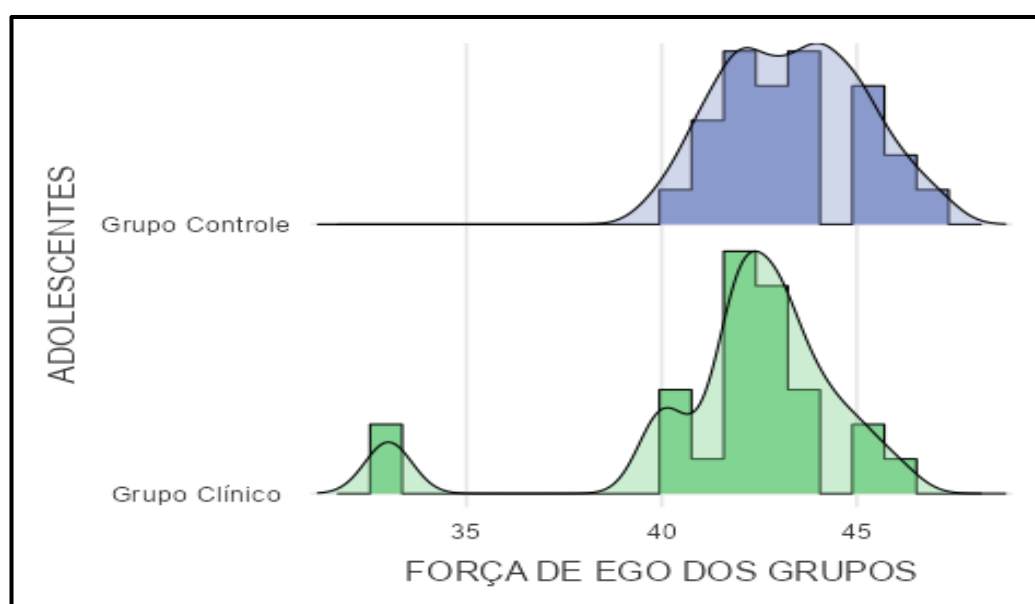


Gráfico 16: Índice de Força de Ego Desempenhos Individuais nos Grupos Clínico e Controle
Fonte: *W de Wilcoxon test (jamovi. Version 2.3[Computer Software])*

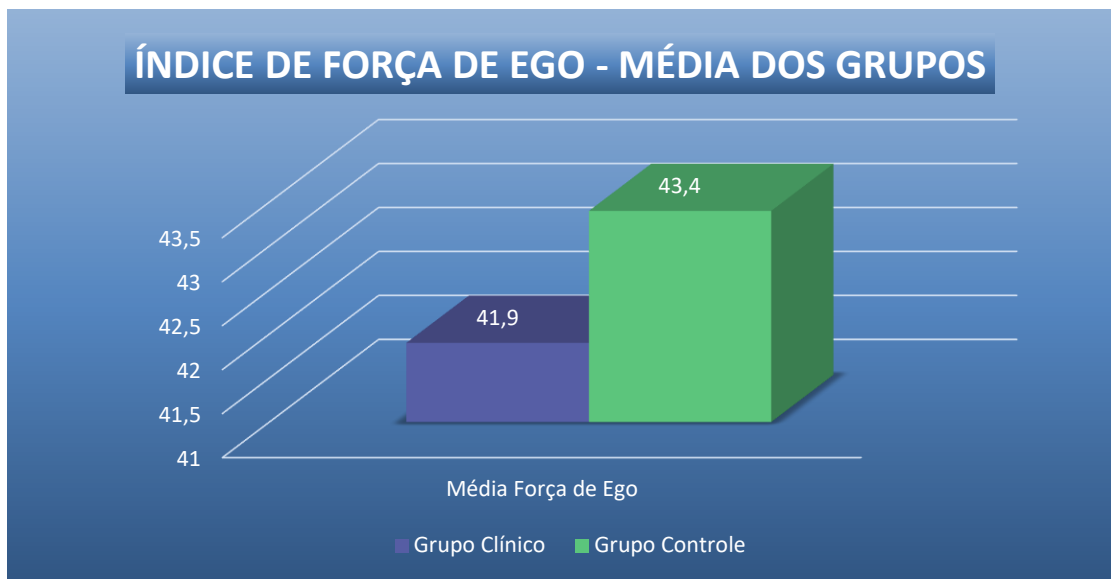


Gráfico 17: Média Força de Ego averiguada no Test W de Wilcoxon entre dos Grupos Clínico e Controle

4.D - As significações da Depressão por parte dos Adolescentes: Resultado no Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema

Partindo das contribuições de Tardivo (2007) ao considerar que o Procedimento de Desenho-Estória com Tema pode servir de base para intervenções e que traduz o modo como certo grupo ou cultura significam a temática investigada, a técnica foi integrada ao presente estudo. Visando lançar mão da riqueza do procedimento como mediador, especialmente em trabalhos em grupo, o D-E(T) enriqueceu a compreensão sobre o mote da Depressão, tendo em vista as concepções de Aiello-Vaisberg(1995) que propôs e aponta o procedimento como meio para emergir os imaginários coletivos (Aiello-Vaisberg & Ambrósio, 2006), as concepções imaginativas (Aiello-Vaisberg, 2017).

O Procedimento de Desenho-Estória com Tema foi proposto nos encontros em grupos com os participantes sob a orientação “desenhe uma pessoa com depressão; após conte uma estória”. A seguir estão apresentados os desenhos dos adolescentes que escolheram participar dos grupos, estes em etapa posterior a coleta dos instrumentos iniciais. Por isso, a participação nos grupos foi livre; um oferecimento como uma oportunidade de trocas e acolhimento, não sendo obrigatório.

Após a seleção final para composição desta amostra contando os participantes de ambas as escolas, serão apresentadas as produções de 38 participantes, os que compareceram aos

encontros em grupo e que têm seus protocolos incluídos na presente amostra. Portanto, outros desenhos foram deixados de fora, tendo em vista que o protocolo do participante não consta neste trabalho. Na tabela 20 apresenta-se o número do participante, respeitando a ordem alfabética em cada grupo. Os 18 primeiros D-E(T) são de participantes do Grupo Controle; e do número 19 ao 38 são adolescentes que compuseram o Grupo Clínico. Na mesma tabela há indicação do título de cada estória e o tema central de cada narrativa. Os temas foram a base para os encontros em grupo, ou seja, suporte para acolhimento e intervenção (Tardivo, 2007). O desenvolvimento dos encontros está descrito no item Acolhimento: Escuta, Rodas de Conversa e Encaminhamentos, posteriormente.

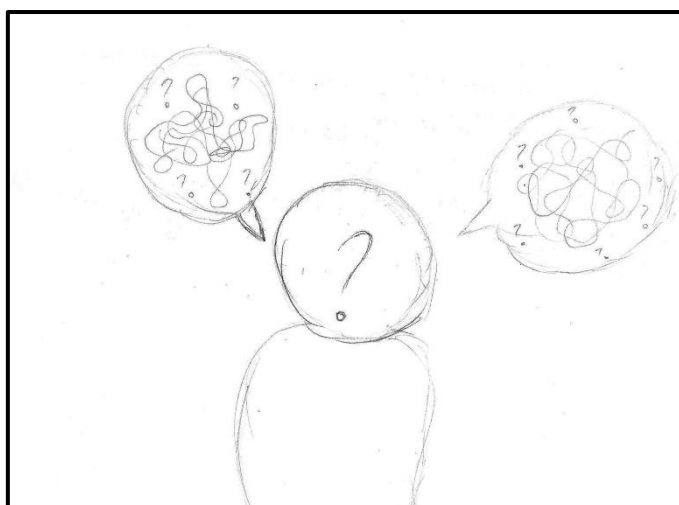
Tabela 20: Desenhos–Estórias com Tema

	Núm	Título	Tema central
GRUPO CONTROLE	1	'Depressão em cordel'	solidão
	2	'Alguém aí?'	tristeza, falta de energia; necessidade de ajuda
	3	'Inalcançável'	perda do querer
	4	'Dia de Olívia'	isolamento
	5	'Solitária'	solidão; disfarce da dor
	6	'Família'	suicídio
	7	'Mommy e dady issues'	conflitos familiares; amizade
	8	'Eu'	solidão
	9	'A calvície'	baixa autoestima
	10	'Era'	solidão
	11	'Vazio'	vazio
	12	'Sociedade calculista'	escolhas; rejeição
	13	'A árvore que não floresce'	estagnação, vazio
	14	'O buraco é mais embaixo'	vazio; disfarce da dor
	15	'Depressão'	baixa autoestima, dificuldade na tomada de decisão
	16	'Confusão'	pressão; medo
	17	'Turbilhão'	vazio
	18	'Quartzo rosa'	impotência
	19	'Solidão'	Adoecimento; dificuldade de se comunicar
	20	'Lugar errado'	decepção amorosa; isolamento
	21	'Mais um dia, menos um dia'	desordem
	22	'Depressão'	desânimo
	23	'O fim da linha'	abuso sexual
	24	'Noites que machucam'	perdas
	25	'Séc XXI'	carência, suicídio
	26	'Autodestruição'	vazio

GRUPO CLÍNICO

27	'Pressão da minha família'	conflitos familiares
28	'Quarentena me afetou'	efeitos da pandemia
29	'O sofrido que precisava de ajuda'	insegurança; necessidade de ajuda
30	'Quarentena: vida mentirosa'	isolamento; disfarce da dor
31	'O saber disfarçar'	oscilação de sentimentos
32	'Dor'	incapacidade; inutilidade
33	'Chuva'	solidão
34	'Sozinho mesmo junto'	solidão; carência
35	'Tristeza'	tristeza
36	'A confusão'	confusão; vazio
37	'O isolado'	solidão; isolamento
38	'Depressão- Uma luta consigo mesmo'	indisposição; dificuldade de se comunicar

4.D.1 Desenhos-Estórias com Tema Grupo Controle



1.

Depressão em cordel

*Samanta era sozinha
Sentia uma tremenda solidão
Mesmo com sua família por perto como
uma manta quentinha,
Ela sabia que precisava de ajuda,
Mas, não recebia por falta de dinheiro
Assim, ia chorar em seu banheiro,
Isso se chama depressão,
Algo que ocupa boa parte do seu
coração.*

A.L.G., feminino, 17 anos

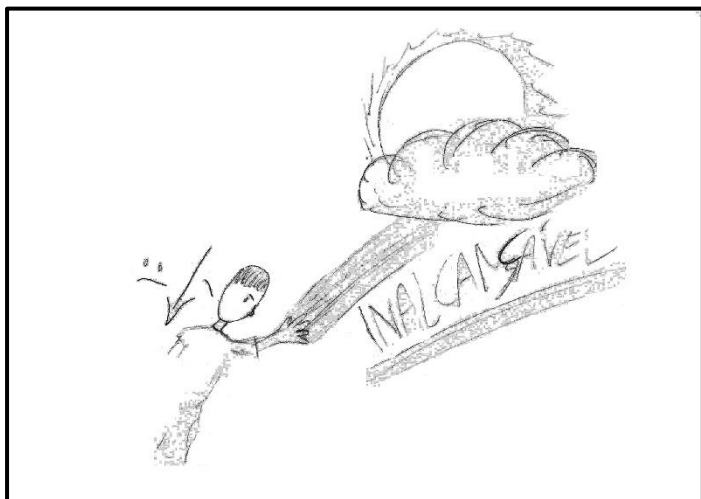


2.

Alguém aí?

*Uma triste atriz nos palcos, e fora
deles também, um sorriso forçado ao
agradecer o público por vir, e
também no dia a dia. 'Não que eu não
esteja feliz, eu estou, mas me falta
energia para continuar a vida; estou
cansada e o sono não revigora; estou
sem fome ou fome demais. Quero me
cuidar mas me falta forçar pra ir
tomar banho, para pentear os
cabelos ou qualquer outra coisa.
Estou quebrada por dentro e não sei
me colar; alguém pode me ajudar?'*

D.V.S., feminino, 17 anos



3.

Inalcançável

Tudo o que se faz belo, é necessariamente grotesco. Maravilhoso desse mundo podem ocorrer a partir da sensação do que mais queremos. Todavia, o querer não é voltado apenas para as coisas que estão ao redor de nosso círculo ou nossa bolha. Sentimentos corrompidos pela perda do nosso querer pode afetar toda nossa integridade e todo nosso parecer. Se algo é inalcançável, a nossa raiz pensante se destrói, ocasionando em todas as nossas perdas emocionais e racionais.

F.G.R., masculino, 18 anos



4.

Dia de Olívia

Olívia é uma garota de 17 anos com muitos problemas em casa e na escola. Olívia tem muita dificuldade de fazer amigos, sendo que ela se afasta de todos porque ela pensa que sua presença é um incômodo para todos em volta. Ela tem muita dificuldade de falar de seus problemas pessoais e também problemas de sono onde ela não vê sentido na vida e fica criando problemas na sua cabeça. Ela passa a maior parte do seu dia tentando ser uma pessoa, ela esconde seus sentimentos, ela se sente insuficiente.

G.S.P.M., masculino, 17 anos

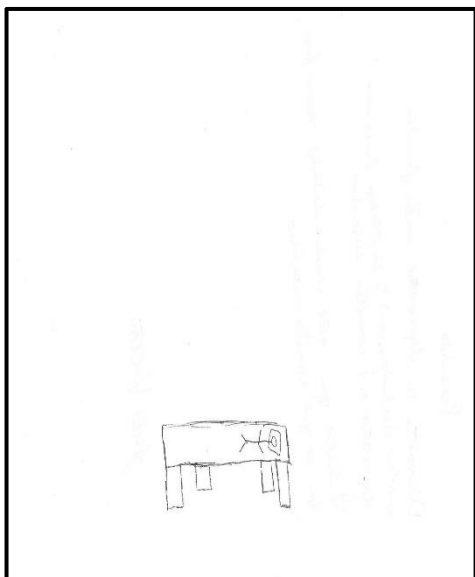


5.

Solitária

Uma menina que depois de muitos acontecimentos se sente solitária, porém, tenta aparentar sua melhor forma na frente dos outros. Motivo: pessoas próximas na qual ela convive se portarem da mesma maneira em decorrência a situações depreciativas.

I.M.T., feminino, 17 anos



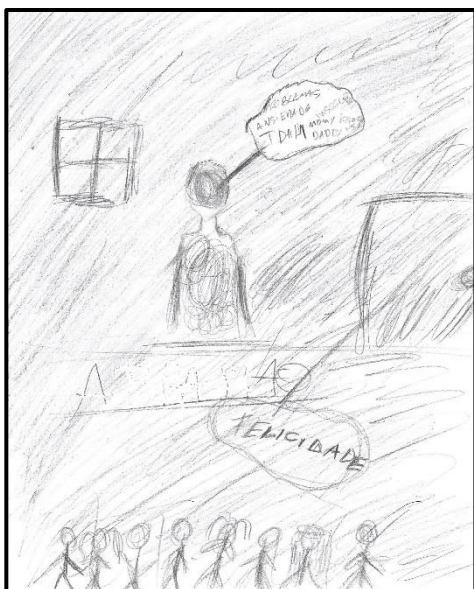
6.

Família

Durante a depressão minha família vivia deitada. 5 tios meus tiveram depressão e 1 cometeu suicídio.

O único que não viveu deitado nessa fase foi o que cometeu suicídio.

J.V.F., masculino, 18 anos

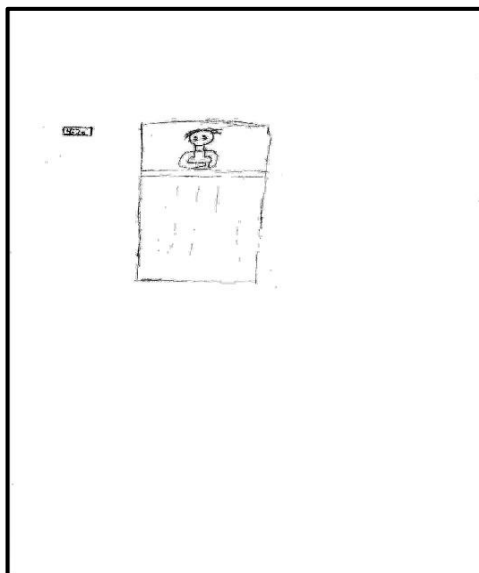


7.

Momy e dady issues

Aqui vemos uma adolescente aonde a maioria dos problemas é causado dentro de casa, normalmente é mais familiar causando ansiedade, pressão psicológica, insegurança, momy e dady issues, crises de pânico, crises de ansiedade. Mas, a única felicidade que ainda existe dentro dele são os amigos, mais específico 3 amigos; eles ajudam e preenchem o vazio dentro dele. Tudo o que ele sente é um vazio infinito; talvez ele não seja o que eles queriam.... mas é isso, ele os ama e não espera que eles o amem de volta, talvez ele só precise de alguém pra alegrar.

J.C.C.S., masculino, 17 anos

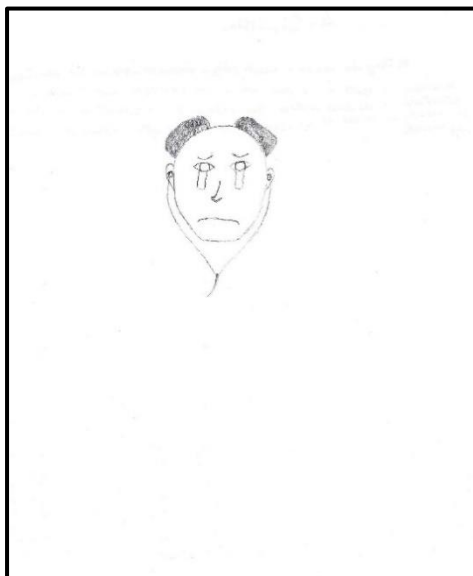


8.

Eu

Mais uma madrugada sozinho no quarto, mas essa em específico é diferente, essa carrega uma amargura diferente.

K.S.D., masculino, 18 anos

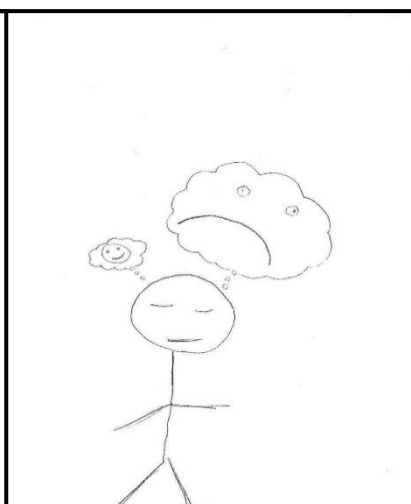
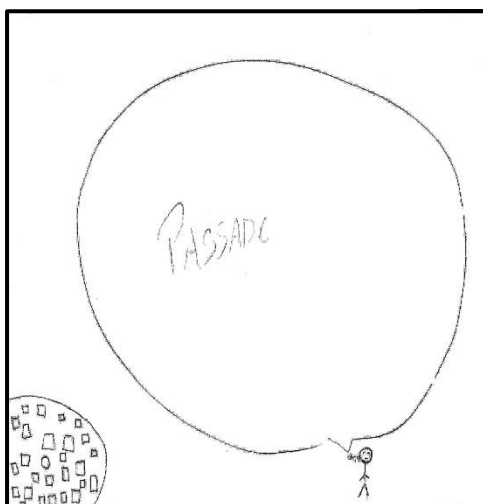


9.

A calvície

O Jorginho era uma pessoa feliz e sociável antes da calvície. Quando começou aparecer as primeiras entradas em seu cabelo ele ficou com a autoestima muito baixa e ficou com medo do que as pessoas iam falar sobre seu cabelo. Foi aí que ele se isolou dos seus amigos e começou a ficar deprimido.

K.S.F., masculino, 17 anos

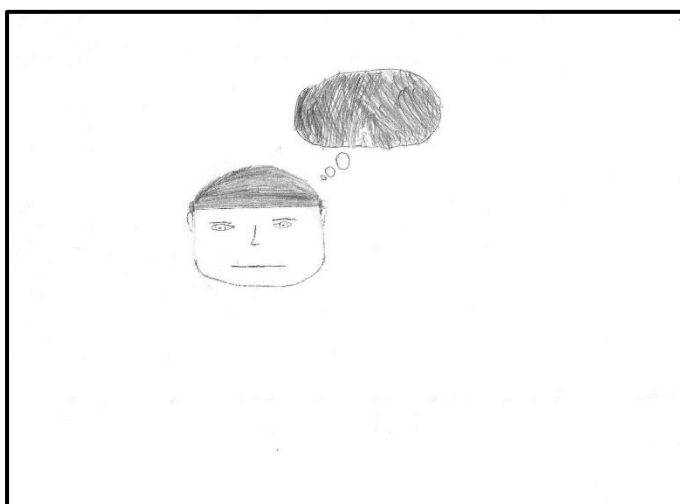


10.

Era

A pessoa se sente presa e se sente sozinha. De repente a tristeza fala mais alto que a felicidade na cabeça dela, fazendo ela não ser ela mesma... sendo diferente do que era.

L.A.S., feminino, 17 anos

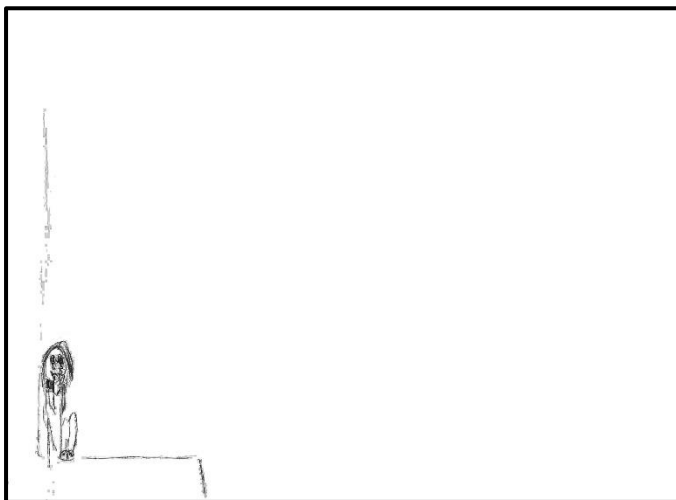


11.

Vazio

Depressão não é exatamente o que as pessoas pensam, não é só tristeza, é um estado que você não tem mais o prazer da vida. Me perco em meus pensamentos sem sentir uma emoção forte de alegria ou mesmo tristeza. O fato é que eu não sinto nada por um tempo.

L.F.S.F., masculino 18 anos



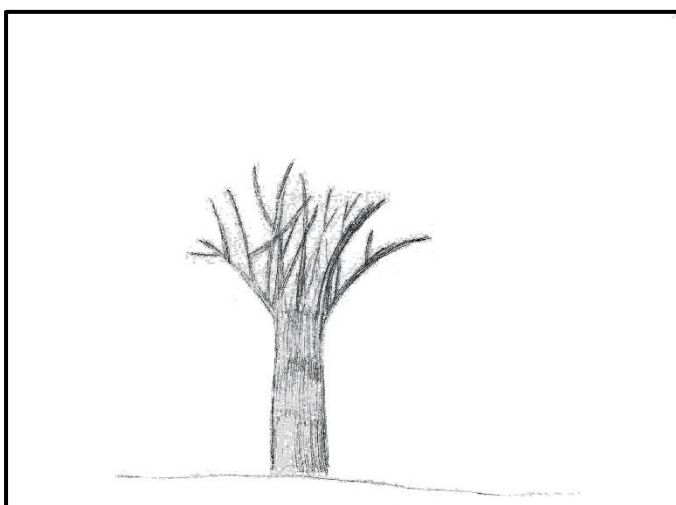
12.

Sociedade calculista

Sônia, uma menina com grandes sonhos, porém em uma determinada época da sua vida acabou tendo que fazer escolhas difíceis. Seus pais se separaram e devido a um grande contexto de rejeição na escolha acabou se encontrando neste quadro.

A adolescência consiste em um período difícil, onde os sentimentos estão aflorados, tendo como objetivo decidir tudo antes dos 18, no que consagra na autocobrança, e aceitação.

L.L.G., feminino, 17 anos

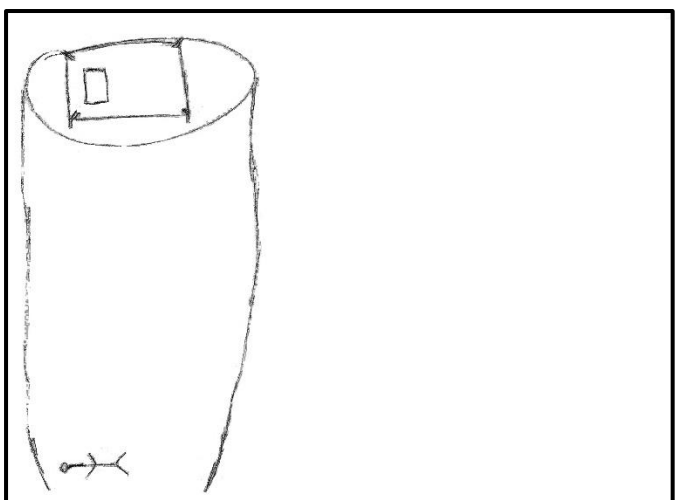


13.

A árvore que não floresce

A vida é uma árvore que deveria ser bonita, grande, não necessariamente florida, mas sim com suas folhas. Essa é uma árvore grande, cresceu saudável, mas por alguns motivos não se desenvolveu, independente da época do ano ela continua da mesma maneira, vazia.

M.V.X., masculino, 18 anos

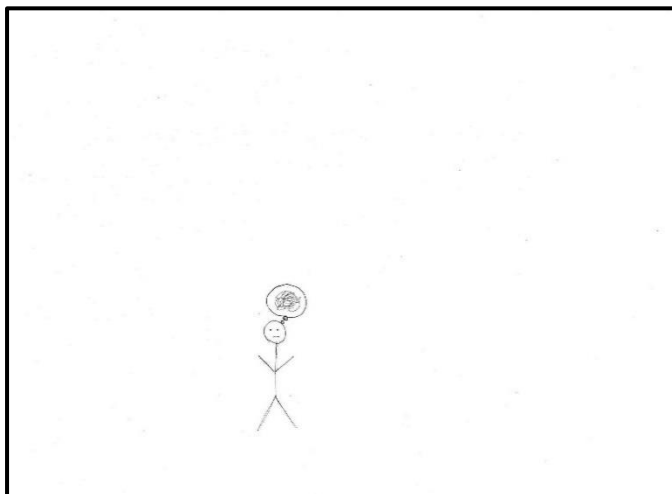


14.

O buraco é mais embaixo

José vivia o que aparentava ser uma vida feliz. Ele não passava necessidades, como a fome e a miséria. Ele sempre foi sociável, se dá bem com todos os seus colegas. Ela está sempre rindo e fazendo piadas. Ele está sempre. Mas ele não tem perspectiva de futuro, pula refeições e tem sempre muito sono. José poderia passar dias dormindo sem se alimentar e sem ter que levantar, seu objeto favorito de fato é a sua cama. Por trás da alegria que ele demonstra quando tem companhia, está um vazio que ele não consegue preencher e esse vazio se tornou maior que o próprio José. O vazio já não é mais tão vazio assim, porque agora lá dentro tem o próprio José, mas só o José não preenche essa imensidão, então o vazio continua crescendo e absorvendo tudo a seu redor, mas, discretamente sem que ninguém perceba.

M.P.M., feminino, 17 anos

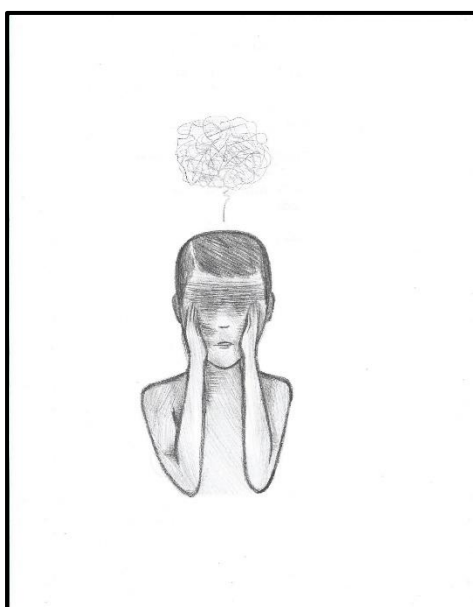


15.

Depressão

Essa é a história de uma pessoa que está triste pois enfrenta vários problemas, como por exemplo com sua autoestima e tomada de decisão.

S.S.A., feminino, 17 anos



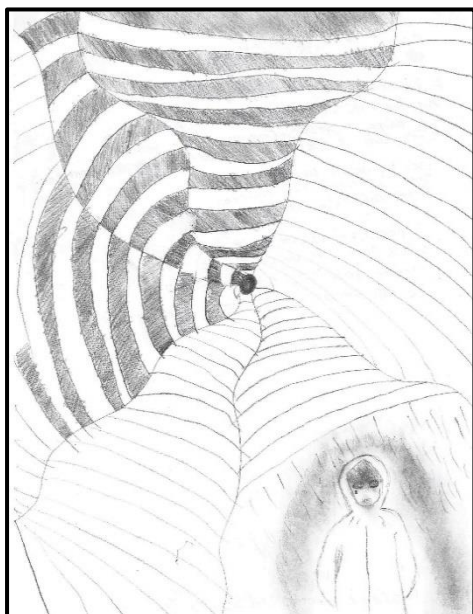
16.

Confusão

*Sou um edifício em ruínas
que arrega sonhos e expectativas
minhas e alheias
Não poderia desmoronar*

*Sinto a pressão da queda
o temor da destruição
e o silêncio do fim,
sinto
mas não posso cair*

T.P.G., feminino, 17 anos



17.

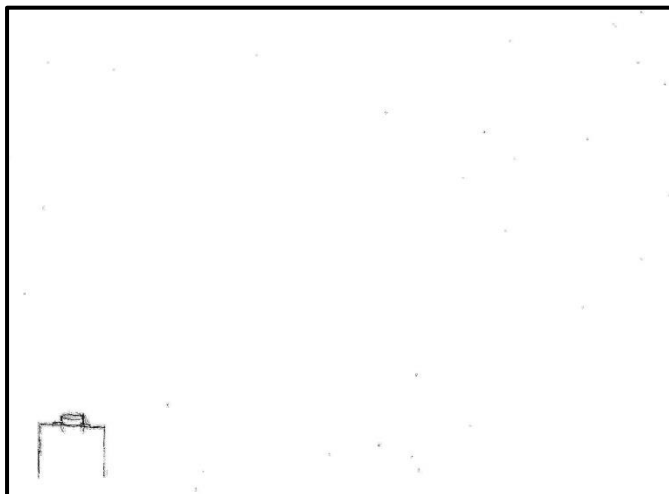
Turbilhão

*A depressão é algo duro de roer,
Que lhe tira sua emoção e vontade de viver,
Ela deixa a pessoa com um vazio profundo,
E faz com o que nada possa o preencher
nesse mundo.*

*Ela te deixa inseguro e covarde,
Por isso deve ser tratada,
antes que seja tarde.*

*Depressão é assunto sério,
e deve ser levado em consideração,
Procure uma voz e não demore não
Se não procurar.....será engolido por um
turbilhão!*

V.M.P., masculino, 17 anos

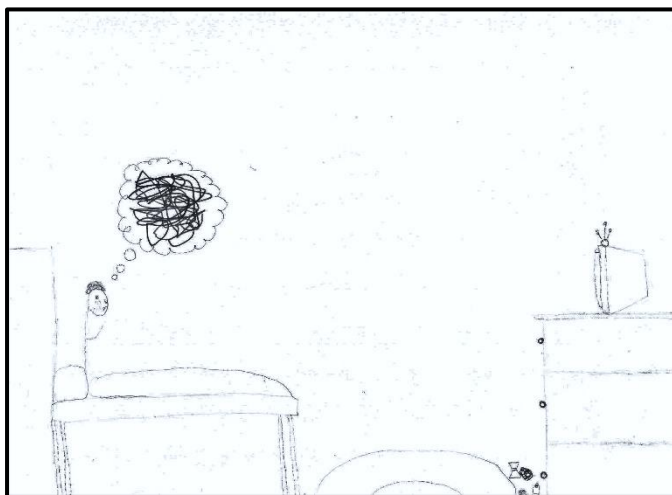


18.

Quartzo rosa

Uma pessoa especial, que sofre com depressão, que eu convivo quase todos os dias. Nunca sei como agir, como ajudar

V.H.R., feminino, 17 anos

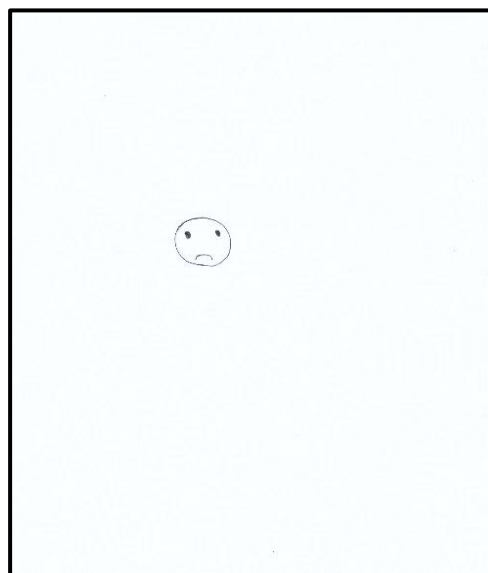
4.D.2- Desenhos-Estórias com Tema Grupo Clínico

19.

Solidão

Depressão, a doença que assombra a atualidade. Reflete não só você na sua saúde por não conseguir se alimentar, na sua relação com familiares e amigos por não conseguir se comunicar, te consome de todos os lados e burla seus pensamentos e se não se cuidar, te domina.

A.J.R.S., feminino, 17 anos

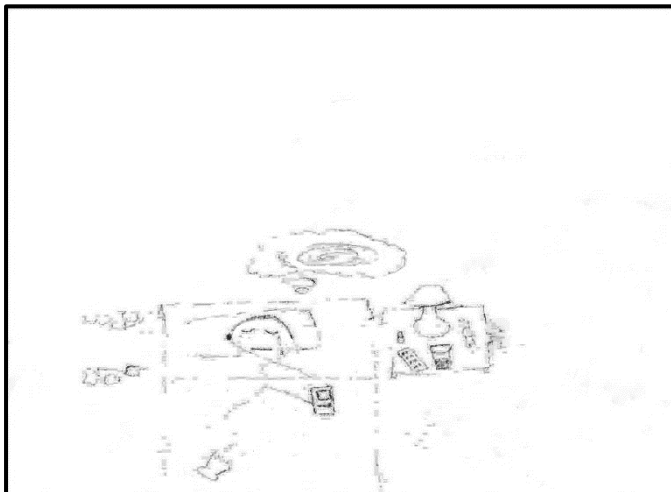


20.

Lugar errado

Essa pessoa fica triste devido a alguns relacionamentos que deu errado, e as vezes sentir que não é bem-vindo em um devido local ou companhia.

A.O.T.S., masculino, 18 anos

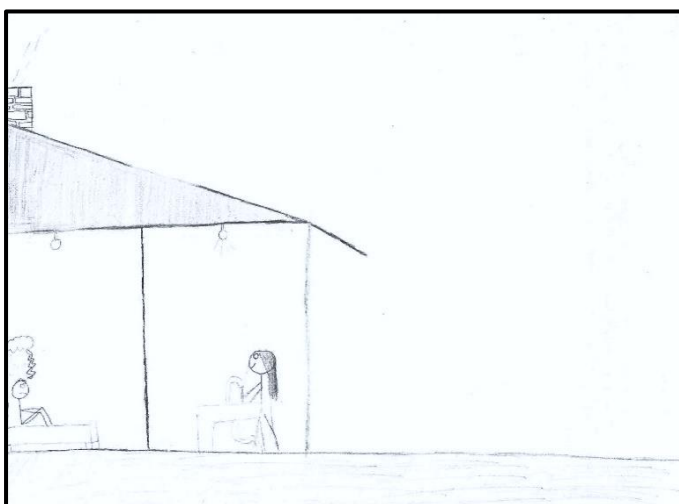


21.

Mais um dia, menos um dia

Um dia qualquer, uma pessoa depressiva em seu quarto pensando na sua vida e ouvindo música para tentar amenizar a dor enquanto chora, tudo isso em volta de remédios e a bagunça do seu quarto.

C.D., feminino, 17 anos



22.

Depressão

Aqui no desenho vemos uma pessoa feliz sem problemas, e na outra parte vemos uma pessoa triste, sem animação, com depressão, desanimada da vida.

C.T.S., masculino, 17 anos

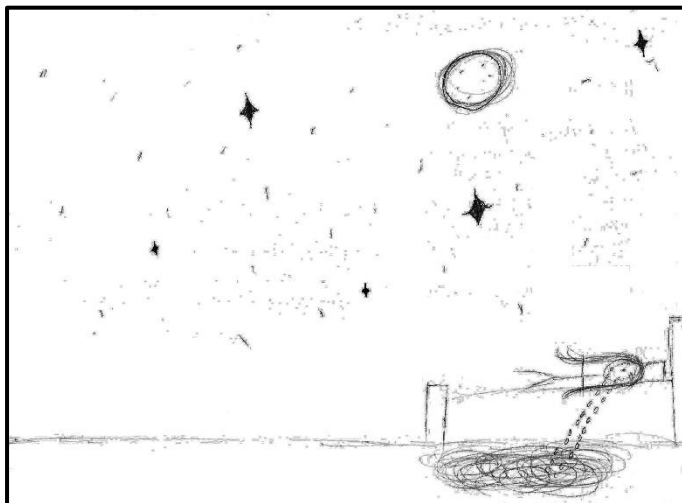


23.

O fim da linha

É a estória de uma menina que em toda sua infância foi abusada pelo tio dela. Tudo começou em uma viagem para a casa dele. No decorrer dos anos ele não parava. Ela se sentia culpada. Não conseguia contar para ninguém. Ela tentou se matar muitas vezes para tentar dar um basta e acabar com tudo, até com sua própria vida.

C.C.J.S., feminino, 17 anos

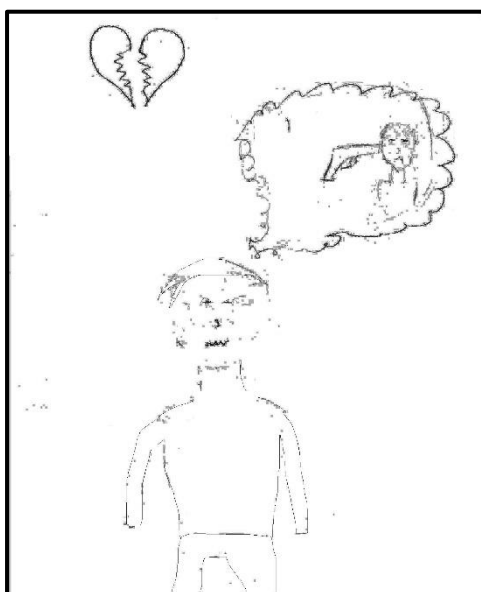


24.

Noites que machucam

A tristeza dela sempre vem nas noites, pois é o único momento em que está sozinha e que não precisa se mostrar forte pra ninguém... São nessas noites que todas as lágrimas que foram seguradas de dia, de noite elas saem sem esforço algum... São noites que retratam perdas e mortes, que relembram mágoas e que tiram até o ar do peito se pensa no presente... ela olha para o céu nessas noites pois marca cada estrela com coisas que sente falta e que ama muito, e a lua ela costuma dizer que é ela e sonha eternamente em ter todas essas estrelinhas perto dela e assim será finalmente feliz e ter paz.

H.S.M., feminino, 17 anos

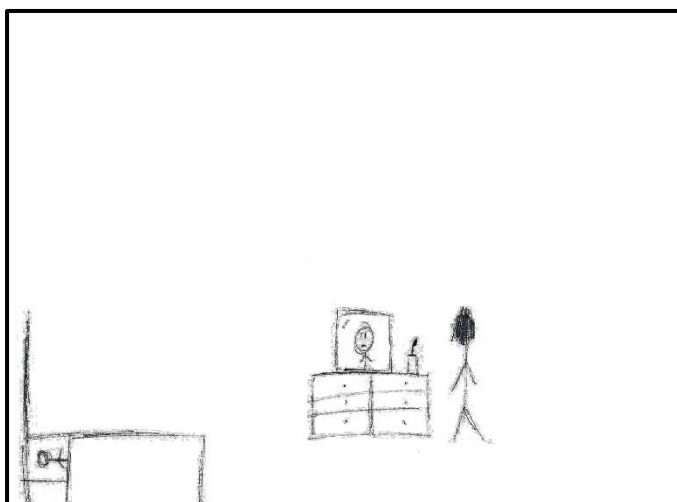


25.

Séc XXI

Ricardo Prado foi um menino muito feliz durante toda sua infância, mesmo que não tinha muito dinheiro, nunca lhe faltou afeto. Conforme Ricardo foi crescendo, começou a enfrentar diversos problemas, alguns desses problemas surgiram por conta da sua situação financeira, outros por cansaço mental, até mesmo por abandono de "amigos". Seus pais, apesar de sempre demonstrar muito amor e carinho, trabalharam muito e dificilmente poderiam ajudá-lo, nunca conseguiram prestar muita atenção em Ricardo, isso causou uma grande carência nele. Ele sempre teve muito contato com drogas e armas, foi quando em uma noite horrível, ele pensou em buscar uma arma e dar um fim a tudo isso, ele tentou esquecer isso, mas essa ideia não sai da sua cabeça.

J.V.B.B.B., masculino, 17 anos

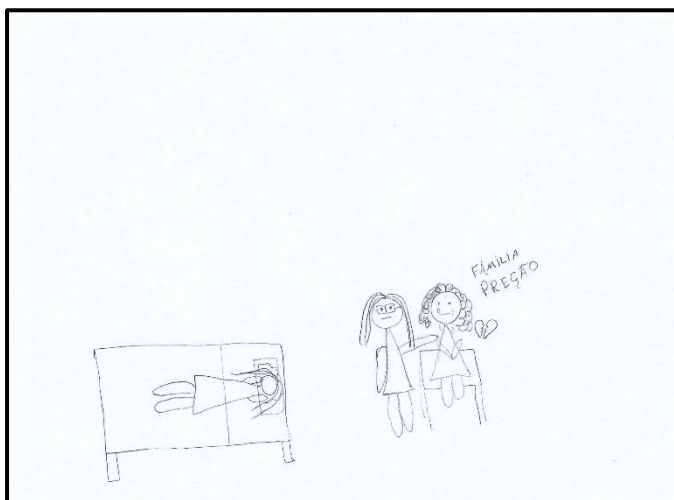


26.

Autodestruição

Ana não tinha mais cor como antes, não brilhava do mesmo jeito, se sentia que nem um balão cheio de nada e vazia de tudo.

J.M.G., feminino, 17 anos

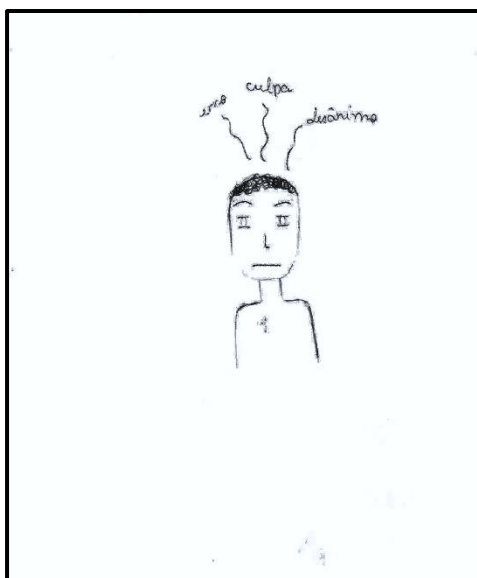


27.

Pressão da minha família

Hoje minha amiga me contou que a família dela está fazendo muita pressão para ela ir para a faculdade, ela chorou pra mim e me disse que não está aguentando mais. Falou que só queria ter o direito de escolha do que fazer com o próprio futuro. Ela me disse que não está aguentando mais tanta pressão psicológica da mãe, do pai e da família.

K.P.I., feminino, 18 anos



28.

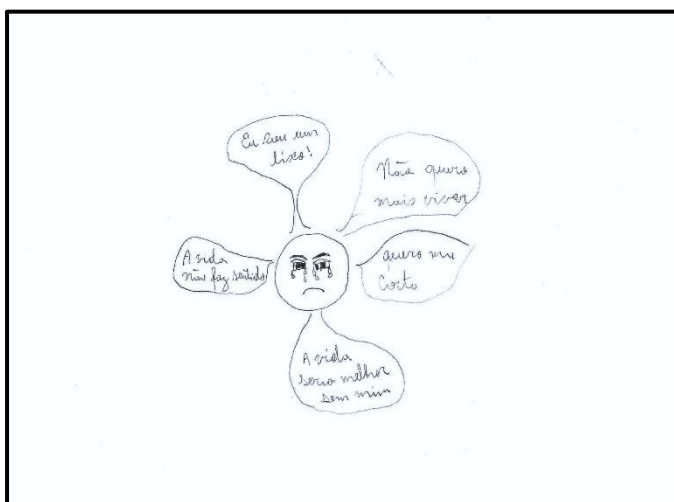
Quarentena me afetou

O período da quarentena foi algo muito prejudicial para todos, a falta de algo para ocupar a mente fez os pensamentos ruins ficarem mais frequentes.

A culpa por algo do passado, o erro por continuar pensando, o desânimo de viver.

Sei que não foi para ele somente, mas parece que todos ao redor estão bem, exceto ele!

K.S.M.P., feminino, 17 anos

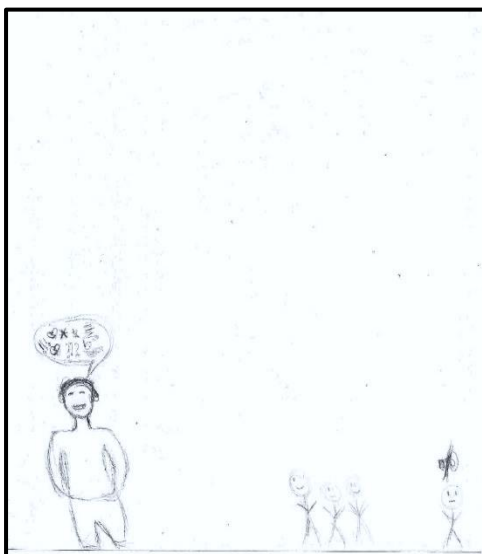


29.

O sofrido que precisava de ajuda

É ou não é no silêncio, ele aclama por segurança. Mas será que ele está em perigo? Sim, não ou talvez. O maior problema pode ser invisível ou alguém, mas sempre tem um porém! E nunca é do nada, que o terror vem.

K.A.L., masculino, 18 anos

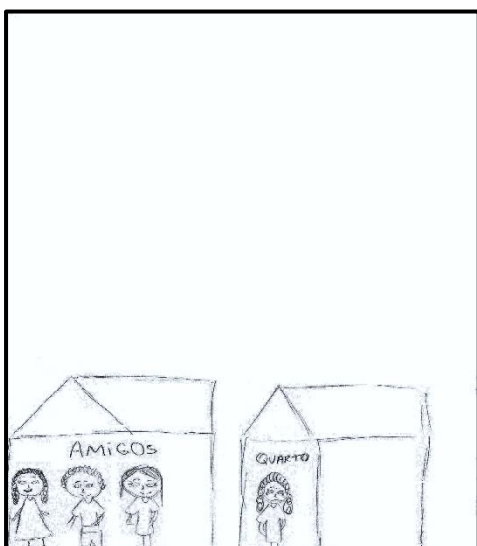


30.

Quarentena: vida mentirosa

Essa é uma pessoa com depressão. As vezes ele parece estar bem. Ele não chora, não demonstra, não sente nada, apenas vive se isolando e se afastando de todos. Em caso de extrema crise existencial, automaticamente, ele se isola e entra em uma quarentena, achando que se não conversar com ninguém, tudo vai ficar bem, pois vão esquecer que ele existe. A depressão vem acompanhada de diversas paranoias, coisas que você nunca tinha pensado antes começam a te torturar. Você se cala, você se sente insuficiente. Mas, ao mesmo tempo que você fica mal, você não quer preocupar ninguém. Por isso as brincadeiras excessivas, o sorriso no rosto, não quer dizer que a pessoa esteja bem.

K.G.P.A., masculino, 17 anos

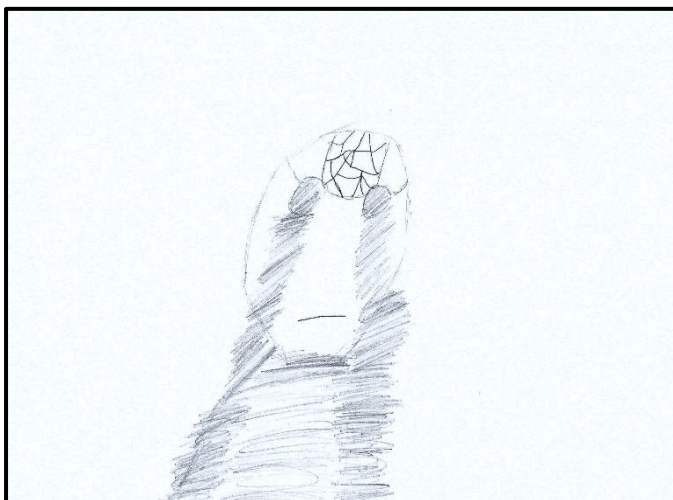


31.

O saber disfarçar

Quis me referir no meu desenho que não necessariamente uma pessoa com depressão sempre ficará triste, ela tem os momentos dela de tristeza e felicidade, no meu desenho a mesma com os amigos está alegre, tranquila, mas, em casa um pouco triste, sozinha. Mas também não necessariamente sempre com os amigos ficará feliz e em casa triste. Depende do dia, dos pensamentos.

L.M.N., feminino, 18 anos

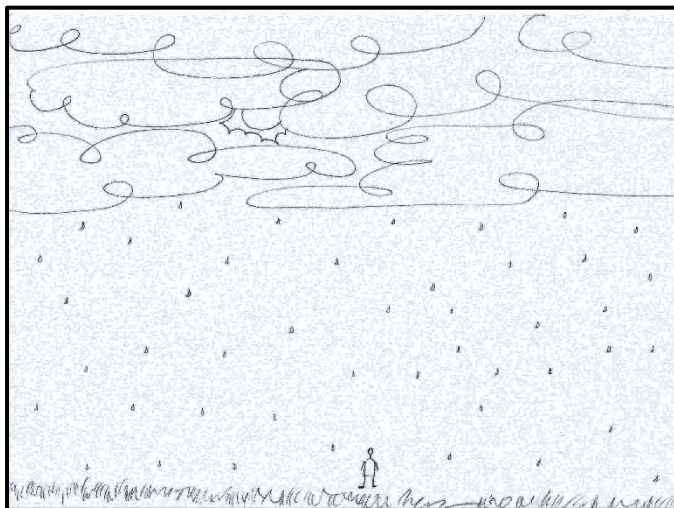


32.

Dor

O sentimento de se sentir incapaz de qualquer coisa, sentimento de total inutilidade, dor atrás de dor, difícil de explicar o sentir totalmente te bolear por inteiro.

L.N.M.S., masculino, 19 anos

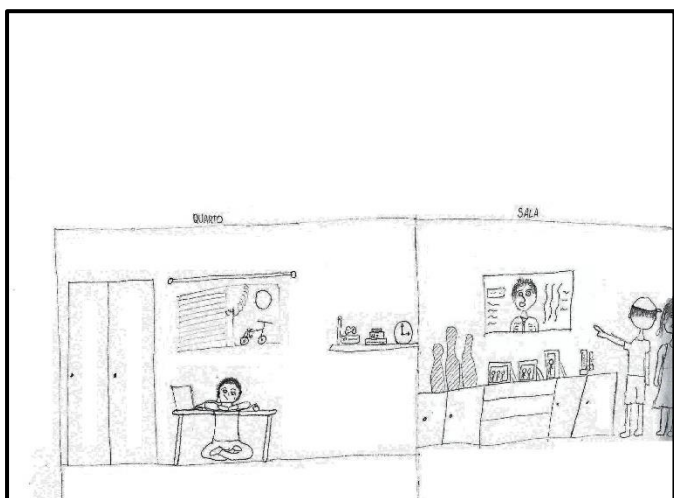


33.

Chuva

Meu desenho representa o sentimento de solidão. A chuva que cai é forte, barulhenta, danosa, violenta e deixa uma sensação de incerteza no ar, como se ela nunca fosse acabar.

L.S.S., feminino, 17 anos

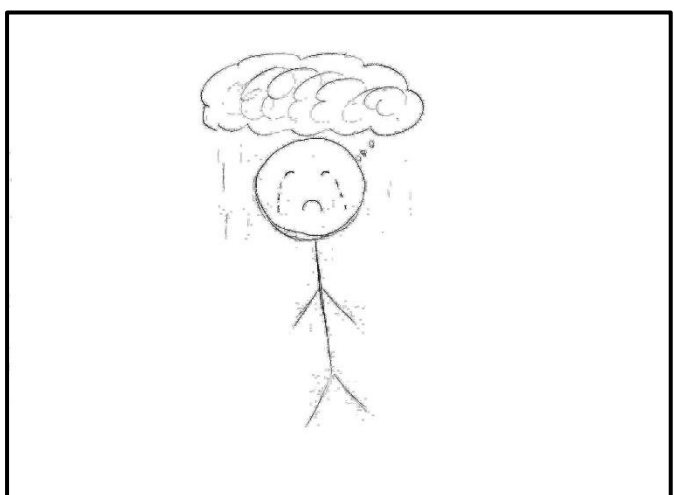


34.

Sozinho mesmo junto

Uma pessoa que passa cerca de seu dia somente no quarto, mesmo com uma casa repleta de pessoas, essa pessoa mesmo estando sozinha ela se sente segura por estar só e também pelo simples fato de viver no seu mundinho, ela se sente feliz com as suas coisas, porém essa pessoa sempre ouve coisas desnecessárias e coisas que lhe parecem ser de modo proposital para sempre lhe deixarem pra baixo, por isso prefere viver sendo feliz no quarto, mesmo sentindo falta de amor, carinho e de poder se expressar melhor e mostrar mais ainda o quão boa é aquela pessoa.

M.V.A., masculino, 17 anos

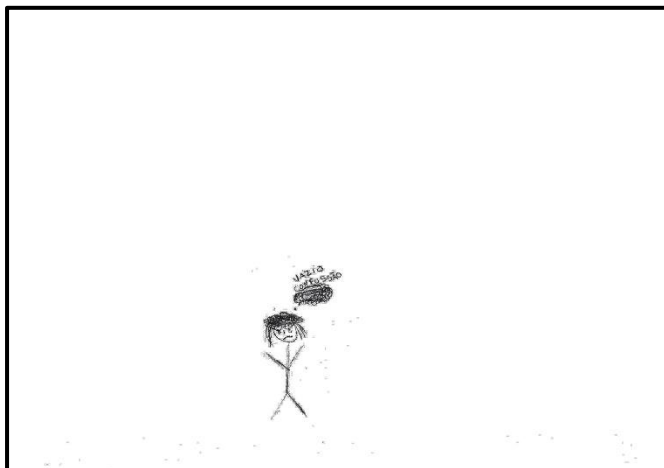


35.

Tristeza

Quando uma pessoa acaba desenvolvendo depressão, ela acaba se afundando na sua tristeza, e isso acaba se transferindo para sua vida real, e afeta as pessoas a seu redor e a maneira como você vê as coisas. Às vezes as coisas nem estão tão ruins, mas a sua tristeza acaba deixando o seu dia ruim.

N.S.P., feminino, 17 anos

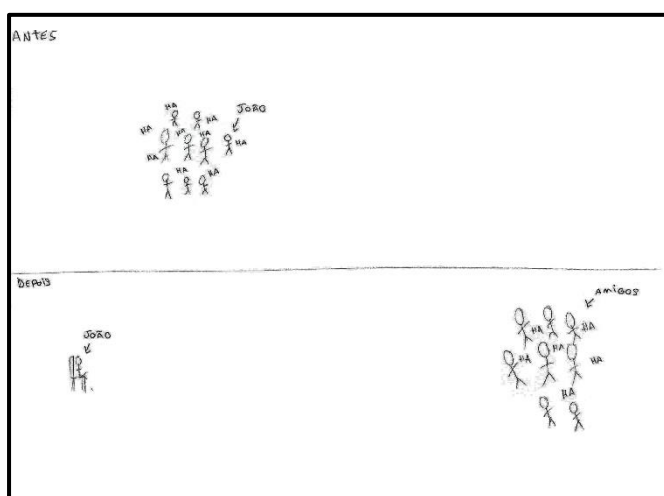


36.

A confusão

Aqui vemos uma pessoa confusa e que constantemente sente um vazio e não sabe como lidar com isso, se sente perdida boa parte do tempo.

P.C.E., feminino, 17 anos

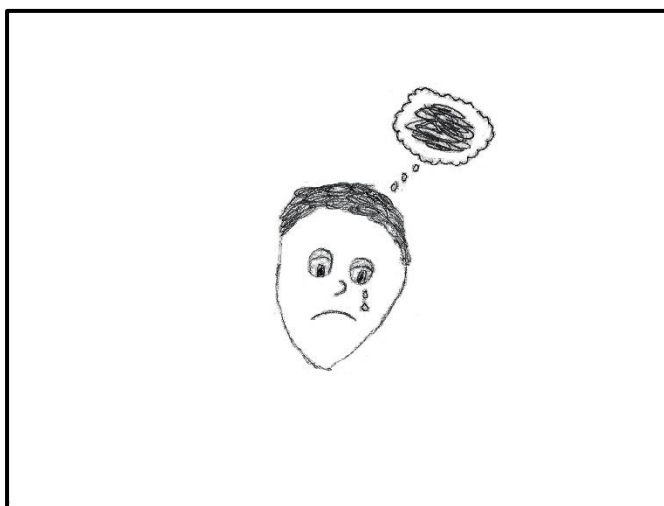


37.

O isolado

Antes João costumava se enturmar com todos e era feliz, mas depois começou a se sentir sozinho e se afastar, pois pensava que não era bem-vindo.

R.N, masculino, 19 anos



38.

Depressão- Uma luta consigo mesmo

Carlos era um garoto que estava na sua adolescência e passava por momentos muito ruins, não conseguia ter disposição para suas atividades cotidianas, se sentia sufocado, se sentia horrível e seus pensamentos eram seu maior inimigo, porém quando tentava buscar ajuda e desabafar com alguém, não conseguia colocar em palavras o que sentia e o que estava acontecendo.

R.S.O., masculino, 18 anos

4. E - Acolhimento: Escuta, Rodas de Conversa e Encaminhamentos

A primeira ação de acolhimento configurou-se na Escuta. Deu-se inicialmente no momento da coleta de dados. A cada participante foi oferecida em média 1 hora de atenção às suas questões. Tal conduta baseou-se no conceito winnicottiano de *holding*, necessário naquele momento do encontro.

As Rodas de Conversa, realizadas posteriormente, desenharam-se em mais uma forma de acolhimento aos participantes da pesquisa, similarmente baseados nos pressupostos do suporte, *holding*. As Rodas de Conversa partiram dos desenhos-estórias temáticos, configurando-se meio lúdico de abordagem ao conteúdo suscitado, a depressão e aspectos de saúde mental. Os desenhos refletiram questões levantadas nos encontros individuais. Nas Rodas encontrou-se espaço para trocas e possíveis elaborações.

Os Encaminhamentos encerraram o ciclo da pesquisa e se configuraram como mais um suporte.

A seguir, são descritos os achados nas Rodas de Conversa realizadas na Escola 1 e na Escola 2, dadas as particularidades de cada momento.

4.E.1 Escola 1

As Rodas de Conversa realizaram-se no formato *on-line*, sugerido pelos próprios adolescentes visto que, naquele momento, havia o cenário da pandemia de Covid-19 no Brasil, e por isso a modalidade *on-line* apresentava-se como lugar familiar e com possibilidade de maior flexibilidade na agenda dos envolvidos. Era o acolhimento que precisam naquela ocasião e a conduta possível na situação. A sugestão foi aceita, tendo como embasamento o fato de a pesquisadora já ter tido experiências exitosas com grupos de adolescentes *on-line* (Sá, Sanchez, Rosa & Tardivo, 2021). O encontro com os adolescentes da Escola 1 delineou-se consequentemente, numa pesquisa híbrida: presencial e *on-line*.

Marcou-se duas datas com horários divididos de modo que grupos menores se formassem. Disponibilizou-se o *link* a todos, pois, àquela altura os contatos já haviam sido trocados. O mesmo *link* foi disponibilizado à direção da escola, caso quisesse dizer algo nos minutos iniciais das rodas. O convite estendeu-se a todos os alunos do terceiro ano das 2 turmas, e a formação dos grupos ocorreu de forma aleatória, sem separação de participantes dos grupos Clínico ou Controle. Apenas os participantes da pesquisa compareceram.

Cumpriram-se 5 Rodas de Conversa, sendo 3 em uma data e 2 em outra, no mês de dezembro de 2021. Pela quantidade de compromissos dos adolescentes terceiranistas, realizou-se, portanto, um encontro com cada grupo, que contou com uma média de 5 participantes. Cada encontro durou cerca de 1 hora e 30 minutos por grupo. Nestes encontros foi garantido o sigilo aos participantes.

Base para os encontros foram os conteúdos levantados no Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema. Entre os apontamentos a partir da temática, o que prevaleceu foi espaço para se falar sobre os sentimentos de vazio, solidão, e dificuldade de pedir ajuda. Nessa oportunidade, reforçou-se, inclusive, a importância do acompanhamento profissional mediante encaminhamentos, e por consequência, endereços e contatos de serviços de apoio.

Os participantes, portanto, puderam demonstrar as questões que quiseram compartilhar com o grupo. A Figura 2 representa o que foi recorrente nos 5 grupos realizados.

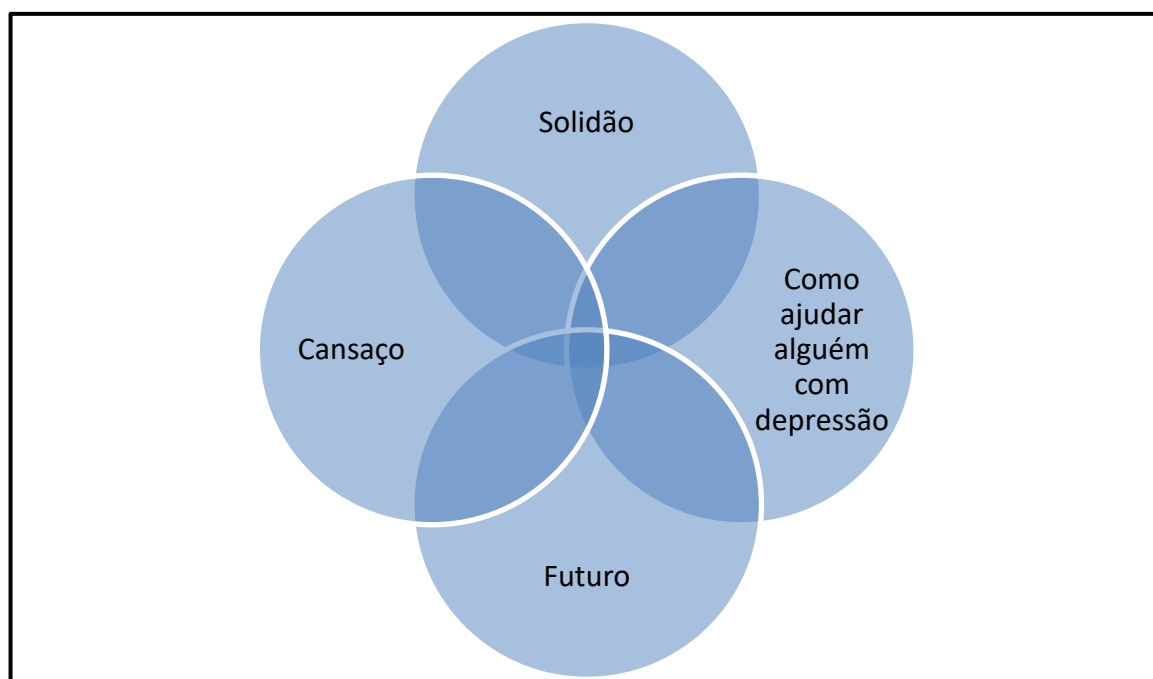


Figura 2: Temas em comum nas Rodas de Conversa na Escola 1

4.E.2 Escola 2

Na Escola 2, as Rodas de Conversa realizaram-se no formato presencial no segundo semestre escolar de 2022, após encerramento dos protocolos individuais. Com o auxílio da direção escolar formou-se 3 grupos, e houve 2 encontros com cada um. Organizou-se os grupos como A, B e C. Cada grupo contou com média de 10 adolescentes. O convite foi direcionado a todos os alunos do terceiro ano do Ensino Médio das 3 turmas existentes na escola. A formação dos grupos foi feita de forma aleatória, sem separação de participantes que compuseram os grupos Clínico ou Controle no desenho metodológico. Observou-se que apenas os voluntários da pesquisa compareceram.

A base para os encontros foram os D-E(T). As produções possibilitaram o levantamento de eixos temáticos correlacionados à depressão, e serviram de mediadores para as Rodas de Conversa. No primeiro encontro, houve as primeiras trocas na Roda de Conversa. Além disso, solicitou-se os desenhos temáticos sob a orientação “desenhe uma pessoa com depressão e conte uma história”. No segundo encontro, por ser a depressão o mote da proposta e tema central do estudo, e, a fim de registrar as trocas e elaborações que emergiram, propôs-se que fizessem cartazes contendo de um lado, em cor ‘vermelha’, os aspectos levantados nas histórias e demais associações feitas sobre o sofrimento psíquico denominado depressão; e no lado direito, na cor ‘azul’, as proposições de enfrentamento e possibilidades de alívio e conforto mediante a dor emocional vivida, ou observada.

No grupo A, as significações atribuídas à depressão nos D-E(T) giraram em torno de solidão, vazio, questões familiares, autocobrança, paralisação, disfarce da dor, culpa, falta de energia, falta de prazer. Outras percepções foram surgindo ao longo da Roda de Conversa, tais quais, sentimento de estar quebrado, prejuízo a outras pessoas, comprometimento das atividades de vida diária, cansaço, disfunção do sono, e a compreensão da depressão como um dano à saúde. Propuseram como meios de lidar com o sofrimento emocional: rede de apoio, aceitação, esporte, dignidade financeira, boa alimentação, uma boa rotina, vida social ativa, leitura, banho, músicas, convivência social, *pets*, meditação, *hobbies*, yoga, autocuidado, terapia.

No grupo B, as significações dadas à depressão nos D-E(T) apontaram para: solidão, culpa, isolamento, vazio, carência, pressão, passado, traumas, baixa autoestima, problemas de sono, morte e suicídio. Os adolescentes foram associando ainda, ao longo da roda, percepções de *bullyng*, dificuldade de fazer amigos, amargura, ansiedade. Alvitram como meios para lidar com a depressão terapia, aceitação, autoconhecimento, ocupar a cabeça com pequenas

atividades, música, esporte, cantar, desenhar, demonstrar os sentimentos, ler, inclusão social, companhia, e, tempo.

No grupo C, as significações ligadas à depressão referidas nos D-E(T) giraram em torno de: sentimento de vazio, solidão, perdas, privação, problemas familiares, passado, traumas, morte e suicídio, desordem e bagunça. As elaborações de que se pode lidar e é possível amenizar os impactos da depressão, seria possível por meio de: filmes, dança, ser carinhoso, praia, amizade, cachorro, *call* com amigos, academia, cozinhar, amor, sorvete, família, música, risadas, leitura, abraços, arte, ir pra rua, e, tempo.

A seguir estão apresentadas imagens dos encontros e do material elaborado.

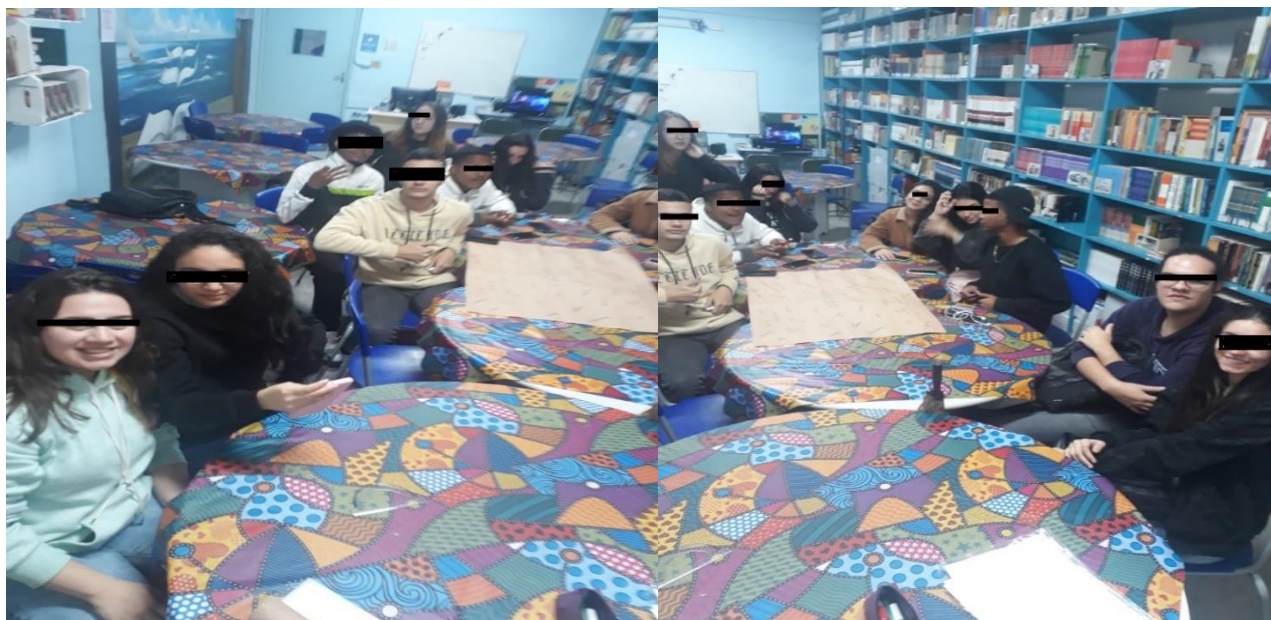
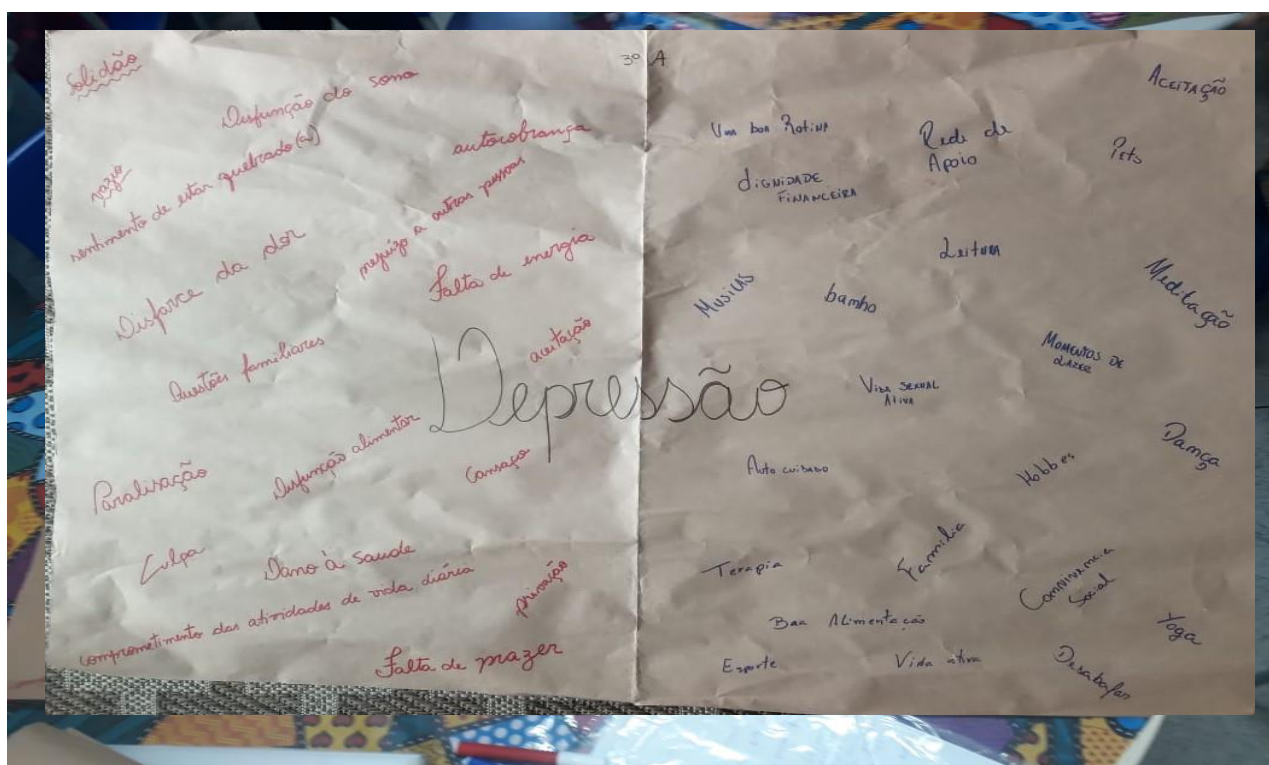


Figura 3: Encontro com grupo A



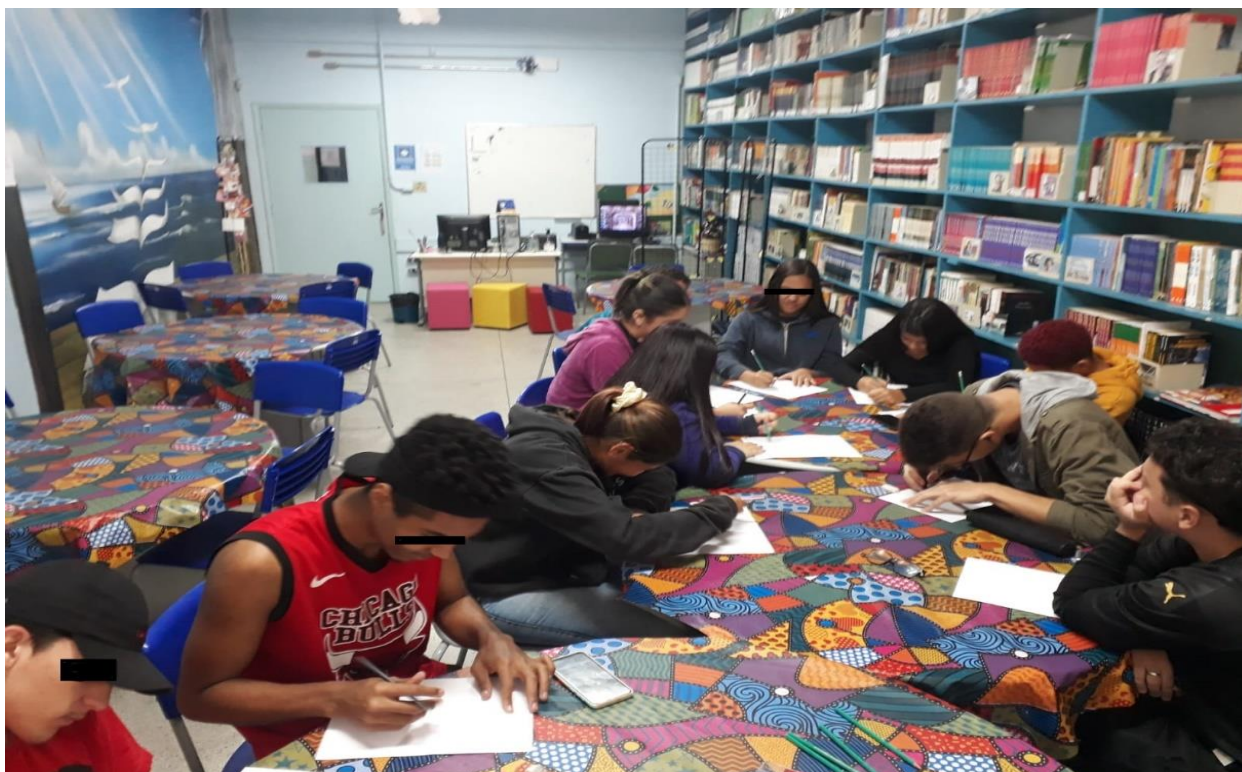


Figura 5: Encontro com grupo B

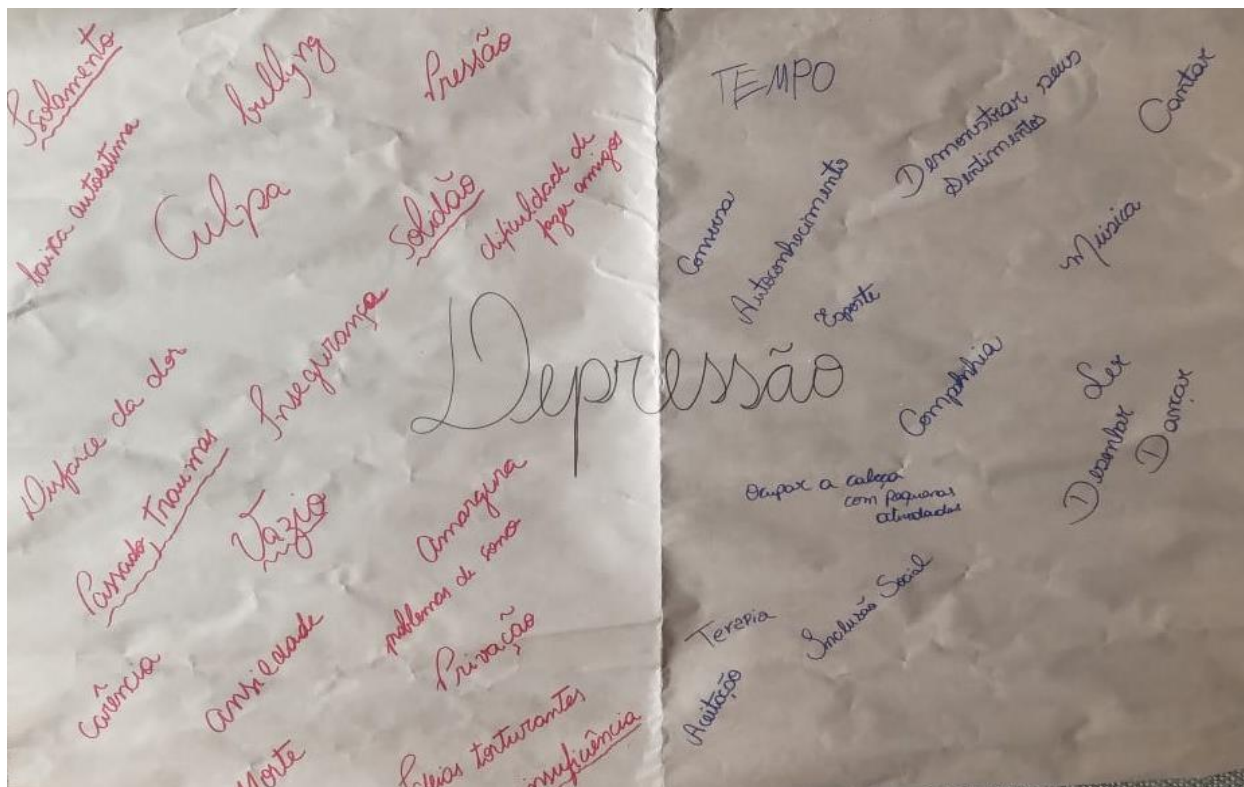


Figura 6: Significações da Depressão e meios de lidar propostas pelo grupo B



Figura 7: Encontro com grupo C

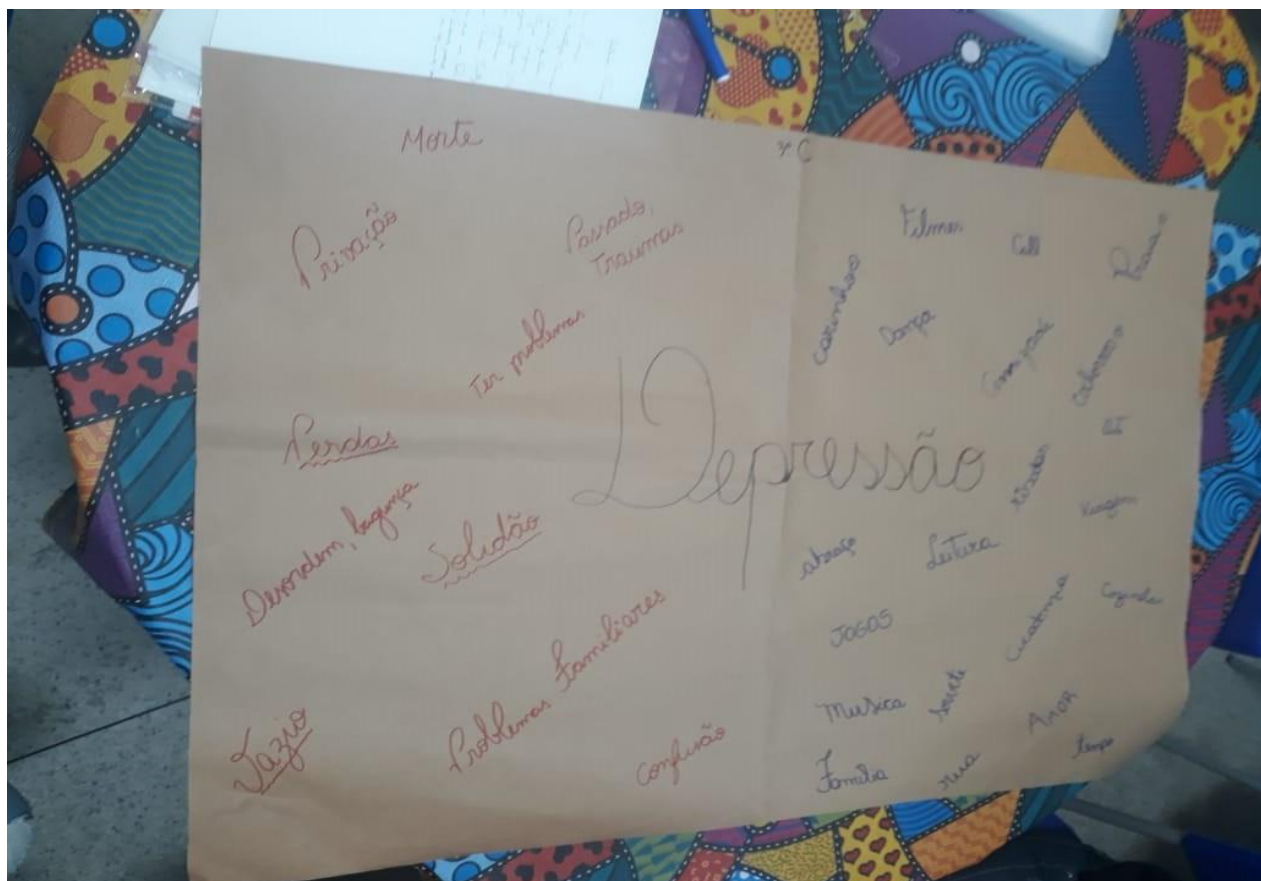


Figura 8: Significações da Depressão e meios de lidar propostas pelo grupo C

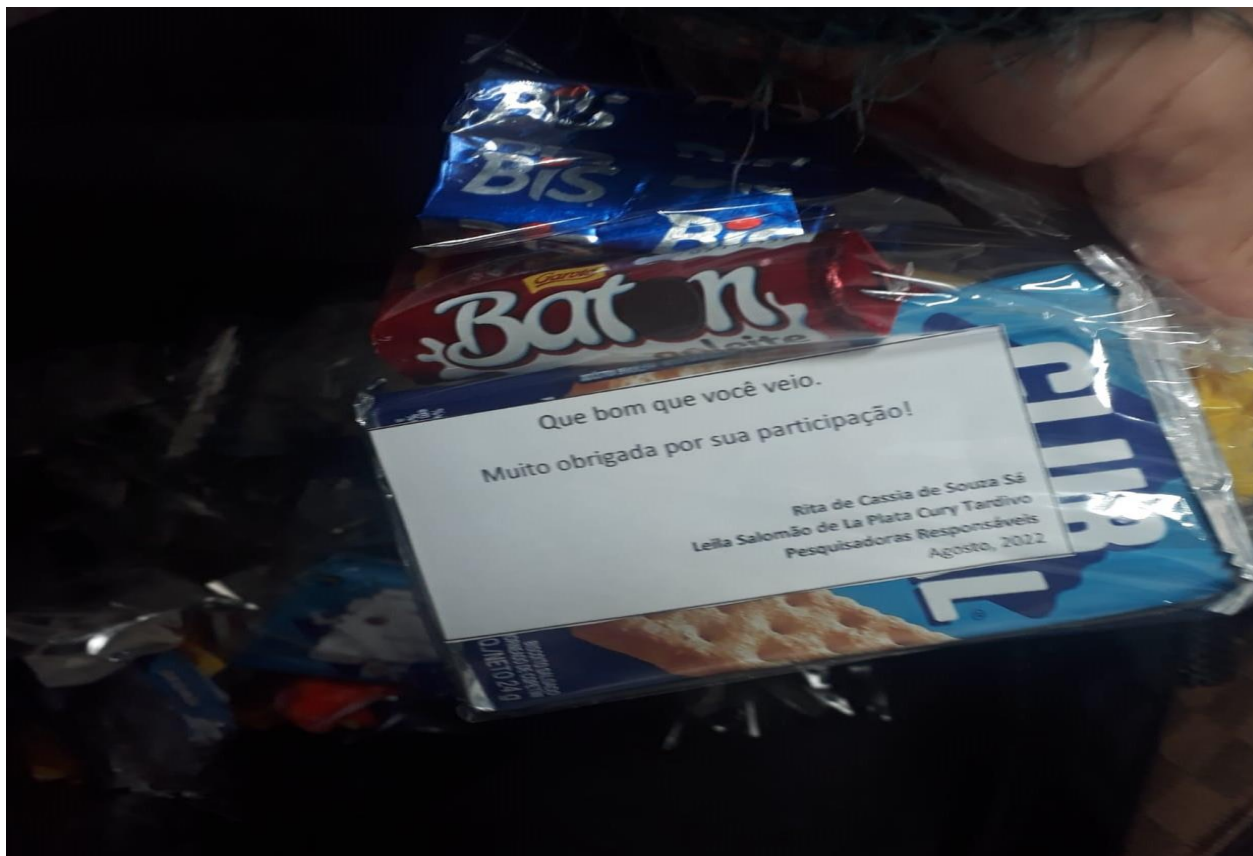


Figura 9: Encerramento e agradecimento

CAPÍTULO V: DISCUSSÃO

*“Será que ninguém vê
O caos em que vivemos?
Os jovens são tão jovens
E fica tudo por isso mesmo
A juventude é rica, a juventude é pobre
A juventude sofre e ninguém parece perceber”*

(Renato Russo - Aloha)

Os resultados obtidos no presente estudo puderam ser vistos sob perspectiva quantitativa, à medida que foram analisados os resultados do Questionário Desiderativo; assim como, os dados sobre a correlação depressão \times ansiedade; idade e sexo dos participantes. Aspectos qualitativos também foram apontados ao longo dos resultados, especialmente, quando se examinou as produções oriundas do Procedimento de Desenho-Estória com Tema e as Ações de Acolhimento, com especial foco nas Rodas de Conversa; coadunando com Triviños (1992) ao entender que “toda pesquisa pode ser, ao mesmo tempo, quantitativa e qualitativa” (p. 118).

Compuseram a amostra 50 adolescentes entre 17 e 19 anos de idade. No entanto, coletou-se 61 protocolos nas duas escolas, salientando-se que a Escola 1 atingiu um total de 22 respondentes e na Escola 2 obteve-se 39 participações. Para iniciar a análise quantitativa foram separados primeiramente todos os estudantes que não pontuaram para depressão moderada a grave averiguado no BDI-II, ou seja, os que pontuaram 19 pontos ou menos. Este grupo alcançou 25 adolescentes, que compôs o Grupo Controle. Importante salientar que os participantes do Grupo Controle também pontuaram para depressão, nesse caso, intensidade mínima e intensidade leve; o que se conforma com as colocações de variados autores quando compreendem a adolescência como um complexo sintomático, uma ‘síndrome normal’ (Knobel, 1981); ou a experiência de uma “patologia normal”, tornando-a uma nocividade profícua (Winnicott, 1960/1983). Os achados parecem indicar que a depressão em níveis leves, ou certa “posição depressiva” (Klein, 1935/1945/1996b) fazem parte da experiência da adolescência, e das profundas transformações inerentes a ela. Nesse sentido, faz-se necessário salientar que embora haja tais conformidades de certa normalidade em aspectos depressivos na adolescência, o que se encontrou no ambiente escolar foi dificuldade em compor este grupo, o controle. Dito de outra maneira, o adolescente encontrado parece apontar para sofrimento psíquico que transborda esses limites de certa normalidade. Estas percepções vão de encontro a observações já feitas por grandes teóricos da adolescência como Maurício Knobel (1981) ao

indicar na sua experiência psicanalítica com adolescentes, que “os verdadeiros transtornos psicopatológicos são a expressão magnificada e distorcida da ‘crise normal’ da adolescência” (p.5).

Para compor o Grupo Clínico, incluiu-se número equiparado, ou seja, igualmente 25 participantes, escolhidos de forma aleatória, o que significa dizer que 11 protocolos não foram incluídos no presente estudo, entretanto, tal dado pode ser sustento para alguns apontamentos qualitativos. Indo nesta direção, é necessário se fazer tal observação, em outras palavras, de 61 respondentes somente 25 não pontuaram para depressão moderada a grave, o que corresponde a 40.9% dos participantes sem sinais do transtorno no nível mais significativo. Em outros termos, 59.1% dos escolares pontuaram para depressão moderada a grave no BDI-II. Todos os voluntários e responsáveis foram comunicados. Embora esta não seja a amostra inserida na análise estatística, é um dado preocupante sabendo-se que, de acordo com a OPAS (2018), há considerável dificuldade em detectar a depressão grave na adolescência, o que coaduna com as considerações de Pinto et al (2018), quando entende que a depressão entre o público adolescente é comumente subdiagnosticada em todo o mundo. Outro dado preocupante, ainda de acordo com a OPAS (2018), é que 16% da população adolescente sofre de transtornos mentais, e a depressão ocupa o 9º lugar, levando os jovens atingidos à incapacitação. O agravamento do quadro depressivo na adolescência é preocupação iminente, um fenômeno urgente da sociedade atual, dados os desdobramentos observados.

Infere-se neste ponto, que na sociedade atual parece haver certa inversão das indicações feitas por Knobel (1981) ou Winnicott (1960/1983). Na atualidade, amiúde, o que aparece como dificuldade é encontrar adolescentes que estejam atravessando apenas a ‘crise normal’ (Knobel, 1981), ou a experiência de uma “patologia normal” na adolescência (Winnicott, 1960/1983). O adoecimento psíquico que talvez se apresentasse de maneira excepcional na adolescência há algumas décadas, como observado pelos autores mencionados, parece ter dado espaço a crescente índice de adoecimento psíquico entre os jovens, no presente.

O primeiro item quantitativo analisado nos resultados da pesquisa diz respeito a idade dos voluntários. A faixa etária dos participantes esteve entre 17 e 19 anos, correspondendo a fase final da adolescência, de acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde OPAS (2018), que compreende esta fase como inserida no intervalo entre 10 e 19 anos de idade. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as faixas de 17, 18 ou 19 anos de idade entre os grupos. Contudo, os achados na pesquisa apontam que os adolescentes do Grupo Controle se concentraram na faixa dos 17(80%) e 18 anos (20%); enquanto o Grupo Clínico contou igualmente com a maioria de participantes com 17 anos (64%), no entanto, com mais

jovens de 18 anos se comparado ao Controle (28%), e foi apenas nesse grupo que houve adolescentes de 19 anos de idade (8%), demonstrando haver certa tendência ao surgimento e permanência do sofrimento psíquico nos anos finais da adolescência. Analisando qualitativamente, vai-se de encontro a Magalhães e Dessen (2015), ao salientarem que são os anos finais da adolescência notadamente estressantes, entre outros fatores, devido a consolidação do seu desenvolvimento; o que coaduna com a OMS (2023), alertando que juvenis entre 15 e 24 anos de idade apresentam maior risco de adoecimento psíquico de forma grave, inclusive, risco maior para suicídio.

Quando se analisou os dados referentes ao sexo, não se encontrou diferenças significativas do ponto de vista estatístico, no entanto, observou-se que entre o Grupo Clínico 56% da amostra foi do sexo feminino, isto é, a maioria dos participantes; enquanto no Grupo Controle, inverteu-se, o total feminino foi de 48%. Tal achado vai de encontro aos resultados obtidos por múltiplos autores, que apontam maior vulnerabilidade do sexo feminino para desenvolvimento da depressão significativa, em consequência de questões sociofamiliares, culturais, fatores biológicos, ambientais e psicológicos que estão na origem da etiologia dessas diferenças entre os sexos (Martin & Mari, 2007; Rodrigues & Caroso, 1998; Justo & Calil, 2006; Rohde et al, 2014; Batista et al, 2017), apontando-se mesma incidência de depressão entre o sexo feminino na população adulta, assim como, na população adolescente (Baptista, 1999; Dimidjian, Barrera, Martell, Muñoz, & Lewinsohn, 2011; Coutinho & Coutinho, 2018; Santos et al, 2019).

Ao investigar a provável correlação de depressão e ansiedade, foi viável perceber que 64% dos voluntários do Grupo Clínico apresentaram concomitantemente sinais de ansiedade igualmente moderada a grave, indicando significância estatística com $p < 0.001$, o que denota, conseqüentemente, a correlação depressão e ansiedade. Nesse sentido, no presente estudo encontrou-se sinais de que quando se desenvolve depressão há chance significativa para o desenvolvimento adjunto de ansiedade clinicamente relevante. Os achados conformam com os apontamentos de Bahls (2002); Grolli, Wagner e Dalbosco (2017) que compreendem ser frequentes os fenômenos associados de depressão e ansiedade, sem exclusão, durante a adolescência. Assumpção Junior e Kuczynski (2003) entendem que desenvolver um transtorno como a depressão é em si fator de risco para desenvolvimento de quadro comórbido, em outras palavras, há risco inerente para o desenvolvimento da ansiedade.

Ao examinar os achados no Questionário Desiderativo do ponto de vista quantitativo, delineou-se tendência de não haver significância estatística entre os grupos. Infere-se neste ponto que tais achados podem ter relação com o fato da dificuldade acima mencionada, ou seja,

a dificuldade em compor um grupo controle. No mundo em que vivemos na atualidade, parece haver tendência ao adoecimento da população adolescente, o que inclusive é alertado pela OPAS (2018; 2023) e OMS (2017/2022), e por isso, deduz-se que, o sofrimento entre os adolescentes se aproxime, embora, haja marcadas diferenças clínicas no indivíduo que sofre de depressão moderada a grave. Outro ponto que se levanta deve-se ao fato que o indivíduo em depressão moderada a grave pode conservar aspectos que entram em conformidade com os pares, especialmente entre os adolescentes que trazem características de sofrimentos e vulnerabilidades inerentes a fase da adolescência, como alertados pelos variados autores mencionados (Knobel,1981; Winnicott, 1960/1983; Winnicott, 1960/2022; Tardivo, 2004; Magalhães & Dessen, 2015; Bahls, 2002; Grolli, Wagner & Dalbosco, 2017), entre outros.

Todavia, houve diferenças e serão apresentadas no decorrer desta discussão. Assim como, apontamentos qualitativos serão levantados, tendo em vista que o Questionário Desiderativo é uma técnica projetiva que fornece informações acerca do funcionamento psicodinâmico, como recursos defensivos, força do ego e aspectos afetivos (Nijamkin & Braude 2000; Tardivo, 2017). Compreender aspectos dos respondentes por meio do Questionário Desiderativo entra em consonância com Grassano (1997) que compreende a técnica projetiva como uma criação que expressa a maneira pela qual o indivíduo estabelece contato com a realidade interna e externa. As instruções ou os estímulos destes instrumentos atuam, pois, como os mediadores das relações vinculares que mobilizam variados aspectos de sua vida emocional; por esse motivo, são chamados testes projetivos ou de projeção da personalidade.

Nos Aspectos Gerais do Questionário Desiderativo, dois fundamentos estão envolvidos: Perseveração e Respostas Antropomórficas. Assim sendo, o primeiro item foi a Perseveração, observada quando o respondente apresenta mais de um símbolo em um ou mais reinos nas catexias positiva, negativa ou ambas. O Grupo Controle perseverou mais na catexia positiva (88%) e o Clínico mais na catexia negativa (68%). Observadas as catexias positiva e a negativa juntas, 60% do Grupo Controle perseverou, assim como, 56% do Grupo Clínico, portanto, quando unidas as catexias, o Grupo Controle perseverou mais. Não houve diferenças significativamente relevantes do ponto de vista estatístico.

Partindo-se para apontamentos qualitativos acerca da Perseveração, recorre-se novamente a Nijamkin e Braude (2000), que definem a Perseveração como um tipo de fracasso na identificação projetiva, esta última suscitada como base fundamental do teste. “Isto tem a ver com a rigidez da utilização do mecanismo. Uma vez escolhido o reino, custa ao sujeito desidentificar-se deste reino, e escolher algo novo ou diferente” (p.34). Ao elucidar o conceito

de catexia, encontra-se como definição “escolhas que supõem um deslocamento de energia” (Ocampo & Arzeno, 2009, p. 66). Percebe-se que o Grupo Clínico, composto por adolescentes que pontuaram para depressão moderada a grave encontrou mais fracassos na catexia negativa. Seguem Nijamkin e Braude (2000) esclarecendo que a catexia negativa corresponde a aspectos dos quais se quer desfazer ou rejeitar. Nessa linha de raciocínio, pode-se suspeitar que os adolescentes com depressão moderada a grave (Grupo Clínico) podem ter mais dificuldade de deslocar a energia para simbolizar os aspectos que rejeitam em sua constituição. Ao perseverar mais na catexia negativa demonstram mais tendência a rigidez para utilizar o mecanismo de deslocamento e enfrentamento de aspectos diferentes que gostariam de se desfazer; assim, manteriam o aspecto já levantado, sem precisar lidar com as diferenças suscitadas pelo desiderativo.

O segundo item observado foram as Respostas Antropomórficas que se definem quando as escolhas do participante se traduzem em elementos pára-humanos, aqueles nos quais ainda está presente a identidade humana, mas não é humano. No Grupo Clínico revelou-se 8% de respostas antropomórficas na catexia positiva, e 4% na negativa. Quanto ao Grupo Controle, houve 4% de resposta antropomórfica na catexia positiva e nenhuma indicação na negativa, bem como, quando agregadas as duas catexias nenhum dos grupos delineou o possível quadro. Do ponto de vista quantitativo, não houve significância estatística entre Grupo Clínico e Grupo Controle.

Passando-se a apontamentos qualitativos, de acordo com Nijamkin e Braude (2000), as respostas antropomórficas no Questionário Desiderativo têm suas relações com a repressão básica e com processo de dissociação. A repressão é concebida como um processo psíquico universal, que estaria na origem do inconsciente, como domínio separado do resto do psiquismo. “Em sentido amplo: operação psíquica que tende a fazer desaparecer da consciência um conteúdo desagradável ou inoportuno: ideia, afeto, etc” (La Planche & Pontalis, 1991, p.457). Quanto à dissociação, a compreensão abordada em Freud (1901;1905) vai além da ideia de dissociação como cisão e somente uma defesa do ego, “mas, uma forma de conseguir a coexistência de dois procedimentos de defesa, uma dirigida à realidade (negação), o outro em relação a pulsão, podendo ir além disso, este último conduzir a formação de sintomas” (Nijamkin & Braude, 2000, p.29).

Na emissão de respostas antropomórficas no QD, pode-se captar fracasso na repressão básica e na primeira dissociação, manifestando-se no não desprendimento dos aspectos humanos da identidade, conforme Nijamkin e Braude (2000). Para as autoras, tal fracasso diz respeito a falha no desenvolvimento evolutivo psicosexual que visa progresso do aparato

psíquico. Com estes apontamentos, ao visitar os achados dos adolescentes participantes da pesquisa, foi possível perceber respostas antropomórficas nos dois grupos: o clínico e o controle; no entanto, no Grupo Clínico há mais indicações. Na catexia positiva foram duas respostas dos adolescentes com depressão moderada a grave (“*um anjo*”¹⁺; e “*uma super-heroína*”¹⁺), descartadas nos aceites finais dos símbolos, já que necessitaram indução. No Grupo Controle houve uma indicação (“*um saiyajin*”¹⁺). Na catexia negativa a indicação apresentada foi no Grupo Clínico (“*um fantasma*”³⁻). Para Nijamkin e Braude (2000, p. 31) é complexo explicar o fenômeno das respostas antropomórficas, especialmente quando o respondente não é mais criança. Seguem apontando que, por não suportar a consigna que o “mata” o respondente “efetua uma re-negação deste impacto concreto, sobrepondo-se a este através de uma identificação com um objeto que não deixa de ter qualidades humanas”. Nesse sentido, ao perceber mais respostas antropomórficas dos adolescentes que pontuaram para depressão moderada a grave, pode haver certa tendência nesse grupo à falha na repressão básica e dissociação, necessárias ao desenvolvimento do aparato psíquico.

Nos Aspectos Específicos, contemplam-se os itens Adequação à Consigna, Qualidade da Resposta, Dissociação, Identificação Projetiva, Racionalização, Perspectiva Vincular da Resposta e Tempo de Reação; bem como, Símbolos em cada reino, e o Índice de Força de Ego.

Primeiramente, investigou-se a ‘Adequação à Consigna’, traduzida na capacidade da vivência de maneira imaginativa, de permitir simbolicamente o ato de se olhar como não humano sem sentir o Ego atacado; é, pois, a capacidade de realizar o teste. Tardivo (2017), para fins de análise, classificou as respostas neste item como ‘adequadas’ (quando o participante responde voluntariamente), ‘inadequadas’ (quando paralisa e não consegue inicialmente simbolizar dando respostas que demonstram ter sentido o Ego atacado) e, ‘por indução’ (quando o aplicador necessita oferecer suporte). Os adolescentes do Grupo Clínico emitiram mais respostas inadequadas (16%) na catexia positiva em relação ao Grupo Controle (4%). Na catexia negativa, não houve respostas inadequadas entre os grupos. Sobre as respostas adequadas, o Grupo Controle apresentou levemente mais tendência na catexia positiva, e na catexia negativa emitiram a mesma quantidade de respostas adequadas no total. Nas respostas por indução, os grupos apresentaram desempenho similar em ambas as catexias. Interessante notar quantidade elevada de induções, especialmente, no reino vegetal: 88% no Grupo Controle e 84% no Grupo Clínico na catexia positiva, que necessitou mais. Não foi possível detectar diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Embora não tenha havido diferença estatística entre os grupos em referência às respostas inadequadas, isto é, quando o participante sentiu a consigna como um ataque concreto

à integridade de seu Ego (com respostas por exemplo “se eu não fosse humano não queria ser nada”) foi possível notar apontamentos qualitativos relevantes: no Grupo Controle, apenas um dos respondentes emitiu uma resposta inadequada no reino vegetal positivo (“*eu gosto de ser apenas EU, apesar de todos os problemas, não queria ser mais NADA*”), enquanto no Grupo Clínico observou-se 4 emissões (“*não gostaria de ser NADA – já foi tudo*” 3+; “*Seria EU de novo, porque não queria ser mais NADA*” 3+; “*Não seinão seria NADA.... me fala alguma coisa pra ajudar...*” 2+; “*acho que se não fosse uma pessoa, não gostaria de existir*” 1+). Todas as respostas inadequadas foram descartadas nos aceites finais dos símbolos, já que necessitaram indução, entretanto, conservam os aspectos qualitativos, de considerada importância. Para Nijamkin e Braude (2000) “a repressão básica e a primeira dissociação instrumental neste teste se expressam através da capacidade de discriminar entre a fantasia e a realidade, reconhecendo a consigna como disparador de uma situação lúdica, não real, mas de “como se” simbólico (p. 29). Complementam as autoras, “isto implica, por um lado, em aceitar a consigna como um jogo que sugere ao sujeito que imagine temporariamente que pode ser não humano, podendo aceitar as diferentes possibilidades de re-identificação” (Nijamkin & Braude, 2000, p. 29).

Nesse sentido, a Adequação à Consigna sugere flexibilidade e capacidade de adaptação, enquanto respostas inadequadas indicam possibilidade de fracasso na repressão básica e dissociação. Os adolescentes que pontuaram para depressão moderada a grave (Grupo Clínico) demonstraram mais respostas inadequadas, o que pode ser indicativo de dificuldades de adequação em diferentes âmbitos da existência, com pouca flexibilidade; demonstrando ainda certa tendência a se sentirem atacados, e com relutância na possibilidade de re-identificação do Ego.

No aspecto Qualidade da Resposta configurada em perceber a qualidade do símbolo e sua respectiva racionalização, cognominam-se no tipo convencional ou comum, caracterizadas pelos símbolos que a maioria convoca; em respostas do tipo originais, reconhecidas como mais elaboradas com detalhes mais particulares, criativos, intuitivos, portanto, não sendo aludido pela maioria dos respondentes no QD; ou ainda, em símbolos considerados bizarros, estes marcadamente diferentes por serem inapropriados.

Observou-se que o Grupo Clínico emitiu mais respostas do tipo convencional em todo o teste, e consideravelmente menos respostas originais, configurando um cenário desenhado como o Grupo Controle emitindo notadamente mais respostas do tipo original e menos respostas convencionais ou comuns. A Qualidade da Resposta foi o único item do ponto de vista quantitativo que evidenciou a diferença entre os grupos, porém de fundamental relevância, e que evidenciou cabal discrepância encontrada neste estudo acerca das relações

entre o QD e a depressão entre o público adolescente. No último reino da catexia negativa, isto é, o reino vegetal a distinção se confirma de forma relevante. Dito de outra maneira, confirmou-se que 56% das respostas foram originais no Grupo Controle e apenas 4% no Clínico, configurando-se assim em diferença estatisticamente significativa com *value* 0.493 e $p < 0.001$. Em congruência com Nijamkin e Braude (2000) as respostas originais requerem flexibilidade mental e a elaboração de símbolos mais criativos e intuitivos, o que foi mais observado no Grupo Controle. No Grupo Clínico se delineou tendência em respostas comuns, convencionais, parecendo indicar certo empobrecimento criativo e intuitivo dos respondentes. Os achados de que a qualidade dos símbolos desiderativos podem ser importante indicativo das diferenças entre adolescentes que desenvolveram depressão moderada a grave e adolescentes que não apresentam tal quadro, é um dado que confirma os resultados preliminares do presente estudo, apresentados quando a amostra estava ainda em construção (Sá & Tardivo, 2022).

As respostas do tipo Bizarra não foram emitidas pelo Grupo Controle, mas pelo Grupo Clínico sim: foi 1 indicação no reino animal positivo (“*uma REDE INTERLIGADA, meio que com vida eterna*”); 4 emissões no reino inanimado positivo (“*ALGO SINTÉTICO... estaria constantemente em evolução, ajudaria novas gerações e não seria extinto, estaria em constante evolução, algo com uma inteligência artificial*”; “*queria ser UMA COISA DO AR, dá pra ver tudo o que acontece no planeta, ou uma ESTRELA, porque o brilho dela é bonito e como a gente não consegue ver o brilho a todo o tempo, mas quando a gente vê é bonito*”; “*uma GALÁXIA ou A TERRA, porque a Terra sempre vai existir, eu ia viver para sempre*”; “*queria ser UM DIA ENSOLARADO, ou o próprio SOL – grandioso, sol me deixa feliz, me lembra felicidade, amo*”); 2 respostas no reino vegetal positivo (“*Uma ESTRELA CAINDO – triste, mas acho lindo, gosto muito de ficar admirando a queda*”; “*Um QUASE-DEUS, um ser superior, onipotente, algo maior*”); apareceu ainda 1 referência no reino animal negativo (“*UM ESTABELECIMENTO QUE VAI MUITA GENTE - porque vai muita gente, muito barulho; por causa disso: as pessoas; não quero pessoas*”); ainda houve mais 2 referências no reino inanimado negativo (“*Uma estrada tipo ESTRADA DA MORTE- acho muito perigoso, causa muitas mortes, tem muita despedida, pode até levar pra lugares legais, mas, não gostaria*”; “*um planeta, não, O PLANETA TERRA porque as pessoas não cuidam direito dela, teria poder de destruir quem não cuidasse*”). Todas as respostas precisaram de indução posterior.

Foram 10 indicações de respostas consideradas bizarras, notadamente diferentes, referenciadas por adolescentes que pontuaram para depressão moderada a grave, portanto, componentes do Grupo Clínico, enquanto nenhum adolescente do Grupo Controle emitiu

respostas com tal qualidade. Embora quantitativamente não tenha havido diferença estatística para a emissão de símbolos bizarros, infere-se que os indicativos qualitativos são relevantes, o que pode coadunar com as observações de Tardivo (2017), ao compreender as respostas bizarras como aquelas comumente compatíveis com a existência de uma psicose, psicopatia ou um quadro orgânico mais grave. Nesse sentido, pode-se pensar que adolescentes com depressão moderada a grave tendem a indicar mais respostas bizarras.

Aspecto analisado a seguir foi a Dissociação, categorizada em respostas ‘adequadas’ e ‘inadequadas’ (Tardivo, 2017). A Dissociação refere-se à identificação de aspectos valorizados e desvalorizados, indicando reconhecimento e recursos do respondente para lidar com as ansiedades suscitadas pelo teste, conseguindo, pois, distinguir os símbolos e racionalizações em suas respectivas catexias, a positiva e a negativa, conforme Nijamkin e Braude (2000). Seguem as autoras, conduzindo que a Dissociação “é reconhecida no teste através da possibilidade de discriminar, dentro de cada símbolo, e no total do teste, os aspectos valorizados dos aspectos rejeitados em si; implica um reconhecimento dos aspectos que o sujeito valoriza e deseja conservar de si mesmo daqueles desvalorizados e/ou conflitivos, os quais rejeita” (p.31). Para Klein (1946/2006), o Ego é forçado a desenvolver mecanismos específicos de defesas específicas para escudar-se das ansiedades oriundas da primeira infância. Não houve diferença estatisticamente significativa na Dissociação referente aos Grupos Clínico e Controle.

Ao levantar alguns aspectos qualitativos no que diz respeito à Dissociação, pode-se apontar que houve apenas uma resposta que apresentou dissociação inadequada no Grupo Controle, e três no Grupo Clínico. Conforme Nijamkin e Braude (2000) falhas na dissociação podem aparecer no QD “quando o sujeito se confunde, responde na positiva um símbolo que rejeita ou na negativa com um símbolo que elege como valorizado” (p.31); ou quando responde na catexia positiva qualidades popularmente conhecidas como negativas e vice-versa. Este tipo de falha apareceu na indicação do Grupo Controle no reino animal positivo (“*queria ser uma cobra- porque eu penso que a cobra não precisa se preocupar com nada, só se alimentar e curtir a vida; sair sem saber o que vai acontecer!*”).

Há igualmente indicação de falha na Dissociação quando o respondente faz escolhas na catexia positiva de “símbolos nos quais o sujeito não pode deixar de incluir na racionalização aspectos negativos” (p.32). Este apontamento entra em consonância com as respostas emitidas pelo Grupo Clínico nas duas indicações dadas na catexia positiva (“*um mar- porque ao mesmo tempo que passa tranquilidade, ele é misterioso; não pode confiar muito, não é confiável*” 1+; “*um gato, mesmo não gostando do jeito de gatos, tranquilo e chato*” 3+), ou seja, ao mesmo

tempo que as racionalizações traziam os aspectos a serem valorizados, incluíram também aspectos negativos. Continuam as autoras apontando que tais fracassos na dissociação indicam certa confusão, uma falha no nível de compreensão (Nijamkin & Braude, 2000).

Há também indicação de falha quando uma evocação simbólica da catexia negativa delinea-se com indicação de aspectos positivos. Percebe-se uma resposta desse tipo no Grupo Clínico no reino vegetal negativo (“*uma maçã-porque além de ser uma fruta que eu não gosto, historicamente é uma fruta mal-vista ... no sentido bíblico, mas acho que tem algo benéfico*”). Para Nijamkin e Braude (2000), neste tipo de falha “o indivíduo parece não ter uma percepção adequada dos valores convencionais” (p.32).

Partiu-se para a Identificação Projetiva, que aparece quando o respondente consegue evocar símbolos estruturados e consistentes, sendo, pois, a capacidade de depositar um aspecto do próprio Ego num símbolo com o qual se identifica. Na classificação elaborada por Tardivo (2017) os símbolos podem ser ‘estruturados’ e ‘não estruturados’. Para Nijamkin e Braude (2000) “é o mecanismo pelo qual o Ego deposita um aspecto de si mesmo ligado com uma fantasia especial, num símbolo com o qual se identifica” (p.33). Acrescentam ainda que a identificação projetiva se reconhece na técnica através da possibilidade do respondente em dar uma resposta-símbolo. Neste estudo não houve diferença estatística significativa entre o Grupo Clínico e Grupo Controle.

Ao abordar percepções que tendem mais a aspectos qualitativos, o resultado entre os grupos, delineou-se da seguinte forma: houve apenas uma indicação de símbolo considerado desestruturado ou desagregado (“*pode ser um ambiente? Queria ser tipo, uma areia de uma praia porque é calma, ninguém pega ela ...*” 3+)

O símbolo desestruturado ou desagregado é um tipo de fracasso na Identificação Projetiva de acordo com Nijamkin e Braude (2000). Continuam as autoras: é um “fracasso pela escolha de símbolos desagregados, isto é, que não tem estrutura nem consistência. Sempre tem uma conotação patológica, que é maior quando se dá nas positivas” (p.33). Embora tenha havido apenas uma indicação simbólica desestruturada, esta resposta foi entre os adolescentes com depressão moderada a grave (Grupo Clínico), na catexia positiva.

Klein (1946/2006), postula que no período de formação do Ego, há a formação de mecanismos de defesa primitivos e a identificação projetiva é um deles. Esta é a fase da posição esquizo-paranóide, fundamental para que o bebê possa lidar com as ansiedades, pois força o Ego a desenvolver seus mecanismos de defesa. De acordo com Nijamkin e Braude (2000), “poder apelar às representações verbais é um traço adaptativo que implica a possibilidade de mediar a ação através do pensamento” (p.33). Isto posto, não se pode inferir quantitativamente

que há falhas na identificação projetiva entre adolescentes com depressão, entretanto pode, juntamente com outros achados, ser suporte em situações clínicas.

Passando-se a Racionalização, à título de classificação para análise, divide-se em ‘adequada’ e ‘inadequada’ (Tardivo, 2017). Configura-se em perceber a qualidade do símbolo e sua respectiva racionalização, tendo-se em vista que as explicações esperadas são aquelas socialmente bem aceitas pela maioria dos seres humanos. Entre os grupos não houve diferença estatisticamente significativa. Na catexia positiva, o Grupo Controle indicou 3 racionalizações inadequadas, e o Grupo Clínico nenhuma.

Na catexia negativa, o Grupo Clínico emitiu 3 racionalizações inadequadas e o Grupo Controle, 4 evocações. Este cenário mostrou que o Grupo Controle, ao longo do QD, emitiu 7 racionalizações inadequadas, enquanto o Grupo Clínico, indicou 3 vezes. Logo, o Grupo Clínico apresentou mais racionalizações adequadas que o Grupo Controle.

Para Nijamkin e Braude (2000) a racionalização “em termos do Ego, implica adequação do pensamento a realidade compartilhada.” (p. 34), o que pode sugerir que entre os adolescentes com depressão moderada a grave (Grupo Clínico), embora haja sofrimento psíquico inerente e acentuado, ainda assim, parecem cientes da sua condição e cientes da realidade que os rodeia, mesmo que em algum ponto desconectados dela.

O aspecto Perspectiva Vincular da Resposta refere-se ao tipo de respostas dadas no Questionário Desiderativo, determinado pela capacidade ou não do sujeito em estabelecer vínculo ou relação com o outro. Classifica-se em respostas ‘narcísicas’ e aquelas que ‘incluem o outro’ (Tardivo, 2017).

Na catexia positiva, o Grupo Controle emitiu 4 respostas que incluíam o outro, e o Grupo Clínico, 5 apresentou emissões. Na catexia negativa, o Grupo Controle emitiu o mesmo número de indicações, 4; e o Grupo Clínico 3 respostas. Ao olhar para todo o QD, os grupos se equipararam, emitindo cada um 8 respostas que incluíam o outro. Significa dizer que, as respostas do tipo narcísicas predominaram nos dois grupos. De acordo com Nijamkin e Braude (2000), respostas narcisistas incluem racionalizações com ausência de objeto e de relações objetais; e respostas que incluem o outro indicam racionalizações que aludem à inserção do próximo e presença de relações objetais.

Recorrendo novamente a Klein (1945/1996b), a autora entende que as primeiras experiências de desamparo no mundo originam-se dos sentimentos de gratificação e frustração, do contato com seio/objeto bom e o seio/objeto mal; e é necessário processo gradativo de elaboração para que o outro seja incluído na relação, e assim o Ego comece seu processo de integração, colocando o bebê/indivíduo na necessária posição depressiva. Embora, para Klein

(1945/1996b) a posição depressiva acompanhe o indivíduo por toda a vida, para Knobel (1981) há especialmente na adolescência o reavivamento das fantasias infantis, inclusive anteriores a posição depressiva. Nesse sentido, desenha-se certo reavivamento da fase narcísica, o que pareceu comum aos adolescentes participantes da pesquisa, independentemente do grupo que estavam inseridos, ou seja, como ou sem depressão moderada a grave.

O Tempo de Reação TR foi a seguir considerado nos resultados. “O tempo de reação é o lapso que transcorre entre a consigna e/ou as subconsignas para cada reino e o aparecimento da resposta símbolo” (Nijamkin & Braude, 2000, p. 40). Neste estudo, os tempos de reação foram considerados como ‘curto ou reduzido’ (menor que 10”), ‘adequado ou normal’ (entre 10 e 30”) e ‘longo’ (maior que 30”), para análise dos resultados (Tardivo, 2017). Não houve diferença estatística significativa entre os grupos em nenhum dos aspectos levantados: TR curto, TR normal e TR longo.

Apontando aspectos qualitativos ao acessar o desempenho dos participantes quanto ao tempo reduzido, percebeu-se que os respondentes do Grupo Controle apresentaram mais respostas com menos de 10”: foram 30 respostas na catexia positiva, e no Grupo Clínico, 25 na mesma catexia. Na catexia negativa foram 26 respostas do Grupo Clínico e 31 respostas do Grupo Controle, assim, mantendo mais respostas com tempo reduzido também na negativa. No total do QD, foram 61 emissões com TR curto no Grupo Controle, e 51 respostas com TR curto no Grupo Clínico. Em conformidade com Nijamkin e Braude (2000), o tempo é o impacto da consigna, e tempos curtos ou longos merecem observações. “A redução denotaria uma tendência de reagir de forma imediata para evitar refletir e tomar contato com a angústia que a consigna provoca” (Nijamkin & Braude, 2000, p. 40). Ao observar mais tempos curtos no Grupo Controle, pode-se inferir mais dificuldade em acessar as próprias angústias por parte dos adolescentes sem depressão moderada a grave.

Indo ao aspecto oposto, ou seja, a elaboração dos símbolos após tempo longo, observou-se que houve no Grupo Controle 14 respostas dadas na catexia positiva, e no Grupo Clínico 8 indicações. Na Catexia Negativa, percebeu-se 12 indicações no Grupo Controle e no Grupo Clínico 8 respostas. No total do QD, foram emitidas 26 respostas após um longo TR no Grupo Controle; e 16 respostas com TR longo no Grupo Clínico. Em outras palavras, o Grupo Controle emitiu mais TR curtos e longos, enquanto Grupo Clínico se manteve com a maioria de suas respostas emitidas dentro do TR normal, parecendo o Grupo Controle ser mais impulsivo ou com dificuldades para se reorganizar. Nijamkin e Braude (2000) aludem que tempos longos têm a ver com uma dificuldade do Ego para se reorganizar.

O TR parece indicar que o desempenho mais problemático percebido em TR's curtos ou longos emitidos pelo Grupo Controle em contrapartida a mais TR's normais emitidos pelo Grupo Clínico pode mais uma vez indicar as similaridades inerentes ao próprio período da adolescência, uma fase naturalmente “tempestuosa” (Winnicott, 1960/1984).

Os Símbolos, ponto central na criação do QD, referem-se às respostas propriamente ditas, as escolhas do respondente que devem indicar dois animais, um considerado positivo e um negativo; dois símbolos no reino inanimado (objetos), também um reconhecido como positivo e um negativo; e finalmente, duas escolhas no reino vegetal (legumes, verduras, frutas e afins), seguindo o raciocínio dos demais, um reputado como positivo e um negativo. Todos os símbolos positivos são escolhidos primeiro, o que diz respeito as características a serem preservadas e enaltecidas; e todos as escolhas negativas são realizadas no segundo momento das consignas, o que corresponde às rejeições do respondente. Nijamkin e Braude (2007), entendem o sentido extenso do simbolismo, trazendo ser este um modo de representação indireta e figurada de uma ideia ou um conflito, ou ainda, um desejo inconsciente. Nesse sentido, os símbolos dos respondentes trazem em si suas representações, que cabem variadas compreensões.

Para construção da análise dos símbolos emitidos, criou-se categorias em cada reino originado das respostas dos participantes de ambos os grupos. Do ponto de vista quantitativo, não se encontrou diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos reinos nas duas catexias.

Sob perspectiva qualitativa, faz-se possível visitar as mesmas categorias para se observar mais de perto as indicações em cada grupo. No reino animal positivo, pôde-se notar que no Grupo Clínico predominaram indicações de *animais que voam* (13 indicações), e no Grupo Controle apareceram os animais *domésticos* (9 indicações). No reino inanimado positivo, foi possível notar que no Grupo Clínico a categoria *objetos de estudos/instrução* (7 indicações) apareceu mais, e no Grupo Controle o maior número de evocações foi na categoria *meios de transporte* (6 indicações). Encerrando a catexia positiva, no reino vegetal, nota-se que o Grupo Clínico emitiu mais repostas na categoria *frutas* (10 indicações) e o Grupo Controle emitiu mais repostas na mesma categoria, *frutas* (11 indicações). As respostas dadas na catexia positiva vão de encontro a Grassano (1997), ao compreender que por meio dos símbolos positivos, o respondente expressa as imagens benevolentes e benéficas associadas a um bom objeto, protetor, doador, gratificante. Ambos os grupos demonstraram majoritariamente símbolos com características positivas.

Passando-se à catexia negativa, no reino animal percebeu-se que ambos os grupos indicaram mais na categoria *animais peçonhentos e que transmitem doenças*: o Grupo Clínico 13 indicações e o Grupo Controle 6 indicações. No reino inanimado, percebeu-se que o Grupo Clínico elegeu mais símbolos na categoria *móveis e objetos úteis* (9 indicações), já o Grupo Controle emitiu mais símbolos na categoria *objetos passíveis de causar danos ou cortantes* (7 indicações). Concluindo a catexia negativa, no reino vegetal o Grupo Clínico elegeu mais símbolos na categoria *legumes e verduras* (12 indicações), outrossim, os respondentes do Grupo Controle elaboraram símbolos na mesma categoria *legumes e verduras* (11 indicações). Segundo Grassano (1997) os símbolos rejeitados, referem-se as imagens persecutórias associadas ao objeto mau, frustrador, cruel. Interessante notar que o Grupo Clínico na catexia negativa reino inanimado, rejeitou mais símbolos na categoria denominada *móveis e objetos*, entretanto, alguns que podem ser úteis (cadeira, tapete, lixeira, mesa, banco de se sentar, prateleira de tênis, maçaneta, esponja, copo de vidro e copo), parecendo haver certa dificuldade deste grupo em simbolizar claramente objetos referidos às imagens persecutórias.

Os indicativos encontrados na análise do Índice de Força de Ego vieram como último item dos resultados dos aspectos específicos do QD. O índice foi proposto por Tarvivo (2017), aludindo-se ao somatório de pontuações atreladas a maioria dos diferentes aspectos anteriormente apontados. Os critérios de pontuação desenvolvidos por Tardivo(2017) compreendem uma pontuação máxima de 56 pontos.

Em número absolutos, o Grupo Controle manteve uma média de 43.4 pontos, e o Grupo Clínico conservou uma média de 41.9 pontos. Parece haver certa tendência de maiores dificuldades no Grupo Clínico de possuir menos força defensiva em relação ao seu próprio 'Eu'. Para Klein (1945/1996c), a formação do Ego acontece nos primeiros momentos da vida, especialmente no primeiro ano. Nasce da relação entre a mãe e o bebê, que introjeta objetos bons e maus, frutos dessa relação. Para lidar com os objetos introjetados, é necessário lançar mão de defesas, numa luta para constituição deste EU(EGO). Quanto mais adequada a utilização das defesas, mais força tem o Ego.

Passando aos apontamentos ao Procedimento de Desenho-Estória com Tema, foram anexadas as produções de 38 participantes, estas correspondentes a adolescentes que tiveram seus protocolos incluídos na pesquisa. O D-E(T) foi utilizado como procedimento auxiliar no estudo, a fim de apontar as significações dadas pelos adolescentes acerca da temática Depressão; e a partir das significações mediar os encontros em grupo, que aqui aludiram a Rodas de Conversa. Para organizar as produções nos resultados apontados, primeiro foram enumerados os desenhos do Grupo Controle (1-18) e após, as produções do Grupo Clínico

(19-38). Percebeu-se que houve uma gama de significados e sentimentos trazidos pelos participantes em ambos os grupos, apontando a riqueza do procedimento.

No Grupo Clínico, as estórias trouxeram como temas centrais, sobretudo, sentimento de solidão, isolamento e vazio. Além destes, tristeza; exaustão; carência; sentimento de inutilidade; falta de energia; medo; indisposição; oscilação de sentimentos; confusão; insegurança. Elucidaram como é sentir-se deprimido, trazendo claramente o quanto é difícil falar sobre si mesmo e obter ajuda, dificuldade de se comunicar; e a dor psíquica que leva ao adoecimento e ao suicídio. Aspectos do ambiente como efeitos da pandemia; pressão da família por escolhas profissionais, associados a outros problemas familiares; decepção amorosa; desordem e bagunça; perdas e abuso sexual foram levantados.

Foi possível notar que os adolescentes com depressão moderada a grave, componentes do Grupo Clínico, demonstraram em suas produções gráficas o que experienciam nas suas condições, compartilhando rico material de compreensão a tal estado, o da depressão. O valioso material dos adolescentes coaduna com os variados autores que estudam o tema ao encontrarem, entre outros, fadiga, sentimento de culpa e inutilidade, dificuldade para tomar decisão, desesperança, expressões de desamparo (Rudolph, 2009; Campos, Del Prette & Del Prette, 2014), sensação de infelicidade (Schneider & Ramires, 2007).

Quanto às produções do Grupo Controle, foi possível observar que os jovens que não pontuaram para depressão moderada a grave compreendem sobre depressão, tendo em vista que os mesmos não necessariamente já vivenciaram tal condição. As percepções estão ligadas a ideia de que a depressão é conexas a perda do querer; falta de energia; acreditam que há sentimento de solidão envolvido; também há entendimento de que a depressão está ligada ao sentimento de vazio; compreendem ainda que a depressão está ligada a baixa autoestima, assim como relaciona-se com a rejeição. Outra compreensão é que a pessoa deprimida sente medo, pressão psicológica, e há dificuldade na tomada de decisão, como também, estagnação. Há ainda a significação de que a depressão está ligada ao suicídio, assim como, aparece o sentimento de impotência diante da pessoa deprimida, ao mesmo tempo que compreendem que o deprimido disfarça sua dor, todavia, precisa de ajuda. Houve indicação em uma estória de que a amizade pode ser um fator protetivo. Tal panorama demonstra a rica compreensão dos jovens mesmo sem estarem no mesmo estado emocional dos pares.

É possível perceber que parece haver apontamentos e percepções que se igualam entre os adolescentes com e sem depressão moderada a grave, fundamentalmente, acerca dos sentimentos de solidão, vazio e isolamento associados ao transtorno depressivo, da mesma maneira que, necessidade de ajuda, conflitos familiares e suicídio apareceram nas estórias de

participantes que compuseram ambos os grupos. Tais significações vão de encontro a Aiello-Vaisberg e Ambrósio (2006), ao conceberem que o D-E(T) alude a imaginários coletivos; entretanto, mais que isso, o D-E(T) traduz as significações que a cultura ou certo grupo possuem acerca da temática investigada (Tardivo, 2007), neste caso, as significações que o grupo de adolescentes entre 17 e 19 anos que compuseram a amostra possuem sobre depressão.

À vista disso, infere-se que estar deprimido ou experienciar a depressão de outrem leva a percepções similares, contudo, há significações que se diferenciam. Melhor dizendo, as percepções de adolescentes que fizeram parte do Grupo Controle indicam que a depressão está ligada a perda do querer, baixa autoestima, e percebem sentimento de impotência diante da pessoa deprimida. Tais analogias não apareceram no relato dos jovens com depressão moderada a grave. Já entre as histórias de adolescentes que compuseram o Grupo Clínico, há significações que aludem a falhas no ambiente, que dizem respeito a efeitos da pandemia; pressão da família por escolhas profissionais, associados a outros problemas familiares; decepção amorosa; desordem e bagunça; perdas e abuso sexual; o que não aparece nas histórias dos participantes do Grupo Controle. Variados autores indicam como fatores de risco para o desenvolvimento da depressão, famílias consideradas disfuncionais, discórdia conjugal; pouco suporte social; baixa habilidade social; experiências de violência (Baptista, 1999; Martins, 2000; Zavaschi et al, 2002; Goodyer, 2001; Dimidjian, Barrera, Martell, Muñoz & Lewinsohn, 2011). Conforme Winnicott (1960/1983) a adolescência é um ciclo onde o meio exerce importância substancial, e grandes falhas que suscitam intervenção, advém do ambiente.

Referindo-se às Ações de Acolhimento, estas são parte de ações éticas de psicointervenção no encontro com o participante criança ou adolescente no momento da pesquisa; sendo, portanto, compatível com as resoluções do Conselho Federal de Psicologia CFP (2000/2007), considerando que é sempre necessário “minimizar danos, proteger e não causar malefício” (§ 5º), por conseguinte, “tomar providências sempre que constatar que estes se encontram em situação de risco” (§ 3º). Ratificando, é parte dos procedimentos adotados pelo Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social compatibilizar com tais cuidados, baseando-se, principalmente, no conceito *holding* (Winnicott, 1986/2001), que se resume em oferecer suporte.

Assim, este estudo realizado sob tais premissas, ofereceu propostas de acolhimento, ou aqui denominadas Ações de Acolhimento delineadas como: Escuta, Rodas de Conversa (RC) e Encaminhamentos. A Escuta foi em caráter sigiloso, individual, no momento da coleta de dados; e as RC foram em grupo, acordado igualmente sigilo, no entanto, com possibilidade de divulgação do material produzido desde que preservadas as identidades dos voluntários. Sendo

assim, realizou-se Rodas de Conversa nas duas escolas que foram parceiras no presente estudo. Na Escola 1 as Rodas foram *online* e na Escola 2, configuraram-se no formato presencial. Em ambas, o mediador foi o Procedimento de Desenho-Estória com Tema. Destarte, para iniciar as Rodas de Conversa, propôs-se o D-E(T), o que apoiou a abordagem às principais significações indicadas nas estórias, respaldando-se nas acepções de Tardivo (2007), quando entende o DE-(T) como suporte para intervenções.

Na Escola 1, os sentimentos de vazio, solidão, dificuldade de pedir ajuda foi conjuntamente levantado, o que facilitou orientações e trocas a esse respeito. Na Escola 2 apareceram majoritariamente sentimentos de solidão, vazio, isolamento, *bullyng*, questões familiares, ansiedade, situações de violência, inclusive, sexual, baixa autoestima apareceram para discussões nos grupos realizados.

Os encontros em grupo foram realizados sem que se separassem os adolescentes que pontuaram ou não para depressão moderada a grave, ou seja, realizaram-se Rodas de Conversa a todos que compareceram, independentemente dos seus resultados, respeitando-se apenas a organização prévia, como o número de participantes por grupo. O formato de acolhimento por meio das Rodas de Conversa coaduna com as considerações de Mélo (2007), que compreende o espaço das rodas como profícuo para discussões em redor de temática definida, visando um objetivo. O mesmo autor entende as RC como exercício de pensar compartilhado, e nesse processo, ao instigar mutuamente o falar, cada um encontra espaço de diálogo e desenvolvimento. Sendo assim, as rodas proporcionam espaço para que os participantes encontrassem recursos para elaborações, caracterizadas pelo processo de trocas entre seres humanos.

Em conclusão, as Ações de Acolhimento visaram suporte aos adolescentes que aceitaram o convite. Ações de orientação e acolhimento correspondem concomitantemente à pressupostos de prevenção e intervenção. Tais preocupações que configuraram a Escuta e as RC, compatibilizam-se às colocações de Winnicott (1960/1983), à medida que compreende ser necessário enquanto atendimento aos adolescentes “é prevenção humana” (p.221).

Como último tópico deste estudo, compreendeu-se que a ação de acolhimento que encerrou o compromisso firmado junto aos participantes e responsáveis, foram os encaminhamentos feitos aos serviços de saúde. Para este fim, contactou-se universidades que atenderam à maioria, e projetos sociais em consultórios privados que aceitaram atender gratuitamente alguns adolescentes. Tal conduta entra em consonância às recomendações da OPAS (2018) quando aponta a necessidade de cuidado ao adolescente devido a vulnerabilidade inerente a esta etapa.

CAPÍTULO VI: CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Sei que vocês têm tristezas. É para espantar a tristeza
que vocês fazem tanta festa, ouvem música tão alto,
procuram sempre agito...
É preciso espantar o medo de ficar adulto.
(...)
a gente não nasce sabendo tudo o que é necessário
saber para viver. Temos que inventar o que está faltando”*

(Rubem Alves - Carta aos adolescentes)

A depressão na adolescência é uma manifestação complexa que não pode ser compreendida sob um único enfoque, e, apesar das variadas tentativas de compreensão de tal fenômeno, ainda falta o que apreender. Eleger aspectos foi necessário.

Primeiramente, elegeu-se a amostra composta por 50 adolescentes entre 17 e 19 anos de idade, e a seguir, separou-a em dois grupos: adolescentes que não pontuaram no BDI-II para depressão em nível moderado a grave para compor o Grupo Controle, em contrapartida, adolescentes que pontuaram no BDI-II para depressão em nível moderado a grave para compor o Grupo Clínico, ambos com 25 participantes cada. Concluiu-se a pesquisa em duas escolas com adolescentes estudantes do terceiro ano do Ensino Médio, a fim de aproximação aos adolescentes que beiram a conclusão do ciclo escolar inerente ao fim desta etapa do desenvolvimento, a adolescência. Uma das motivações origina-se nos dados de que os jovens na fase final da adolescência apresentam alto índice de adoecimento psíquico.

Buscou-se como objetivo geral compreender se havia diferenças estatísticas entre os jovens com depressão moderada a grave, quando comparados com o mesmo número de jovens sem tal condição, nas respostas do Questionário Desiderativo. Principal instrumento deste estudo, o QD é uma técnica projetiva que fornece informações acerca do funcionamento psicodinâmico, como recursos defensivos, força do Ego e aspectos afetivos.

Almejando atingir objetivos específicos, o intuito do estudo foi apontar juntamente aspectos qualitativos acerca dos achados, compreender significações no que se refere a depressão à luz dos participantes, e oferecer *holding* mediante ações de acolhimento no ambiente dos jovens participantes, adolescentes estudantes do Ensino Médio.

Embora incipiente, a amostra foi submetida a análise estatística. Percebeu-se que no Grupo Clínico houve prevalência do sexo feminino, uma maior distribuição entre as idades, inclusive, sendo apenas neste grupo a parcela de adolescentes com 19 anos de idade; assim como, apresentaram níveis estatisticamente significativos de ansiedade associada.

Quanto ao Questionário Desiderativo, quando observado sob o prisma quantitativo, foi possível notar proximidade nos resultados entre os dois grupos, não sendo possível indicar variadas diferenças estatísticas. Salienta-se, no entanto, que importante distinção foi confirmada no item Qualidade das Respostas, quando os adolescentes do Grupo Clínico emitiram respostas notadamente mais convencionais, indicando relevância estatística; e bizarras, indicadas qualitativamente.

Compreende-se que mesmo não se configurando numerosas diferenças do ponto de vista quantitativo, elas existem, e qualitativamente se observa ainda mais. Nesse sentido, o QD é instrumento promissor para compreensão da depressão no público adolescente.

Foi incluído no estudo como instrumento auxiliar e mediador nos encontros em grupo, o Procedimento de Desenho-Estória com Tema, a fim de ampliar a compreensão da depressão entre os participantes da amostra. Conferiu-se a potência e fecundidade do procedimento, por meio de desenhos e histórias com riqueza de significados. Associada a função de captar as significações dos participantes acerca do tema proposto, o D-E(T) mediu e facilitou as Rodas de Conversa, ação de acolhimento realizada no ambiente escolar. As Rodas de Conversa favoreceram suporte emocional ao adolescente, e orientações.

Entende-se que o estudo atingiu os objetivos propostos: o primeiro de investigar se havia diferenças estatísticas entre respondentes adolescentes com e sem depressão moderada a grave, e conjuntamente apontar quais diferenças. Foi o que houve: encontrou-se poucas diferenças, entretanto, a investigação foi realizada exitosamente, bem como, localizou-se distinção relevante na Qualidade das Respostas entre os grupos. Secundariamente, atingiu-se os objetivos específicos: apontamentos qualitativos importantes foram feitos, investigou-se e constatou-se quadro associado de depressão e ansiedade entre os participantes adolescentes, tal como, encontrou-se riqueza de significações sobre a depressão, e o D-E(T) serviu de base para intervenções. As Rodas de Conversa desenharam o modelo de intervenção e acolhimento pretendidos, exitosamente.

Aponta-se como dificuldades encontradas: a primeira refere-se à quantidade de tempo que a pesquisa exige, assim dizendo, desde a coleta até as ações em grupo, meses são necessários. Sendo assim, uma pesquisa mais ampla exigirá longo tempo para se atingir um 'n' maior. O que leva ao segundo apontamento: compreende-se ser necessária ampliação da amostra, pois, mesmo sendo de 50 participantes, infere-se que ainda seja incipiente para confirmação e ampliação dos resultados.

No entanto, a mais relevante e preocupante dificuldade foi encontrar adolescentes para composição do Grupo Controle. Isto significa dizer que, na experiência vivida neste encontro

com a pesquisa, encontrar adolescentes que não pontuaram para depressão moderada a grave demonstrou-se tarefa árdua. Reitera-se que para composição da amostra visando análise estatística, 11 protocolos foram descartados. Estes eram de adolescentes que pontuaram para o transtorno depressivo importante. Obviamente que receberam toda atenção que os demais participantes. Entretanto, tal exclusão dos protocolos no desenho metodológico aponta para o impasse diante do cenário encontrado em campo: mais jovens com transtorno depressivo grave do que aqueles que enfrentam a adolescência com certa ‘crise normal’.

Neste percurso de encontros e compreensão de aspectos da saúde mental, especialmente da população adolescente, o Questionário Desiderativo é um instrumento de suma importância, e merece mais investigações, tendo em vista a riqueza do teste e ao mesmo tempo, sua simplicidade e fácil aplicabilidade, associado a riqueza de seu conteúdo.

Encerra-se ratificando a importância de estudos junto ao público adolescente, especialmente os que se encontram nos anos finais da adolescência, talvez enfrentando o período transitório mais definitivo de suas vidas, o que pode lançá-los em estados psíquicos que clamam por suporte e acolhimento. Tal conduta de compreender, acolher e amparar embasa nossos estudos e encontros, o *holding*, que se traduz em última análise em, apoiar!

REFERÊNCIAS

- Aberastury, A. (1971). *Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Aberastury, A. & Knobel, M. (1981). *Adolescência Normal*. Trad. de Suzana Maria Garagoray Balve. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Alberti, S. (2009). *Esse sujeito adolescente*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Alberton, M. S. (2005). *Violação da infância: crimes abomináveis: humilham, machucam, torturam e matam!* Porto Alegre, RS: AGE.
- Abramovay, M. & Castro, M. (2015) Ser jovem no brasil hoje: políticas e perfis da juventude brasileira. In: Moreira, L.V. C.(org) (2015) *Psicologia, Família e Direito. Interfaces e Conexões*. Ed. Juruá, Curitiba, p. 225-244. http://flacso.org.br/files/2015/08/MAbramovay_kas.pdf
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1995). O uso de procedimentos projetivos na pesquisa de representações sociais: projeção e transicionalidade. *Psicologia USP*. p.103-127.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. & Ambrosio, F. F. (2006). Imaginários coletivos como mundos transicionais [Apresentação]. *Cadernos Ser e fazer: imaginários coletivos como mundos transicionais*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. & Machado, M. C. L.; Ayouch, T.; Caron, R. & Beaune, D. (2009). Les récits transferenciels comme presentation du vécu clinique: une proposition méthodologique. In: D. Beaune. (Org.). *Psychanalyse, Philosophie, art: Dialogues*. (1ª ed.; vol. 1, pp. 39-52). Paris: L'Harmattan.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J.; Ambrosio, F. F. & Visintin, C. N. (2017). A fecundidade heurística do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema. In Tardivo, L.S.L.P.C.(Org) *O Procedimento de Desenhos-Estórias na clínica e na pesquisa: 45 anos de percurso*. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo. (p. 30-53) http://newpsi.bvs-psi.org.br/eventos/15_Apoiar.pdf#page=31
- Alves, R. (1999). *E aí? Cartas aos adolescentes e a seus pais*. Papirus: 10ª edição
- American Psychiatry Association. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5*. 5th.ed. Washington: *American Psychiatric Association*.
- Araújo A.C.; Lunardi V.L.; Silveira R.S.; Thofehrn M.B. & Porto, A.R. (2010). Relacionamentos e interações no adolescer saudável. *Rev Gaúcha Enferm*. 31(1):136-42. 4.
- Araújo, L. F.; Ronzani, T. M. & Lourenço, L. M. (2010). Análise da Literatura sobre a Comorbidade entre Fobia Social e Depressão. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 3(2), 109-123.
- Àries, P. (1981) *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Guanabara Koogan S.A. (Trabalho original publicado em 1960)

Arzeno, M.E.G. (1995). *Psicodiagnóstico clínico: novas contribuições*. (B. A. Neves, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1993)

Assumpção Junior, F.B. & Kuczynski, E. (2003). *Tratado de psiquiatria da infância e adolescência*. São Paulo: Atheneu.

Avanci J. Q.; Assis, S. G. & Oliveira, R.V.C. (2008). Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(10):2334-2346.

https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v24n10/14.pdf

Bahls SC. (2002) Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *J Pediat*, 78(5): 359-366.

Baptista, M. N. (1999). Fatores de risco na depressão. In: M.N Baptista & F.B Assumpção Júnior (Orgs). *Depressão na Adolescência: Uma visão multifatorial*. (pp. 31-40). São Paulo: EPU.

Baptista, M. N.; Borges, L. & Serpa, A.L.O. (2017). Gender and age-related differences in depressive symptoms among Brazilian children and adolescents. *Paidéia*, 27(68), 290-297. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-43272768201706>

Barbier, R. (1985). *A pesquisa-ação na instituição educativa*. Rio de Janeiro: J. Zahar

Barbier, R. (2007). *A pesquisa-ação*. Brasília: Liber Livro.

Barros, N. V. (2005). Violência intrafamiliar contra criança e adolescente. Trajetória histórica, políticas sociais, práticas e proteção social. Rio de Janeiro. *Tese de Doutorado* - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Barreto, M. A.; Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2007). Escolha profissional e dramática do viver adolescente. *Psicologia & Sociedade*; 19 (1): 107-114.

Bernstein, J. (1980). Tests proyectivos lúdicos, verbales y gráficos. Em Bell, J.E. (Org.) *Técnicas proyectivas* (pp. 251-285). (G.A. Maci, Trad.). Buenos Aires: Paidós (Trabalho original publicado em 1948).

Biasoli-Alves, Z.M.M. (1998) A Pesquisa em Psicologia - análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: Biasoli-Alves, Z.M.M. & Romanelli, G. (Orgs.) *Diálogos Metodológicos sobre Prática de Pesquisa*. Ribeirão Preto: Legis Summa, pp.135-157.

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994) *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Cidade do Porto: Porto.

Bonin L. & Moreland C. S (2012). Overview of prevention and treatment for pediatric depression. *Uptodate*.

<https://www.uptodate.com/contents/overview-of-prevention-and-treatment-for-pediatric-depression>

- Braconier, A. (1985) "Ruptures et séparations", *Adolescence*, vol. 3, n. 1. Paris
- Brás, M.; Jesus, S. & Carmo, C. (2016). Fatores psicológicos de risco e protetores associados à ideação Suicida em Adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(2), 132-149. <https://www.redalyc.org/pdf/362/36248047003.pdf>
- Bunchaft, G. & Vasconcellos, V. L. P.(2001) *Padronização do Teste Desiderativo no contexto da Análise Transacional: resultados preliminares*. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722001000100005>
- Calligaris, C. (2009). *A adolescência*. São Paulo, SP: Publifolha.
- Campos, J. R.; Del Prette, A. & Del Prette, Z.A.P. (2014). Depressão na adolescência: Habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco/proteção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(2), 408-428.
- Coutinho, M. P. L.; Pinto, A. V. L.; Cavalcanti, J. G.; Araújo, L. S. & Coutinho, M. L. (2016). Relação entre depressão e qualidade de vida de adolescentes no contexto escolar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(3), 338-351. <https://doi.org/10.15309/16psd170303>
- Coutinho, L. G. (2009). *Adolescência e errância: destinos do laço social contemporâneo*. Rio de Janeiro, RJ: FAPERJ.
- Conselho Federal de Psicologia CFP / Conselho Regional de Psicologia CRP (2000;2007). *Resolução- Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos*. http://www.crp.org.br/portal/orientacao/resolucoes_cfp/fr_cfp_023-07.aspx
- Cunha, J. A. (2001) *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Dalgalarrodo P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2a ed. Porto Alegre: Artmed.
- Del Priore, M. (2013) *História das crianças no Brasil*. 7ª ed., 1ª reimpressão. – São Paulo: Contexto.
- Dimidjian, S.; Barrera, M.; Martell, C.; Muñoz, R. F. & Lewinsohn, P.M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1-38.
- Dozol, M.S. (2006). *Rosseau- Educação - A máscara e o rosto*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Erikson, E. (1976). *Identidade, juventude e crise* (Á. Cabral, trad., 2a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Trabalho original publicado em 1968).
- Fischer, W. & Ladame, F.G. (1979). Premiers résultats de recherche sur les tentatives de suicide des adolescents: L itinéraire pré-suicidaire. *Médecine sociale et préventive*. 24.49-52.
- Freud, S. (2016). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros textos*. Tradução: Paulo Cesar de Souza. Companhia das Letras. [Trabalho original publicado em 1901-1905]

Freud, S. (2001). *A interpretação dos sonhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1969c. v. IV e V. [Trabalho original publicado em 1900]

Freud S. (2010). Luto e melancolia. In: *Obras Completas*. Vol. 12. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras. [Trabalho original publicado em 1914-1916]

Freud, S. (2014). *Obras completas volume 13: Conferências introdutórias à psicanálise*. Companhia das Letras (Kindle). [Trabalho original publicado em 1916-1917]

Gagnebin, J. M. Infância e pensamento. (2005) In: Gagnebin, J. M. *Sete aulas sobre linguagem, memória e história*. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago,

Garber, J. (2006). Depression in children and adolescents linking risk research and prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6), 104-125.

Gil, C.A. & Tardivo, L.S.P.C. (2007). Concepção de doença mental em estudantes de graduação em psicologia: Um estudo compreensivo por meio de desenhos temáticos. *Mudanças em Psicologia da Saúde*, 15(2), 114-120.
<https://core.ac.uk/download/pdf/229060238.pdf>

Goodyer, I. & Cooper, P.J.A.(1993) Community study of depression in adolescent girls II. *The clinical features of identified disorders*. Br J Psychiatry, 163: 374-380

Goodyer IA, editor. (2001). *The depressed child and adolescent*. Cambridge: Cambridge University Press.

Gorenstain,C.; Wang,Y.P.; Argimon,I.I.L. & Werlang,B.S.G. (2011). *Manual do Inventário de Depressão de Beck II/adaptação para o português*. São Paulo: Person Clinical Brasil

Grassano, E. (1997). *Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Grolli, V., Wagner, M. F., & Dalbosco, S. N. P. (2017). Sintomas Depressivos e de Ansiedade em Adolescentes do Ensino Médio. *Revista de Psicologia da IMED*, 9(1), 87-103.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-50272017000100007

Guimarães, N. & Pasian, S.R.(2009) Adequação ao Real de Adolescentes: Possibilidades Informativas do Questionário Desiderativo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Jul-Set 2009, Vol. 25 n. 3, pp. 347-355

Guimarães, M. F.; Vizzotto, M. M.; Avoglia, H. R. M. C. & Paiva, E. A. F. (2022). Depressão, ansiedade, estresse e qualidade de vida de estudantes de universidades pública e privada. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 11, e4038.
<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/4038>

Haim, A. (1974). Adolescent Suicide. *Sheridan Smith, A.M. (Tradução)*. Nova York: International Universities Press, Inc. 310p.

Henick, A.C. & Faria, P.M.F. (2015) História da Infância no Brasil. *EDUCERE XII Congresso Nacional de Educação*. ISSN 2176-1396. Disponível em: https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/19131_8679.pdf

Heywood, C. (2004). Uma História da Infância: da idade média a época contemporânea no ocidente. Trad. Roberto C. Costa. Porto Alegre: Artmed.

Hobsbawm, E. (1995). *Era dos extremos: o breve século XX* (M. Santarrita, trad.). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1994).

Jones, E. (1923). Einige Probleme des jugendlichen Alters, *Imago*, n. 9

Jones, E. (1925). La théorie du symbolisme. In: *Traité théorique et pratique de psychanalyse*. Paris: Payot.

Justo, L.P. & Calil, H.M. (2006). Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Arch. Clin. Psychiatry* (São Paulo) 33 (2) <https://doi.org/10.1590/S010160832006000200007>

Klein, M. (1996a). O desenvolvimento de uma criança. In: *M. Klein, Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)* (A. Cardoso, trad., pp. 301-329). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1935).

Klein, M. (1996b). Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In *M. Klein, Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)* (A. Cardoso, trad., pp. 301-329). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1935).

Klein, M. (1996c). O complexo de Édipo à luz das Ansiedades Arcaicas. In *M. Klein, Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)* (A. Cardoso, trad., pp. 301-329). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1935).

Klein, M. (2006). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: *Inveja e Gratidão e Outros Trabalhos (1946- 1963)*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1946).

Knobel, M. (1981). A síndrome da adolescência normal. In: Aberastury & Knobel (1981) *Adolescência normal: Um enfoque psicanalítico*. Trad. de Suzana Maria Garagoray Ballve. Porto Alegre, Artes Médicas.

Lacerda A.; Quarantini L.; Miranda-Scrippa A. & Del Porto J. (2009). *Depressão: do neurônio ao funcionamento social*. Porto Alegre: Artmed.

Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (2001). *Vocabulário da Psicanálise* São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1967)

Le Breton, D. (2017). *Uma breve história da adolescência* (A.M. C. Guerra et al., trads.). Belo Horizonte, MG: PUC Minas. (Trabalho original publicado em 2013).

Lewin, K. (1965). Teoria de campo em ciência social. São Paulo: Pioneira.

- Lima, B. C. M. T. & Azevedo, H. H. O. (2013). A história da infância: de Santo Agostinho à Rousseau. *Revista Entreideias: Educação, Cultura E Sociedade*, 2(1). <https://doi.org/10.9771/2317-1219rf.v2i1.6160>
- Lisboa, M. T. (2019). Elementos para elaboração de um desenho de pesquisa. *Mural Internacional*, Rio de Janeiro, Vol.10, e 38439.
- Locke, J. (2012). *Alguns pensamentos sobre a educação*. Editora Almedina.
- Londoño, F. T. (1991) A origem do conceito Menor. In: Priore, E, M. D. (org.). *História da criança no Brasil*. São Paulo: Contexto.
- Luz, R. T.; Coelho, E. A. C.; Teixeira, M. A.; Barros, A. R.; Carvalho, M. F. A. A. & Almeida, M. S. (2018). Saúde mental como dimensão para o cuidado de adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(supl. 5), 2087-2093. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0192>
- Magalhães Senna, S.R. & Dessen, M. A. (2015). Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 16(2), 223-235 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36242128008>
- Mannoni, O. (1984). "L'adolescence, est-elle analysable?" Em: *La cme d'adolescence*. Paris: Denoël.
- Mannoni, O.; Deluz, A. ; Gibello, B. & Hébrard, J. (1984) *La crisis de la adolescencia*. París: Denoël.
- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- Martin, D.; Quirino, J. & Mari, J. (2007). Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 591-597.
- Martins, A. M. Q. (2000). *As manifestações clínicas da depressão na adolescência*. Dissertação de mestrado. Porto, Portugal. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Desktop/Artigos%20sobre%20ADOLESC%C3%8ANCIA%20E%20DEPRESS%C3%83O/As Manifestacoes clinicas da depressao na adolesce.pdf](file:///C:/Users/User/Desktop/Artigos%20sobre%20ADOLESC%C3%8ANCIA%20E%20DEPRESS%C3%83O/As%20Manifestacoes%20clinicas%20da%20depressao%20na%20adolescencia.pdf)
- Martins, F. (1999) O que é phatos? *Rev. Latinoam. Psicop. Fund.*, II, 4, 62-80. <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/gqK3tgmPMGDcD3r5xFZnKXH/?format=pdf&lang=pt>
- Maughan, B.; Collishaw, S. & Stringaris, A. (2013). Depression in Childhood and Adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(1), 35-40.
- Méllo, R. P. et al. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa. *Psicologia e Sociedade*, v.19, n.3, p. 26-32, 2007.
- Melo, A.S.E.; Maia Filho, O. N. & Chaves, H.V. (2016) Lewin e a pesquisa-ação: gênese, aplicação e finalidade. *Fractal, rev. psicol.* 28(1) <https://www.scielo.br/j/fractal/a/MM3jfxNVLZG9JP3bcmXpf8H/?format=pdf&lang=pt>

Melvin, L. & Wolkmar, F.R. (1993). *Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência* (3ª. ed). Porto Alegre: Artes Médicas.

Moraes, B. R. & Weinmann, A.O. (2020). Notas sobre a história da adolescência: transformações e repetições. *Estilos Da Clínica*, 25(2), 280-296. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v25i2p280-296>

Neto, J. C.S. (2000). História da Criança e do Adolescente no Brasil. *Revista Unifeo, Revista Semestral do Centro Universitário FIEO* – ano 2, nº 3.

Neto, J. C.S. (2005) Apontamentos históricos sobre a criança e o adolescente em São Paulo. *Revista Mack. Arte* 11/8/05 06:34 PM Page 177. https://www.mackenzie.br/fileadmin/OLD/47/Editora/Revista_Arte_Historia_Cultura/Revista_20Mack_20Arte_20joao_20clemente_20de_20souza_2021.pdf

Nijamkin, G. C., & Braude, M. G. (2000). *O Questionário Desiderativo* (L.S.P.C. Tardivo, trad.). São Paulo: Vetor (Trabalho original publicado em 1996)

Nijamkin, G. C., y Braude, M. G. (2007). *El Cuestionario Desiderativo*. 6ª ed. 2ª reimp – Buenos Aires: Lugar Editorial (trabalho original publicado em 1996)

Nunes, D. & Faro, A. (2021). O papel da autoeficácia, da autoestima e do autoconceito na depressão em adolescentes. *Ciencias Psicológicas*, 15(2), e 2164. <https://doi.org/10.22235/cp.v15i2.2164>

Ocampo, M.L.S. & Arzeno, M. E. G. (2009). O processo psicodiagnóstico. In: Ocampo, M.L.S. Arzeno, M. E. G. & Piccolo, E. G. (Eds.). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes. [Publicado originalmente em 1979]

Organização Mundial da Saúde - OMS. (2017) Depression and Other Common Mental Disorders: *Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

Organização Mundial da Saúde - OMS. (2021). Saúde mental de adolescentes. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organização Mundial da Saúde - OMS. (2022). Relatório Mundial de Saúde Mental: Transformando a saúde mental para todos. <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>

Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS. (2018). *Folha informativa* - Saúde mental dos adolescentes. <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>

Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS. (2023). Novo estudo destaca fatores contextuais associados ao suicídio nas Américas. <https://www.paho.org/pt/noticias/23-2-2023-novo-estudo-destaca-fatores-contextuais-associados-ao-suicidio-nas-americas>

Passerini, L. (1996). A juventude, metáfora da mudança social. Dois debates sobre os jovens: a Itália fascista e os Estados Unidos da década de 1950. In G. Levi & J. Schimitt (Orgs.),

História dos jovens 2(N. Moulin, trad., pp. 319-382). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1994).

Pfromm Netto, S. (1979). *Psicologia da adolescência*. São Paulo: Pioneira.

Pigem, J.M. (1946). La prueba de la expresión desiderativa. *Libreria de Ciencias Médicas*: Barcelona.

Pigem, J.M. (1949). *La prueba de la expresión desiderativa*. Tesis doctoral dirigida por José Córdoba Rodríguez. Universidad Complutense de Madrid https://dialnet.unirioja.es/institucion/401/buscar/tesis?query=Dismax.DOCUMENTAL_TODO=La+prueba+de+la+expresi%C3%B3n+desiderativa+

Pinto, A.; Cavalcanti, J.; Araújo, L.; Coutinho, M., & Coutinho, M. (2018). Depressão e adolescência: Relação com qualidade de vida e bem-estar subjetivo. *Revista de Psicologia da IMED*, 10(2), 6-21

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S217550272018000200002&lng=pt&nrm=iso

Pinto Junior, A. A.; Rosa, H. R.; Chaves, G. & Tardivo, L.S.P.C. (2018). O Questionário Desiderativo: fundamentos psicanalíticos e revisão da literatura. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70(3), 274-287.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672018000300019&lng=pt&tlng

Pinto Junior, A. A. & Tardivo, L.S.P.C. (2015). Estudio del funcionamiento psicodinámico de agresores sexuales con el Cuestionario Desiderativo. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 19(2), 187-207

Pinheiro, P.S. (1985). O proletariado na primeira República. História geral da civilização brasileira, III. In: Fausto, Bóris (org.). *O Brasil Republicano*. São Paulo: Difel.

Pool, A. (2012). Evaluación de la fortaleza yoica en agresores sexuales infantiles a través del Cuestionario Desiderativo. *Investigaciones en Psicología*, 17(1), 119-138

Roberti Junior, J.P. (2012) Evolução jurídica do direito da criança e do adolescente no Brasil. *Revista da Unifebe* (Online) 2012; 10(jan/jun):105-122 Artigo Original ISSN 2177-742X

Rodrigué, E. (1955) Atualizaciones: Revisión del simbolismo. *Revista de Psicoanálisis* 12:522-533 <https://pep-web.org/browse/document/revapa.012.0522a>

Rodrigues, N.; Caroso C.A. (1998). Ideia de “sofrimento” e representação cultural da doença na construção da pessoa. In: Duarte, L.F.D & Leal O.F. (Organizadores). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz. p.137-50

Rohde, P.; Lewinsohn, P.M.; Klein, D.N.; Seeley, J.R. & Gau, J.M. (2014). Key characteristics of major depressive disorder occurring in childhood, adolescence, emerging adulthood, and

adulthood. *Clinical Psychological Science*, 1(1), 41-53:
<https://doi.org/10.1177/2167702612457599>

Rosenberg, M.(1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: *Princeton University Press*.

Rudolph, K. D. (2009). Adolescent depression. In: I. H. Gotlib., & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression* (pp. 444-466). New York: The Guilford Press.

Rousseau, J-J. (1999). *Emílio, ou, da educação*. Tradução: Roberto Leal Ferreira. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes.

Sá, R.C.S.; Rosa, H. R. & Tardivo, L. S. L. P.C. (2020). O desenho da árvore na compreensão da depressão em adolescentes. In: Ferreira(Org) (2020) *Investigações Conceituais, Filosóficas, Históricas e Empíricas da Psicologia*: Atena Editora (14) 158-170
<file:///C:/Users/jeffe/Downloads/investigacoes-conceituais-filosoficas-historicas-e-empiricas-da-psicologia.pdf>

Sá, R.C.S.; Sanchez, C. R.; Rosa, H. R. & Tardivo, L. S. L. P.C. (2021) Procedimento de desenhos temáticos no contexto online: possibilidade de acolhimento junto a jovens players. *Revista Multidisciplinar Em Saúde*, 2(3), 16. <https://doi.org/10.51161/rem/2258>
<https://editoraime.com.br/revistas/index.php/rem/article/view/2258>

Sá, R.C.S. & Tardivo, L.S.P.C. (2022). A qualidade dos símbolos desiderativos na compreensão da depressão na adolescência: resultados preliminares. In: *Desafios Contemporâneos dos Métodos Projetivos*. Anais. Ribeirão Preto(SP) ASBRo.
https://www.even3.com.br/anais/congresso_asbro2022/479246-a-qualidade-dos-simbolos-desiderativos-na-compreensao-da-depressao-na-adolescencia--resultados-preliminares/

Saeta, B.R. (2004). História da Criança e do Adolescente no Brasil. *VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais*; Coimbra, Portugal.
<https://www.ces.uc.pt/lab2004/inscricao/pdfs/painel23/beatrizSaeta.pdf>

Santos, A.R.M.; Oliveira, L.; Silva, E.A.P.C.; Dabbicco, P.; Souza, M.R.M.; Caminha, I.O. & Freitas, C.M.S.M. (2013). Ritual de iniciação aos comportamentos de risco na adolescência *ConScientiae Saúde* 12(4):638-647. DOI:10.5585/ConsSaude.v12n4.4477
<file:///C:/Users/Aluno/Downloads/4477-27016-2-PB.pdf>

Santos, A. J. N.; Souza, G. S. & Galvão, P. V. M. (2019). Depressão em adolescentes e sua relação com a imagem corporal. *Multidisciplinary Reviews*, 2, e2019001.
<https://malque.pub/ojs/index.php/mr/article/view/115>

Savage, J. (2009). *A criação da juventude: como o conceito de teenage revolucionou o século XX*. (T. M. Rodrigues, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Rocco. (Trabalho original publicado em 2007).

Schneider, A.C.N; Ramires, V. R. R. (2007). Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência. *Aletheia*: Canoas, n. 26, p. 95-108.

Schoen-Ferreira, T. H.; Aznar-Farias, M.; Silvaes, E. F. M. (2010). Adolescência através dos séculos. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 26, n. 2, p. 227-234.

Schwonke C.R.G.B.; Fonseca A.D.; Gomes V.L.O. (2009). Vulnerabilidades de adolescentes com vivências de rua. *Esc. Anna Nery Rev Enferm.*;13(4):8 49-55

Stubbe D. (2008). *Psiquiatria da infância e adolescência*. Porto Alegre: Artmed.

Tardivo, L. S. de la P. C., Nicoletti, É. A., Simurro, S., Rizzini, M. A., & Skarbinik, R. (1999). A estruturação do ego: o estudo do grau de estruturação do ego de profissionais de saúde através do Questionário Desiderativo. *Psic: Revista da Vetor Editora*, 1(1), 28-34.

Tardivo, L.S.P.C. (2004). *O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje: reflexões psicológicas-encontros e viagens*. Tese (Livre Docência). Instituto de Psicologia, USP, São Paulo, SP.

Tardivo, L.S.P.C. (2007). *Adolescência e sofrimento emocional*. São Paulo: Vetor.

Tardivo, L.S.P.C. & Pinto Junior, A. A. (2008). Violência contra crianças e adolescentes: reflexões sobre o pensar e o fazer do psicólogo clínico. In: Rosa, J. T.; Motta, I.F. (Orgs.). *Violência e sofrimento de crianças e adolescentes na perspectiva winnicottiana*. Aparecida: Ideias & Letras/FAPESP, 187-208.

Tardivo, L.S.P.C. (2010). Estudo da personalidade de crianças vítimas de violência doméstica a partir do emprego do questionário desiderativo. In *9º Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica - EMAP* Belo Horizonte, MG.

Tardivo, L.S.P.C. (2012). *El test de apercepcion tematica infantil con figuras de animales en la evaluacion psicologica de niños victimas de malos tratos en el hogar*. *Psicodiagnosticar* (Buenos Aires), 22, 13-28.

Tardivo, L. S. P. C. & Vieira, F. C. (2012). Avaliação Psicológica de crianças vítimas de violência doméstica por meio do teste das fábulas de Duss. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Rorschach*, 10, 15-40.

Tardivo, L. S. P. C. (2016). A violência doméstica em crianças e adolescentes: Expressão e compreensão das consequências com o uso de métodos projetivos. In: *Anais do VIII Congresso da ASBRO*: Florianópolis, SC, organizado por Erika Tiemi Kato Okino ... [et al.]. – Ribeirão Preto, São Paulo. (p.13-25)
https://www.asbro.org.br/arquivos/Metodos_projetivos_e_suas_demandas_na_Psicologia_Cocontemporanea_Livro_CD_VIII_Cong_ASBRo_2016.pdf

Tardivo, L. S. P. C. & Pinto Júnior, A. (2016) Questionário Desiderativo na avaliação psicológica de agressores sexuais de crianças e adolescentes. In: *Anais do VIII Congresso da ASBRO*: Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 31 de agosto a 03 de setembro de 2016 / organizado por Erika Tiemi Kato Okino ... [et al.]. – Ribeirão Preto, São Paulo. (p.542-554)
https://www.asbro.org.br/arquivos/Metodos_projetivos_e_suas_demandas_na_Psicologia_Contemporanea_Livro_CD_VIII_Cong_ASBRo_2016.pdf

Tardivo, L.S.P.C.; Fernandes, A. P. C; Silva, B.A.; Sebestyen, C.; Chaves, G.; Albuquerque, L.; Ferreira, L.S.; Alhanat, M.D.; Rosa, H. R. & Banhos, M. (2017) O Adolescente em São Paulo Hoje: Oficinas Terapêuticas com o Procedimento de Desenho-Estória com Tema (DE-T) In: *Anais da 15ª Jornada Apoiar*.

Tardivo, L.S. P. C. & cols (2017). “O Questionário Desiderativo no Brasil: Fidedignidade, Validação e Respostas mais Frequentes”. [Trabalho não publicado]. Departamento de Psicologia Clínica IP-USP

The jamovi project (2022). *jamovi*. (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

Van Kreveken, A. (1956). The Use of Pigm's Test with Children. *Journal of Projective Techniques*, 20:2, 235-242.
<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/08853126.1956.10380694?needAccess=true>

Thiollent, M. (2011). *Metodologia da pesquisa-ação*. 6ª ed.: São Paulo: Cortez.

Travassos, M. R. C. & Ceccarelli, P.R. (2016). Ritos de passagem: o lugar da adolescência nas sociedades indígenas Tembé Tenetehara e Kaxuyana. *Reverso*, 38(71), 99-106.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010273952016000100011&lng=pt&tlng=pt.

Trevisan, J. (2004). Psicoterapia psicanalítica e depressão de difícil tratamento: à procura de um modelo integrador. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26(3), 319-328. <https://www.scielo.br/j/rprs/a/p6rKgKKb4Mf7xFmMFMgJwSv/?lang=pt>

Trinca, W. (2020). *Formas lúdicas de investigação em psicologia: Procedimento de Desenhos-Estórias e Procedimento de Desenhos de Família com Estórias*. São Paulo: Vetor.

Triviños, A. N. S. (1992). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1992.

Van Kolck, O. L. (1981). *Técnicas de Exame Psicológico e Suas Aplicações no Brasil*. Petrópolis: Vozes.

Watson, D.; Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of Positive and Negative Affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.

Winnicott, D. (2022). A adolescência. In: *Donald Winnicott Obras Completas*. Ubu editora. 1664 p. (Texto original publicado em 1960)

Winnicott, D. W. (1983.) *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre o desenvolvimento emocional*. Trad.: Irineo Constantino Schch Ortiz. Porto Alegre: Artmed (Trabalho original publicado em 1960)

Winnicott, D. W. (1989/1994). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre. Ed. Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1968[1967])

Winnicott, D. W. (2001). *Holding e Interpretação*. Trad.: Sônia Maria Tavares Monteiro Barros. 2ª ed.: São Paulo: Martins Fontes. (Primeira edição em 1986)

Yazlle, M. E. H. D. (2006). Gravidez na adolescência. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 443-4

Zavaschi ML, Satler F, Poester D, Vargas CF, Piazenski R, Rohde LAP, et al. (2002) Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Rev Bras Psiquiatria*; 24:189-95.

ANEXOS

ANEXO 1a: QUESTIONÁRIO DESIDERATIVO: INSTRUÇÕES DE APLICAÇÃO

Deve-se fazer a pergunta inicial Positiva:

“Se você não pudesse ser uma pessoa, o que mais gostaria de ser?”

Essa é a Escolha Ilimitada, ou seja, o participante, escolhe livremente. A partir da escolha, deve-se perguntar **“Por quê?”**

Anota-se a resposta e essa resposta é denominada 1+.

Passa-se às Escolhas Limitadas. Faz-se uma segunda pergunta, excluindo-se o tipo de escolha (reino) já feita pelo sujeito em 1+.

Deve-se fazer a segunda pergunta Positiva:

“Se não pudesse ser nem uma pessoa (nem animal, vegetal ou algo do reino inanimado, ou seja, exclui-se o que o sujeito respondeu) o que mais gostaria de ser? E por quê?”

Anota-se a resposta e essa resposta é denominada 2+ (escolha limitada).

Deve-se fazer a terceira pergunta Positiva:

“Se não pudesse ser nem uma pessoa nem (exclui-se a resposta da 1+) nem (a resposta dada a 2+) o que você mais gostaria de ser? Por quê?”

Anota-se a resposta e essa resposta é denominada 2+.

Em seguida são feitas as perguntas referentes às rejeições, ou seja, as respostas NEGATIVAS.

Procede-se a mesma abordagem, visando obter as Rejeições.

Deve-se fazer a pergunta inicial Negativa:

“Se você não pudesse ser uma pessoa, o que menos gostaria de ser?” A partir da resposta dada se perguntar **“Por quê?”**

Anota-se a resposta e essa resposta é denominada 1-.

Passa-se às Escolhas Limitadas. Faz-se uma segunda pergunta, excluindo-se o tipo de escolha (reino) já feita pelo sujeito em 1-.

Deve-se fazer a segunda pergunta Negativa:

“Se não pudesse ser nem uma pessoa (nem animal, vegetal ou algo do reino inanimado, ou seja, exclui-se o que o sujeito respondeu) o que menos gostaria de ser? E por quê?”

Anota-se a resposta e essa resposta é denominada 2- (escolha limitada).

Deve-se fazer a terceira pergunta Negativa:

“Se não pudesse ser nem uma pessoa nem (exclui-se a resposta da 1-) nem (a resposta dada a 2-) o que você menos gostaria de ser? Por quê?”

Anota-se a resposta e essa resposta é denominada 3-.

Observação: Não são aceitas respostas antropomórficas como personagens, super-heróis, figuras míticas ou fantásticas (fadas, bruxas, santos, anjos). Diante dessa resposta, indaga-se *por que*, e a pergunta é refeita, explicando melhor que, deve-se escolher entre o que existe no mundo. Quando a resposta não é dada, pode-se fazer uma indução, ou seja, pode-se induzir: *“entre animais, vegetais e inanimados, o que mais gostaria de ser?”* E depois, tenta-se continuar o questionário. Se a pessoa consegue dar uma resposta a um dos reinos, pode-se também induzir os demais. Essas induções devem ser anotadas. Se mesmo após indução o sujeito não consegue responder a todas as questões do teste, o material parcial obtido é analisado e o teste pode ser, assim, considerado incompleto (Nijamkim & Braude, 2000).

**ANEXO 1b: QUESTIONÁRIO DESIDERATIVO: FOLHA DE RESPOSTAS
CONSIGNAS**

I. Identificação

Aplicador: _____

Nome: _____

Sexo: M() F() Idade: _____ Escolaridade: _____

() Grupo Clínico[ADOLESCENTES COM DEPRESSÃO] () Grupo Controle

II. Consigna Positiva

O aplicador deve perguntar: *Se você não pudesse ser uma pessoa, o que mais gostaria de ser? ... Por quê?*

Obs.: Induzir se não vier a resposta aceita: animal, vegetal ou inanimado. O aplicador anota.

1+ TR _____ Induzido? ()

2+ TR _____ Induzido? ()

3+ TR _____ Induzido? ()

III. Consigna Negativa

O aplicador deve perguntar: *Se você não pudesse ser uma pessoa, o que menos gostaria de ser? ... Por quê?*

Obs.: Induzir se não vier a resposta aceita: animal, vegetal ou inanimado. O aplicador anota.

1- TR _____ Induzido? ()

2- TR _____ Induzido? ()

3- TR _____ Induzido? ()

**ANEXO 1c: QUESTIONÁRIO DESIDERATIVO:
CRITÉRIOS DE ANÁLISE ASPECTOS GERAIS E ESPECÍFICOS E PONTUAÇÃO ÍNDICE DE FORÇA
DE EGO (Tardivo, 2017)**

ASPECTOS GERAIS

1. **Teste completo:** o sujeito responde a todos os reinos (animal, vegetal e inanimado) com as devidas racionalizações (porquês) nas catexias positivas e negativas.
Sim= 1 Não =0
2. **Perseveração:** o sujeito apresenta mais de um símbolo em um ou mais reinos nas catexias positivas ou nas negativas. Ex: 1+ cachorro, porque é o melhor amigo do homem. 2+ uma borboleta, porque pode voar. Geralmente, quando o sujeito persevera em um ou mais reinos, há necessidade de indução.
Ausente 0=1 Presente 1=0
3. **Resposta antropomórfica:** São as escolhas de elementos pára-humanos, ou seja, elementos nos quais permanece presente a identidade humana. Ex: Super-Homem, Fantasma, Mulher Maravilha etc.
Ausente 0=0 Presente 1=0

CATEGORIAS ESPECÍFICAS PARA AS RESPOSTAS (CATEXIAS POSITIVAS E NEGATIVAS)

4. **Tempo de Reação:** refere-se ao lapso de tempo entre a consigna (perguntas feitas a fim de se obter escolhas ou rejeições) e o aparecimento da resposta do participante. O tempo esperado (normal) oscila entre 10 e 30 segundos, o tempo longo é o maior de 30 segundos e o tempo reduzido é aquele menor de 10 segundos, segundo as autoras de manual publicado no Brasil (Nijamkin & Braude, 2000).
5. **Adequação à consigna:** refere à capacidade do sujeito de realizar o teste, ou seja, de se imaginar temporariamente como não humano e que não sentiu a consigna como um ataque concreto à integridade de seu Ego, mas que a vivenciou em um nível simbólico (Nijamkin & Braude, 2000). Nessa categoria, a resposta será classificada em adequada, inadequada ou por indução (Quando o sujeito persevera em um ou mais reinos; muito comum em respostas de crianças e adolescentes, segundo Grassano, 1997).
Adequada= 2 inadequada = 0 por indução= 1
6. **Escolha do reino:** as catexias positivas do teste representam valores que o sujeito deseja conservar. Já as catexias negativas dizem respeito a valores, atributos e características indesejáveis dos objetos, ou seja, o que se deseja perder, livrar-se, enfim, rejeitar (Medeiros & Pinto Junior, 2006). Cada resposta, nos três reinos positivos e negativos, nesse estudo deverá ser descrita para indicar as mais frequentes por reino.
7. **Qualidade da resposta (símbolo e da racionalização):** Cada símbolo e referida racionalização (tanto nas catexias positivas quanto nas negativas) deve ser avaliada em termos de sua qualidade. A resposta do tipo **Convencional** (Comum) é aquela que a maioria dos sujeitos responde, por exemplo, árvore, flor, ave/pássaro, rosa, cachorro, cavalo, planta, gato, leão, peixe, pedra... A resposta do tipo **Original** (criativa e adequada) é aquela que apresenta menor frequência entre os sujeitos, tendo relação com a criatividade, a intuição, a flexibilidade cognitiva e emocional. Por exemplo: albatroz, bailarina de porcelana, berinjala, banco de praça, cloreto de sódio, fóssil, jornal. As respostas do tipo **Bizarra** são aquelas muito diferentes, com associações marcadamente idiossincrásicas inapropriadas ou esquisitas. São respostas comumente compatíveis com a existência de uma psicose, psicopatia ou um quadro orgânico mais grave. Exemplos: Deus, um Santo, uma Fada; objetos desagregados, como areia; objetos isolados, como cacto no deserto.
Convencional = 1 Original= 1,5 Bizarra= 0
8. **Dissociação:** capacidade de discriminar os aspectos valorizados dos aspectos desvalorizados e indica a possibilidade de reconhecer situações que geram ansiedade e de identificar os recursos para controlá-la (Nijamkin & Braude, 2000). As respostas serão categorizadas em **Dissociação adequada** (Ex. animal positivo: “Um cachorro, porque é o melhor amigo do homem; animal negativo: “Uma cobra, porque é venenosa”); ou **Dissociação inadequada** (Ex. inanimado positivo: “veneno, porque mata”; inanimado negativo: “um livro, porque instrui”).
Adequada= 2 Inadequada = 0
9. **Identificação Projetiva:** é o mecanismo pelo qual o Ego deposita um aspecto de si num símbolo com o qual se identifica. No Questionário Desiderativo, a identificação projetiva é reconhecida através da capacidade do sujeito em escolher símbolo adequadamente estruturado e com consistência (Nijamkin & Braude, 2000). As respostas dos adolescentes serão categorizadas em **Símbolo estruturado** (Ex. animal positivo: “um gato, porque é um animal limpo”) ou **Símbolo não estruturado** (Ex. “inanimado negativo: a morte, porque é sombria”).
Símbolo estruturado= 1 Símbolo não estruturado=0
10. **Racionalização:** procedimento pelo qual o sujeito tenta oferecer uma explicação coerente do ponto de vista lógico ou aceito socialmente para uma atitude, ato, ideia ou sentimento. No Questionário

Desiderativo, a racionalização se evidencia quando o indivíduo justifica sua escolha e pode fazê-lo dentro da lógica formal (Nijamkin & Braude, 2000). As respostas dos adolescentes serão categorizadas em **Racionalização adequada** (Ex. vegetal positivo: “uma flor, porque é cheirosa; vegetal negativo: “uma urtiga, porque causa coceira”); ou **Racionalização inadequada** (Ex. inanimado negativo: um relógio, porque vive parado; animal negativo: “um cachorro, porque é traiçoeiro”).

Adequada= 1 Inadequada=0

11. **Perspectiva vincular da resposta:** refere-se ao tipo de respostas ao Questionário Desiderativo, determinado pela capacidade ou não do sujeito em estabelecer vínculo ou relação com o outro. Respostas narcisistas incluem racionalizações com ausência de objeto e de relações objetais, e respostas que incluem o outro indicam racionalizações que aludem à presença do outro e de relações objetais (Nijamkin & Braude, 2000). As respostas dos adolescentes serão categorizadas em **Resposta Narcísica** (Ex. inanimado positivo: “dinheiro, para poder comprar tudo o que eu desejar”); ou **Resposta que inclui o outro** (Ex. inanimado positivo: “remédio, porque cura os doentes”).

Narcísica=0 Inclui o outro=1

ANEXO 1d: QUESTIONÁRIO DESIDERATIVO: FOLHA DE RESPOSTAS
ASPECTOS GERAIS, ESPECÍFICOS E ÍNDICE DE FORÇA DE EGO (a partir das orientações de Tardivo, 2017)

Aplicador: _____ Nome: _____ Sexo: M() F() Idade: _____ Escolaridade: _____ () Grupo Clínico[ADOLESCENTES COM DEPRESSÃO] () Grupo Controle				
ASPECTOS GERAIS				FORÇA DE EGO (pontuação total)
Teste Completo (Max: 1 ponto)	Sim (1) ()	Não (0) ()		
Perseveração (Max: 2 pontos) 1+ 2+ 3+ 1- 2- 3-	Ausência por catexia (1)	Presença por catexia (0)		
Resposta Antropomórfica (Max: 2 pontos) 1+ 2+ 3+ 1- 2- 3-	Ausência por catexia (1)	Presença por catexia (0)		
CATEGORIAS ESPECÍFICAS				
Tempo de Reação 1+ 2+ 3+ 1- 2- 3-	Curto (menor de 10")	Normal (10 a 30")	Longo (maior de 30")	-----
Adequação a consigna (Max: 12 pontos) 1+ 2+ 3+ 1- 2- 3-	Adequada (2)	Inadequada (0)	Por indução (1)	
Escolha do Reino (indicar) 1+ 2+ 3+ 1- 2- 3-				-----
Qualidade da resposta (Max: 9 pontos) 1+ 2+ 3+ 1- 2- 3-	Convencional (1)	Original (1,5)	Bizarra (0)	
Dissociação (Max: 12 pontos) 1+ 2+ 3+ 1- 2- 3-	Adequada (2)	Inadequada (0)		

Identificação projetiva (Max: 6 pontos) 1+ 2+ 3+ 1- 2- 3-	Símbolo estruturado (1)	Símbolo não estruturado (0)		
Racionalização (Max: 6 pontos) 1+ 2+ 3+ 1- 2- 3-	Adequada (1)	Inadequada (0)		
Perspectiva vincular da resposta (Max: 6 pontos) 1+ 2+ 3+ 1- 2- 3-	Narcísica (0)	Inclui o outro (1)		
				Total Possível: 56 Total alcançado: ()

ANEXO 2: **INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK**

BDI-II
Inventário de Depressão de Beck
Folha de Aplicação/Respostas

Nome: _____

RG: _____ CPF _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Local de Nascimento: _____ Cidade/Estado/País _____/_____/_____

Idade(anos e meses) _____ Sexo: M() F() Escolaridade: _____

Curso/Série: _____ Escola/Instituição: _____ Pública() Privada()

Ocupação: _____ Telefone/Celular: _____

Data da Aplicação: ____/____/____ Aplicador: _____

Autorizo uso sigiloso em pesquisa: (assinatura) _____

Instruções: Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente. Depois escolha uma frase de cada grupo, que melhor descreve o modo como você tem se sentido nas **duas últimas semanas**, incluindo o dia de hoje. Faça um círculo em volta do número (0,1,2 ou 3), correspondente à afirmação escolhida em cada grupo. Se mais de uma afirmação em um grupo lhe parecer igualmente apropriada, escolha a de número mais alto nesse grupo. Verifique se não marcou mais de uma afirmação por grupo, incluindo o item 16 (alterações no padrão de sono) e o item 18 (alterações de apetite).

1. Tristeza

- 0 Não me sinto triste.
- 1 Eu me sinto triste grande parte do tempo.
- 2 Estou triste o tempo todo.
- 3 Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.

2. Pessimismo

- 0 Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro.
- 1 Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume.
- 2 Não espero que as coisas dêem certo para mim.
- 3 Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.

3. Fracasso passado

- 0 Não me sinto um(a) fracassado(a).
- 1 Tenho fracassado mais do que deveria.
- 2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos.
- 3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total.

4. Perda de prazer

- 0 Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto.
- 1 Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.
- 2 Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar.
- 3 Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que eu costumava gostar.

5. Sentimento de culpa

- 0 Não me sinto particularmente culpado(a).
- 1 Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou deveria ter feito.
- 2 Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo.
- 3 Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.

6. Sentimento de punição

- 0 Não sinto que estou sendo punido(a).
- 1 Sinto que posso ser punido(a).
- 2 Eu acho que serei punido(a).
- 3 Sinto que estou sendo punido(a).

7. Autoestima

- 0 Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a).
- 1 Perdi a confiança em mim mesmo(a).
- 2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a).
- 3 Não gosto de mim.

8. Autocrítica

- 0 Não me critico nem me culpo mais que o habitual.
- 1 Estou mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser.
- 2 Eu me critico por todos os meus erros.
- 3 Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.

(Restante do material ocultado por proteção aos direitos autorais)

ANEXO 3: INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK*

Data: ___/___/___

BAI

Nome: _____

Estado Civil: _____ Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: ___ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

	Absolutamente não	Levemente Não me incomoda muito	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pode suportar	Gravemente Difícilmente pode suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo de aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Termo de Assentimento Livre e Esclarecido TALE



TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - AO PARTICIPANTE

I - DADOS SOBRE A PESQUISA

Pesquisadora Responsável: Rita de Cassia de Souza Sá – Mestranda em Psicologia Clínica IP.USP- Psicóloga CRP 06/99556

Contato: (13) 98812.7892 psicologa_rita@usp.br

Orientação: Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo, Professora Livre Docente Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo IPUSP; Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do IPUSP

Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Endereço: Av. Professor Mello Moraes, 1721. Butantã, CEP: 05.508-030, São Paulo.

Comitê de Ética em Pesquisa do IPUSP: ceph.ip@usp.br e telefone (11) 3091-4182

1- A presente pesquisa centra-se no campo da Psicologia, especialmente em aspectos da saúde mental, tendo como objetivo conhecer como as pessoas se expressam em questionários de simples compreensão e por meio de desenhos; pesquisa que será realizada sob orientação, dentro da escola onde você estuda.

2- A sua participação apresenta risco mínimo, pois, você deverá apenas responder livremente a três questionários, baseados em perguntas muito simples, assim como, produção de desenho(s). Mas, pode gerar algum desconforto emocional por se tratar de questões que envolvem aspectos da saúde mental como depressão e ansiedade. Se houver necessidade de orientação, você pode pedir, estando a equipe responsável disponível para atendê-lo(a), ou, encaminhando a um serviço que possa fazê-lo. Além disso, ações psicointerventivas como palestras e/ou oficinas serão realizadas no seu ambiente escolar, de modo a mitigar os possíveis desconfortos e impactos gerados pela pesquisa, assim como sendo essa uma oportunidade de esclarecer temas que envolvem saúde mental e seus desdobramentos.

3- Será garantido o anonimato na sua participação, e seus dados serão mantidos em sigilo quando divulgados os resultados do estudo.

4- Você está sendo convidado a participar voluntariamente, portanto, podendo se recusar, sem nenhuma dificuldade ou consequência.

6- A pesquisa tem finalidades acadêmicas e científicas, e os resultados poderão embasar artigos científicos e medidas preventivas em diferentes contextos que poderão ajudar você e outros jovens futuramente.

7- Você poderá conhecer todas as fases do estudo; e poderá solicitar orientação quando julgar necessário, podendo retirar seu consentimento a qualquer momento sem nenhum constrangimento.

8- Você poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis acima citadas e com o Comitê de Ética responsável sempre que julgar necessário.

9- Este Termo de Assentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá pesquisadora responsável e outra será enviada a você no e-mail informado, com a devida assinatura da pesquisadora.

(e-mail _____)

II - AUTORIZAÇÃO

Após os esclarecimentos dos objetivos e dos procedimentos da presente pesquisa, tendo garantida a não identificação dos participantes, manifesto meu assentimento à minha participação.

Nome, RG e assinatura

Rita de Cassia de Souza Sá
R.G. 37.117.210-x / CRP: 06/99556
Pesquisadora Responsável

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo
Orientação

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
AO RESPONSÁVEL****I - DADOS SOBRE A PESQUISA**

Pesquisadora Responsável: Rita de Cassia de Souza Sá – Mestranda em Psicologia Clínica IPUSP- Psicóloga CRP 06/99556

Contato: (13) 98812.7892 psicologa_rita@usp.br

Orientação: Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo, Professora Livre Docente Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo IPUSP; Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do IPUSP

Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Endereço: Av. Professor Mello Moraes, 1721. Butantã, CEP: 05.508-030, São Paulo.

Comitê de Ética em Pesquisa do IPUSP: ceph.ip@usp.br e telefone (11) 3091-4182

1- A presente pesquisa centra-se no campo da Psicologia e tem como objetivo compreender o contexto das condutas dos adolescentes e jovens, por meio de sua expressão em três questionários de simples compreensão e uma produção gráfica, protocolo de pesquisa que será realizado sob orientação, dentro da escola onde ele(a) estuda.

2- A participação do seu filho(a) apresenta risco mínimo, pois deverá fazer um desenho e responder a três questionários, baseados em perguntas muito simples. Mas, pode gerar algum desconforto emocional por se tratar de questões que envolvem aspectos da saúde mental como depressão e ansiedade. Se houver necessidade de orientação, você pode pedir, estando a equipe responsável disponível para atendê-lo(a), ou, encaminhando a um serviço que possa fazê-lo. Além disso, ações interventivas como palestras e/ou oficinas serão realizadas no ambiente escolar ao adolescente, de modo a mitigar os possíveis desconfortos e impactos gerados pela pesquisa, assim como sendo essa uma oportunidade de esclarecer temas que envolvem saúde mental e seus desdobramentos.

3- Será garantido o anonimato nessa participação, tanto seu quanto do jovem participante.

4- O(a) senhor(a) está sendo convidado a permitir que seu filho participe voluntariamente, portanto, podendo se recusar, sem nenhuma dificuldade ou consequência.

6- A pesquisa tem finalidades acadêmicas e científicas, e os resultados poderão embasar artigos científicos e medidas preventivas em diferentes contextos que poderão ajudar seu filho e outros jovens futuramente.

7- O(a) senhor(a) poderá conhecer todas as fases do estudo; e poderá solicitar orientação quando julgar necessário, podendo retirar seu consentimento a qualquer momento sem nenhum constrangimento.

8- O(a) senhor(a) poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis acima citadas e com o Comitê de Ética responsável sempre que julgar necessário.

9- Este Termo de Assentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá pesquisadora responsável e outra será enviada ao(a) senhor(a) no e-mail informado, com a devida assinatura da pesquisadora.
(e-mail _____)

II - AUTORIZAÇÃO

Após os esclarecimentos dos objetivos e dos procedimentos da presente pesquisa, tendo garantida a não identificação dos participantes, manifesto meu consentimento que meu(minha) filho(a) _____ participe.

Nome, RG e assinatura do responsável

Rita de Cassia de Souza Sá
R.G. 37.117.210-x / CRP: 06/99556
Pesquisadora Responsável

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo
Orientação

APÊNDICE C: Termo de Autorização TA

TERMO DE CONSENTIMENTO/AUTORIZAÇÃO DIRETOR/COORDENADOR DA ESCOLA

I - DADOS SOBRE A PESQUISA

Orientação: Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo, Professora Livre Docente Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo IPUSP; Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do IPUSP

Pesquisadora Responsável: Rita de Cassia de Souza Sá – Mestranda em Psicologia Clínica IPUSP- Psicóloga CRP 06/99556

Contato: (13) 98812.7892 psicologa_rita@usp.br

Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Endereço: Av. Professor Mello Moraes, 1721. Butantã, CEP: 05.508-030, São Paulo.

Comitê de Ética em Pesquisa do IPUSP : ceph.ip@usp.br e *telefone (11) 3091-4182*

1- A presente pesquisa centra-se no campo da Psicologia, especialmente em aspectos da saúde mental, tais quais, depressão e ansiedade, tendo como objetivo compreender o contexto das condutas dos adolescentes, especialmente alunos do último ano do Ensino Médio, por meio de sua expressão em três questionários de simples compreensão e uma produção gráfica, protocolo de pesquisa que será realizado sob orientação.

2- A participação apresenta risco mínimo, pois o participante deverá responder aos questionários, baseados em perguntas muito simples e um desenho. Se houver necessidade de orientações e esclarecimentos você poderá solicitar a pesquisadora em qualquer momento da pesquisa.

3- Será garantido o anonimato nessa participação, tanto da direção caso deseje, e sobre os dados pessoais dos alunos e seus responsáveis.

4- O aluno será convidado a participar voluntariamente, portanto, podendo se recusar, sem nenhuma dificuldade ou consequência.

6- A pesquisa tem finalidades acadêmicas e científicas, e os resultados poderão embasar artigos científicos e medidas preventivas em diferentes contextos.

7- O(a) senhor(a) poderá conhecer todas as fases do estudo; e poderá solicitar orientação quando julgar necessário, podendo retirar seu consentimento a qualquer momento sem nenhum constrangimento.

8- O(a) senhor(a) poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis acima citadas e com o Comitê de Ética responsável sempre que julgar necessário.

9- Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em seu poder e outra com a pesquisadora responsável.

II - AUTORIZAÇÃO

Após os esclarecimentos dos objetivos e dos procedimentos da presente pesquisa, tendo garantida a não identificação dos participantes, manifesto meu consentimento e apoio à participação dos adolescentes estudantes desta escola.

Nome, RG e assinatura da Direção ou Coordenação da escola

Rita de Cassia de Souza Sá
R.G. 37.117.210-x / CRP: 06/99556
Pesquisadora Responsável

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo
Orientação