

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

**A Depressão em Filhos Adolescentes num Sistema Familiar de
Pais Separados e a Identificação do Tipo de Intervenção**

Dissertação

Hortência Cristina Quinhas Fernandes Lopes

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

**A Depressão em Filhos Adolescentes num Sistema Familiar de Pais
Separados e a Identificação do Tipo de Intervenção**

**Dissertação apresentada em cumprimento dos requisitos parciais para a obtenção do
grau do Mestrado em Terapia Familiar e Comunitária**

Maputo, Dezembro de 2013

Comité do Júri

Presidente: Prof. Doutor Arlindo Siteo, UEM

Examinador Externo: Prof^a Dra. Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher-Maluschke
Professora Emérita da UNB, Professora da Pós Graduação em
Psicologia da Universidade Católica de Brasília.
Coordenadora do GT´da ANPEPP "Família, Processos de
Desenvolvimento e Promoção da Saúde"

Supervisor: Prof. Doutora Bernadete Tesoura, UEM

**A Depressão em Filhos Adolescentes num Sistema Familiar de Pais Separados e a
Identificação do Tipo de Intervenção**

© 2013, HORTÊNCIA CRISTINA QUINHAS FERNANDES LOPES

A Depressão em Filhos Adolescentes num Sistema Familiar de Pais Separados e
a Identificação do Tipo de Intervenção

Dissertação de Mestrado submetida à prova pública aos 06 de Dezembro de
2013, às 09H00, na Faculdade de Educação da Universidade Eduardo Mondlane
nos termos de Regulamento dos Cursos de Mestrado em vigor na UEM

Por

Hortência Cristina Quinhas Fernandes Lopes

23 de Maio de 1971

Maputo, Moçambique

Supervisora

Prof. Doutora Bernadete Tesoura

Co-supervisora

Doutora Lénia Mapelane

DECLARAÇÃO DE HONRA

Declaro que esta dissertação nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau ou num outro âmbito e que ele constitui o resultado do meu labor individual. Esta dissertação é apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Mestrado em “Terapia Familiar e Comunitária”, da Universidade Eduardo Mondlane.

Autora

Hortência Cristina Quinhas Fernandes Lopes

Maputo, Dezembro de 2013

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, ao meu esposo Helder Lopes, aos meus filhos João Anderson Lopes e Frank Liang Lopes.

O mesmo estende-se para todas as crianças e adolescentes, filhos de pais separados, que sofrem de depressão e de problemas emocionais.

AGRADECIMENTOS

Agradecer a Deus pela força que me deu nesta caminhada do mestrado.

Aos meus pais, por me amarem e sempre vibrarem com as minhas conquistas.

Ao meu esposo e filhos, pelo carinho e compreensão acima de todas as dificuldades enfrentadas nesta etapa da minha vida.

À Dra. Ana Bela Ratilal, por ter-me orientado a fazer este mestrado.

À minha supervisora, Prof. Dra. Bernadete Tesoura, por ter sido incansável nos momentos mais difíceis, pela força, insistência, pela dedicação e disponibilidade na orientação do trabalho, pois seu apoio foi de grande importância.

À Co-supervisora Dra. Lénia Mapelane, pela orientação, disponibilidade que deu ao longo do trabalho.

Ao Prof. Dr. Balegamire, pela força e encorajamento ao longo de todo o mestrado.

À Dra. Ana Paula Barreto, pelo apoio prestado e pela sua disponibilidade.

À colega do Mestrado em Terapia Familiar e Comunitária, Abiba Mamade, pela força e pelas orientações dadas.

Muito obrigado a todos.

ÍNDICE

DECLARAÇÃO DE HONRA	VI
DEDICATÓRIA.....	VII
AGRADECIMENTOS	VIII
ÍNDICE.....	IX
RESUMO.....	XII
LISTA DE ABREVIATURAS.....	XIII
LISTA DE GRÁFICOS.....	XIV
LISTA DE TABELAS	XV
INTRODUÇÃO GERAL.....	1
CAPÍTULO I: CONTEXTUALIZAÇÃO	4
1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO	4
1.2. CONSULTA BIBLIOGRÁFICA.....	5
1.3. PROBLEMA	5
1.4. OBJECTIVOS.....	6
1.4.1. <i>Objectivo geral</i>	6
1.4.2. <i>Objectivos específicos</i>	7
1.5. HIPÓTESES.....	7
1.6. PERGUNTAS DE PESQUISA	7
1.7. QUADRO GERAL DA PESQUISA.....	8
1.8. SÍNTESE	8
CAPÍTULO II: REVISÃO DA LITERATURA	10
2.1. INTRODUÇÃO.....	10
2.2. CONCEITO DE ADOLESCÊNCIA.....	10
2.2.1. <i>Fases da adolescência e suas características</i>	11
2.2.2. <i>Tarefas de desenvolvimento na adolescência</i>	16
2.3. CONCEITO DE IDENTIDADE.....	17
2.4. CONCEITO DE FAMÍLIA	17
2.5. O DIVÓRCIO E SEPARAÇÃO DE PAIS	18
2.5.1. <i>Problemas psicológicos que afectam os adolescentes filhos de pais separados</i>	18
2.6. CONCEITO DE DEPRESSÃO	19
2.7. ETIOLOGIA DA DEPRESSÃO.....	22
2.8. CONCEITO DO SISTEMA	22
2.9. CONCEITO DE INTERVENÇÃO	23
3. APRESENTAÇÃO DOS MODELOS TEÓRICOS.....	23
3.1. MODELO SISTÊMICO.....	24
3.1.1. <i>Princípios do modelo sistémico</i>	26
3.1.2. <i>Objectivos sistémicos</i>	26
3.1.3. <i>Estratégia de intervenção</i>	26
3.2. MODELO PSICODINÂMICO.....	27
3.2.1. <i>Princípios do modelo psicodinâmico</i>	29
3.2.2. <i>Objectivos psicodinâmicos</i>	29
3.2.3. <i>Proposta de intervenção</i>	29

3.3. MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL	29
3.3.1. <i>Princípios do modelo cognitivo-comportamental</i>	30
3.3.2. <i>Objectivos do modelo cognitivo-comportamental</i>	31
3.3.3. <i>Estratégias de intervenção</i>	31
3.4. MODELO FENOMENOLÓGICO	31
3.4.1. <i>Princípios do modelo fenomenológico</i>	32
3.4.2. <i>Estratégias de intervenção</i>	32
4. SÍNTESE	32
CAPÍTULO III: METODOLOGIA	35
3.1. INTRODUÇÃO	35
3.2. PROJECTO DE PESQUISA SOBRE O CAMPO.....	36
3.2.1. <i>Investigação Quantitativa</i>	37
3.2.2. <i>Investigação Qualitativa</i>	38
3.2.3. <i>Pesquisa descritiva e analítica</i>	38
3.3. ESTUDO QUANTITATIVO: COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA	39
3.4. APRESENTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA E DE ANÁLISE DOS DADOS	40
3.4.1. <i>O Questionário para os Adolescentes</i>	40
3.5. ESTUDO QUALITATIVO: APRESENTAÇÃO DO CASO.....	44
3.5.1. <i>Motivo da consulta</i>	44
3.5.2. <i>O psicodiagnóstico: Instrumentos</i>	45
3.5.2.1. <i>Anamnese</i>	45
3.5.2.2. <i>Administração dos testes</i>	52
3.6. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA E SUA REFORMULAÇÃO	55
3.7. A FIABILIDADE E VALIDADE DOS INSTRUMENTOS DA AVALIAÇÃO.....	56
3.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	56
3.9. SÍNTESE	57
CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	59
4.1. INTRODUÇÃO.....	59
4.1.1. <i>Descrição do processo de análise de dados</i>	59
4.1.2. <i>Análise de documentos</i>	60
4.1.3. <i>Análise e interpretação dos resultados</i>	60
4.1.3.1. <i>A amostra</i>	61
4.2. ESTUDO DO CASO	66
4.2.1. <i>Resultados do psicodiagnóstico</i>	67
4.2.1.1. <i>Anamnese</i>	67
4.2.1.2. <i>Teste de Identificação Familiar-FIT</i>	68
4.2.1.3. <i>Inventário de Depressão de Beck</i>	69
4.2.1.4. <i>Questionário Pessoal (PQ)</i>	70
4.2.1.5. <i>Resultados da entrevista semi-estruturada</i>	70
4.3. DIAGNÓSTICO	71
4.4. HIPÓTESE SISTÉMICA	71
4.5. PROPOSTA DE UM PLANO DE INTERVENÇÃO	73
4.6. SÍNTESE	76

CAPÍTULO V: CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	79
5.1. INTRODUÇÃO.....	79
5.2. CONCLUSÕES.....	79
5.3. RECOMENDAÇÕES.....	84
5.3.1. <i>Para os Pais</i>	84
5.3.2. <i>Para os Filhos Adolescentes</i>	85
5.3.3. <i>Para o CERPIJ-HCM</i>	86
5.3.4. <i>Para a UEM</i>	87
5.4. POSSÍVEIS IMPLICAÇÕES DA PESQUISA.....	88
5.5. LIMITAÇÕES.....	88
BIBLIOGRAFIA.....	90
ANEXOS.....	95
ANEXO I: QUESTIONÁRIO PARA OS ADOLESCENTES.....	96
ANEXO II: TESTES APLICADOS A PI.....	98
ANEXO III: ENTREVISTA PARA OS PAIS OU CUIDADORES.....	104
ANEXO IV: RESUMO DAS SESSÕES.....	105
ANEXO V: AUTORIZAÇÃO DO COMITÉ NACIONAL DA BIOÉTICA.....	110

RESUMO

A presente pesquisa tem como tema: “*A Depressão em Filhos Adolescentes num Sistema Familiar de Pais Separados e a Identificação do Tipo de Intervenção*”. Neste estudo, o interesse da investigadora é perceber se a separação ou divórcio dos pais contribui para o surgimento da depressão nos filhos adolescentes, e identificar o tipo de intervenção capaz de reestruturar o sistema de modo a permitir o seu funcionamento normal.

A pesquisa foi realizada no Hospital Central de Maputo, no Centro de Reabilitação Psicológica Infantil e Juvenil (CERPIJ), cujo grupo alvo da amostra foram os adolescentes com idade compreendida entre 15 e 17 anos, filhos de pais separados, com sintomatologia depressiva.

A revisão bibliográfica constituiu um elemento base para esta pesquisa, pois serviu para a problematização do tema, bem como a sustentabilidade do mesmo.

A metodologia de investigação foi do tipo quantitativo-qualitativo e descritivo-analítico, com estudo de caso. Os instrumentos usados para a recolha de dados foram o questionário do adolescente, inventário depressivo de Beck, o teste de identificação familiar, e a entrevista semi-estruturada.

A hipótese de partida refere que a separação dos pais contribui para o surgimento da depressão nos filhos adolescentes, enquanto que a hipótese nula diz respeito a separação dos pais a qual não tem influencia na depressão dos filhos adolescentes. Neste sentido os resultados da pesquisa confirmaram a hipótese de partida H1 e anularam a segunda hipótese H0.

As intervenções feitas aos casos em discussão no presente trabalho, utilizaram estratégias de várias teorias tais como: a Terapia Familiar a Psicodinâmica, a Cognitivo-Comportamental e Terapia Centrada no Cliente. Tais intervenções permitiram a reestruturação do sistema familiar, através de maior tomada de consciência da parte dos seus membros, sobre as suas dinâmicas relacionais e comunicativas na sua interação.

Ao longo deste estudo foram utilizadas as **palavras-chaves** pertinentes ao tema tais como: adolescência, identidade, depressão, família e sistema.

LISTA DE ABREVIATURAS

CERPIJ	- Centro de Reabilitação Psicológica Infantil e Juvenil
CEAP	- Centro de Estudos e Apoio Psicológico
F	- Família
FIT	- Teste de Identificação Familiar
HCM	- Hospital Central de Maputo
HPI	- Hospital Psiquiátrico de Infulene
PI	- Paciente Identificada
PQ	- Questionário Pessoal
T E	- Terapeuta
UEM	- Universidade Eduardo Mondlane

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Percentagem de participantes por género	40
Gráfico 2:	Mudanças comportamentais pela separação dos pais por sexo	41
Gráfico 3:	Sintomas presentes antes da separação dos pais	41
Gráfico 4:	Sintomas presentes depois da separação dos pais	42
Gráfico 5:	Alterações na vida do adolescente após a separação dos pais	43
Gráfico 6:	Sintomatologia depressiva antes e depois da separação dos pais	43
Gráfico 7:	O real e o ideal da PI em relação aos membros do sistema familiar	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Diagrama de desenvolvimento psicossocial (Eriksson 1974:166)	15
Tabela 2:	Sintomas depressivos da PI	54
Tabela 3:	Participantes à pesquisa por género	61
Tabela 4:	Mudanças comportamentais após a separação dos pais	62
Tabela 5:	Sintomas antes da separação	63
Tabela 6:	Sintomas depois da separação	64
Tabela 7:	Correlação da sintomatologia depressiva antes e depois da separação dos pais	65
Tabela 8:	Real e ideal da PI no sistema familiar	68
Tabela 9:	Real e ideal da PI em relação ao ideal da mãe do padrasto e da avó	68
Tabela 10:	Real da mãe e do padrasto, da mãe e da avó, do padrasto e da avó	69
Tabela 11:	Nível depressivo da PI	69
Tabela 12:	Metas de Intervenção	75
Tabela 13:	Estratégias de Intervenção	75
Tabela 14:	Técnicas de Intervenção	75

INTRODUÇÃO GERAL

A família é uma célula fundamental da sociedade, que acompanha a formação e o desenvolvimento do ser humano. Ela é composta por pessoas que estabelecem entre si profundas ligações emotivas, que são complexas e diferentes ao longo da vida. Muitas vezes, tais ligações unem várias gerações, podendo possuir elementos que, não tendo ligação biológica com a família, são no entanto, muito importantes no enredo das relações familiares.

No âmbito das relações, naquelas famílias com filhos vivenciando a separação ou o divórcio dos pais, estudos feitos por outros autores têm evidenciado que as crianças mais jovens são as mais afectadas pelo divórcio ou separação parental, porque são menos capazes de compreender os eventos familiares, as críticas; mais propensas à culpabilidade e à solidão, com menos acesso a possíveis apoios relacionais fora da família (Herbert 1999 e Craveiro 2009).

Este é um fenómeno que está a acontecer com maior frequência na sociedade moçambicana, e que leva as crianças, adolescentes e jovens, filhos de pais separados ou divorciados, a reagirem com comportamentos inadequados ou mesmo a sofrerem de certas patologias do foro psicológico, sendo uma delas a depressão.

É neste contexto que foi realizada esta investigação, que decorreu no Centro de Reabilitação Psicológica Infantil e Juvenil (CERPIJ), com adolescentes na faixa etária de 15 a 17 anos, filhos de pais separados e que sofrem de depressão. A investigação teve como tema: *“A Depressão em Filhos Adolescentes num Sistema Familiar de Pais Separados e a Identificação do Tipo de Intervenção.”*

Sendo este um tema de actualidade e de interesse social, porque se reconhece o adolescente como sendo um recurso, um valor dentro do sistema familiar e social, a colectividade não pode permanecer indiferente perante a questão que se impõe como prioritária e como um campo privilegiado a investir.

Neste campo de investimento, qualquer educador quer seja pai, professor, psicólogo, psiquiatra, assistente social, médico, vive a experiência de lidar com estas situações quotidianamente. Por vezes, estes educadores vivem a sensação de ineficácia nas suas propostas educativas e nas suas intervenções terapêuticas. Esta impotência não depende da indiferença do mundo do adolescente nem da incapacidade dos agentes educativos,

formativos e curativos, de perceber as interrogações, muitas vezes silenciosas, aos apelos, às vezes angustiantes, que são indícios de denúncia provocatória desta faixa etária.

De acordo com Erikson (1974), a fase da adolescência é uma etapa evolutiva, marcada por algumas características positivas, tais como, a busca da identidade, a capacidade de elaborar informações, de reconhecer alternativas na escolha das suas opções, bem como na busca de soluções de problemas, entre os quais, as crises e os conflitos internos, a dificuldade de interagir com o mundo dos adultos. Por isso mesmo, o adolescente tende a questionar as figuras significativas com as quais se relaciona e se comunica no sistema familiar, escolar ou eclesiástico sobre vários aspectos da sua existência.

É no âmbito do sistema familiar que a pesquisadora se propôs a investigar o fenómeno de depressão em adolescentes filhos de pais separados. É um tema que já foi estudado sob vários ângulos, onde alguns autores põem o acento sobre a pessoa do adolescente, e outros evidenciam o ambiente como factor determinante no surgimento desta patologia.

A partir da sua experiência profissional no contacto com os utentes, a pesquisadora interrogou-se sobre quais seriam as estratégias a usar para ir ao encontro da problemática do adolescente inserido no seu sistema familiar, e oferecer um quadro de apoio teórico e técnico, que ajude o sistema a assumir a responsabilidade de desenvolver as competências necessárias, para a satisfação das suas necessidades e a realização da sua vida.

Neste estudo, o interesse da investigadora é perceber se de facto a separação ou divórcio dos pais contribui para o surgimento da depressão nos filhos adolescentes, e ver que estratégias e técnicas, no contexto da terapia familiar, poderão amenizar esta problemática.

Desta inquietação nasceram os objectivos de natureza metodológica, que se inserem no quadro de estudos já feitos, que identificam a influência dos factores endógenos e exógenos na depressão, em indivíduos na fase da adolescência. Outro objectivo é de natureza especificamente educativa e curativa, que quer reflectir sobre o fenómeno depressivo em adolescentes e a sua relação com o contexto ambiental; descobrir estratégias e princípios finalizados à promoção do bem-estar psicossocial dos nossos adolescentes dentro do seu sistema familiar.

Estes objectivos levaram à verificação do “estado da questão” em estudo, e a identificação do tipo de intervenções educativas, formativas, preventivas e curativas, orientadas para o indivíduo e para o sistema familiar, que representa uma rede complexa de relações entre

emoções, sentimentos, pensamentos e comportamentos em interacção no sistema ao longo dos tempos.

Para a realização desta investigação, foi usada uma metodologia descritiva analítica, que prevê a exploração e o confronto dos dados recolhidos, fazendo recurso às fontes científicas de base teórico-referencial. Para responder aos objectivos e à metodologia indicada, o trabalho é articulado em cinco capítulos:

No primeiro capítulo é apresentado o problema, onde se justifica a sua relevância, o objectivo geral e objectivos específicos, hipóteses e limitações da pesquisa.

O segundo capítulo apresenta a revisão bibliográfica, pertinente ao tema com abordagem sistémica, que ajuda a ver em que medida o sistema familiar, com filhos adolescentes, pode contribuir para o surgimento da depressão e identificar os princípios educativos, metas, estratégias terapêuticas e preventivas, em função do bem-estar e do equilíbrio no sistema familiar. São também definidos, neste capítulo, alguns conceitos pertinentes ao tema em estudo, à luz da revisão bibliográfica feita para esta pesquisa.

O terceiro capítulo é referente à metodologia, onde é feita a descrição do local de estudo, o tipo de investigação, a amostra escolhida para o estudo, os critérios de inclusão, as variáveis do estudo, as técnicas de recolha de dados, os instrumentos escolhidos para a recolha de dados, aspectos sobre análise de dados e as considerações éticas.

O quarto capítulo é de apresentação dos resultados, onde se descreve a intervenção feita sobre o caso, com a identificação do seu problema à luz do psicodiagnóstico e dos instrumentos usados, da hipótese sistémica, plano de intervenção e da discussão dos resultados. Por último, apresenta-se o quinto capítulo referente à reflexão crítica, conclusão e recomendações.

CAPÍTULO I: CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1. Contextualização

Este capítulo contextualiza o tema de estudo intitulado: “*A Depressão em Filhos Adolescentes num Sistema Familiar de Pais Separados e a Identificação do Tipo de Intervenção*”. Segundo Baptista e Assumpção (1999), a importância de se estudar a depressão em crianças e adolescentes é fundamental, em virtude de se poder actuar preventivamente, evitando a possibilidade de agudização de problemas ou transtornos com repercussão na vida futura dos adolescentes em fases de desenvolvimento.

O curso e estágio em Terapia Familiar e Comunitária trouxeram à mestrandia uma visão holística e sistémica no atendimento das famílias, principalmente em famílias com crianças e adolescentes filhos de pais separados que padecem da depressão. A entrada no CERPIJ de vários casos de adolescentes com este tipo de problema foi um factor que motivou a pesquisadora a buscar maior compreensão do fenómeno depressivo nesta faixa etária, suas principais causas, bem como os procedimentos que podem ser usados no atendimento e tratamento das famílias que se confrontam com esta situação, a fim de melhorar a sua qualidade de vida.

Para a pesquisadora, este tema poderá contribuir para o enriquecimento do conhecimento, pelo facto de ser tratado num contexto cultural africano, particularmente, na cidade de Maputo, tendo em consideração alguns aspectos de natureza cultural, típicos das famílias africanas.

A pesquisa decorreu no Centro de Reabilitação Psicológica Infantil e Juvenil do Hospital Central de Maputo (HCM) e os participantes foram adolescentes e seus respectivos pais ou cuidadores, que se apresentaram à instituição para pedir um apoio psicológico na gestão dos conflitos inter-geracionais.

A escolha do grupo alvo para a pesquisa foi feita à luz dos vários casos atendidos no CERPIJ, de filhos com pais separados ou divorciados, com a sintomatologia depressiva e comportamento desviante. Os seus familiares aperceberam muito tarde e principalmente depois daqueles terem tido um comportamento erróneo. Na sua pesquisa, Windle (1991), afirma que quanto maior for a depressão apresentada por adolescentes, maior é também o número de problemas que os mesmos tiveram na sua infância e, provavelmente, com menor

percepção e suporte familiar. À luz do pensamento deste autor podemos perceber que o fenómeno da depressão em adolescentes e os problemas que os mesmos tiveram na infância têm uma repercussão ao nível psicológico e relacional dentro do sistema familiar de pertença.

1.2. Consulta bibliográfica

Para o estudo e aprofundamento do tema, a pesquisadora recorreu a literatura ligada à problemática em estudo, que foi-se clarificando à medida que a investigação prosseguia, o que permitiu uma maior tomada de consciência, desenvolvendo esforços para a compreensão do fenómeno da adolescência num sistema familiar desequilibrado.

Durante a revisão da literatura, como vamos ver no seguinte capítulo, notou-se que alguns autores afirmam que uma das causas prováveis do fenómeno pode ser o fraco suporte do sistema familiar manifestado através de relacionamentos pobres na infância e adolescência, isto é, pouco afecto dos pais, a falta de estimulação dos filhos e a má comunicação entre pais e filhos, contribuindo de forma significativa para a aquisição de personalidades vulneráveis, que levam à propensão para a depressão e cria modelos operativos internos no processo de interacção com os outros (Benjamin 1999).

O problema acima descrito, motivo pelo qual se efectua um estudo mais aprofundado, coloca-se também ao nível da compressão dos laços do sistema familiar, que têm um impacto no surgimento da depressão em filhos adolescentes de pais separados. Para melhor compreendermos a questão, serão identificados, ao longo do estudo, os padrões funcionais e disfuncionais de relacionamento do sistema familiar, de modo a verificar de que forma esses padrões contribuem para o surgimento da depressão.

1.3. Problema

Partindo da concepção africana sobre o sistema familiar que não se limita apenas a pais e filhos, mas sim extenso porque integra também avós, tios, primos, e todos os antepassados da família. Neste contexto, é frequente observar certos fenómenos tais como: crianças ou adolescentes que passam a viver com um de seus progenitores ou tios, avós e padrinhos, após

a separação ou divórcio dos pais. Muitas vezes, a educação destes fica aquém do cumprimento dos valores e das regras do sistema familiar.

Este facto tem sua repercussão ao nível das relações interpessoais dentro do sistema: por vezes, as crianças ou adolescentes sofrem maus tratos por não serem compreendidas e por não serem observados os limites parentais no sistema. Muitas vezes, estes reagem com desobediência, mau comportamento, tentativa de suicídio, fuga de casa ou da escola, o consumo de álcool ou drogas etc., que constituem problemas do foro psicológico, com possibilidades de provocar o surgimento de certas perturbações como a depressão e a ansiedade. Não obstante esta multiplicidade de comportamentos problemáticos nesta faixa etária provocados em parte pelo ambiente familiar e pela própria dinâmica interna do adolescente, o nosso caso em estudo apresenta o problema específico da depressão, o que nos levou à necessidade de uma compreensão maior sobre a sua origem.

O CERPIJ Centro de atendimento de crianças, adolescentes e jovens com várias perturbações psicológicas foi o espaço que deu possibilidade à pesquisadora de constatar o fenómeno da depressão em adolescentes, que está na origem do tipo de comunicação e de relação que existe entre os membros do sistema familiar. A necessidade de maior compreensão do problema da depressão em filhos adolescentes que têm pais separados, gerou certas interrogações, cujas respostas passaram pela formulação de hipóteses alternativas de solução.

1.4. Objectivos

Por objectivos, entendemos os fins ou propósitos voltados para uma meta a alcançar, isto é, as intenções iniciais e finais no processo do estudo de um fenómeno, um facto ou situação problemática que pode afectar o indivíduo, a comunidade ou a população inteira (Bellerate & Prellezo, 1989; Gianola, 1992). Nesta perspectiva os nossos objectivos de pesquisa dividem-se em:

1.4.1. Objectivo geral

- Compreender os laços do sistema familiar que têm um impacto no surgimento da depressão em filhos de pais separados ou divorciados.

1.4.2. Objectivos específicos

- Conhecer o relacionamento existente dentro do sistema familiar, de pais separados com filhos adolescentes, identificando os padrões funcionais e disfuncionais na sua relação.
- Analisar de que forma esses padrões contribuem para o surgimento da depressão em filhos adolescentes dentro do sistema.
- Identificar e propor um plano de intervenção sistémico que promova o equilíbrio, o bom funcionamento e o bem-estar psicossocial do sistema familiar.

1.5. Hipóteses

Para verificar se a separação dos pais tem ou não repercussões em filhos adolescentes, ao nível psicológico formularam-se duas hipóteses:

- Hipótese nula (H0): A separação dos pais não tem influência na depressão dos filhos adolescentes.
- Hipótese alternativa (H1): A separação dos pais tem uma repercussão no surgimento da depressão em filhos adolescentes.

Tendo identificado o problema da depressão mais acentuados em adolescentes com pais separados ou divorciados, do que naqueles que gozam da presença das figuras parentais dentro do sistema familiar, a pesquisadora elaborou as seguintes perguntas de pesquisa:

1.6. Perguntas de pesquisa

- Será que o problema da separação dos pais provoca perturbações no adolescente com características depressivas?
- Que padrões funcionais/disfuncionais podem indiciar uma perturbação depressiva?
- Como ajudar o adolescente a ser protagonista do seu processo de crescimento em interacção no seu contexto familiar?

- Que instrumento poderá ajudar as famílias de pais separados com filhos adolescentes, a tomar consciência das suas dinâmicas relacionais e a agir preventivamente antes da agudização do problema?

1.7. Quadro geral da pesquisa

Duma forma geral, a pesquisa foi concebida em três fases: a fase de recolha do material bibliográfico pertinente ao estudo; a fase da identificação e elaboração dos instrumentos de levantamento dos dados, e a fase de administração dos questionários, correcção, interpretação dos resultados e conclusões.

Nesta perspectiva desenhou-se a metodologia a usar na pesquisa, que é descritiva e analítica de tipo quantitativo e qualitativo, que prevê o estudo de caso na perspectiva teórica e operativa.

1.8. Síntese

Como foi referido na introdução geral, este capítulo foi de contextualização do tema da pesquisa, pois que para intervir é importante segundo Baptista e Assumpção conhecer o campo de estudo.

No âmbito desta contextualização foi apresentado o problema à luz dos autores consultados, formuladas as hipóteses e perguntas de pesquisa e progressivamente justificada a razão da escolha do tema. Sucessivamente foi também definido o grupo alvo da investigação bem como, o local, os objectivos e a metodologia de trabalho.

O capítulo também delineou os aspectos centrais da pesquisa à volta do tema: *“A Depressão em Filhos Adolescentes num Sistema Familiar de Pais Separados e a Identificação do Tipo de Intervenção”*, que constituíram uma base para a exploração em função do alcance dos objectivos propostos.

Neste sentido foram evidenciado como objectivo geral e específicos compreender os laços no sistema familiar com um impacto no surgimento da depressão em filhos de pais separados, conhecer os padrões funcionais e disfuncionais dentro do sistema e identificar o tipo de intervenção a pôr em acto para promover o bem-estar psicossocial no sistema.

No capítulo que segue trataremos da revisão bibliográfica que nos vai dar a possibilidade de identificar autores pertinentes ao nosso estudo e favorecer-nos a selecção de um quadro teórico holístico.

Para a pesquisadora este capítulo lança as bases para o estudo pois que, na vida prática não se constrói uma casa sobre a areia, mais sim sobre pedras solidas que dão consistência a todo o edifício. Assim a pesquisadora sente quão foi importante ter essas bases como ponto de partida.

CAPÍTULO II: REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Introdução

Uma abordagem do adolescente e do seu sistema familiar leva-nos a pensar na importância da educação e da formação do indivíduo, factores que favorecem o desenvolvimento do seu potencial e capacidades, de modo a ser capaz de interagir com os outros de forma adequada, e de aprender a ser parte da humanidade a que pertence. Neste sentido, se queremos favorecer no adolescente a maturidade humana e psicológica, contribuindo para o seu bem-estar bio-psico-social e a sua realização, é necessário conhecê-lo.

Para alcançar este objectivo e evitar possíveis equívocos ao longo da pesquisa, é necessário apresentar os quadros teóricos de referência, para além de uma precisão terminológica de certos conceitos-chave ligados ao estudo em questão, tais como: adolescência, identidade, família, sistema, depressão e intervenção, conceitos que serão recorrentes em todo o estudo.

2.2. Conceito de adolescência

O Termo *adolescência* é de origem latina e vem do verbo “*adolescere*”, que significa crescer, desenvolver e amadurecer. Estes verbos indicam o processo de passagem de um estado de criança a um estado de adulto. Assim, adolescência corresponde àquele período de maturação que decorre entre a infância e a idade adulta, acompanhado de mudanças fisiológicas e psicológicas, bem como por inquietações próprias do adolescente, caracterizada pelo idealismo, necessidade de autonomia e afirmação (Tesoura, 2008:36).

Assim, toma-se em consideração neste estudo a faixa etária entre 15 e 17 anos de idade, por ser um período intenso de experiência da adolescência, no qual os adolescentes vivem as fases de transição na formação da sua personalidade, na assimilação consciente e crítica dos valores propostos dentro do sistema familiar e da sociedade de pertença, bem como na vivência dos acontecimentos da vida quotidiana.

Na mesma perspectiva, Parot & Doron (2001:32) referem que a adolescência é uma fase de reestruturação afectiva e intelectual da personalidade, um processo de individuação e de metabolização das transformações fisiológicas ligadas à integração do corpo sexuado. As formas clínicas da adolescência comportam, de igual forma, uma originalidade juvenil

considerada normal, sentimento de isolamento e preocupações excessivas com a imagem corporal, onde se iniciam graves perturbações mentais e atitudes de desafio e de dependência, que provocam a agressão e o desvio.

Cordeiro (2009:24) sublinha que na fase da adolescência acontecem transformações biológicas e psicológicas. A adaptação a um corpo que se modifica pode provocar alguma inquietação e um certo grau de desfasamento. Ainda neste período, muitos adolescentes apresentam estados depressivos com uma imagem corporal e auto-estima desfavoráveis. O mesmo autor refere ainda que a adolescência diz respeito à pessoa, do ponto de vista global, e conta, evidentemente, com a parte física, assim como com os aspectos relacionais, sociais, o desenvolvimento da autonomia de pensamento e de deslocação, vontade, determinação, dúvidas e até mudanças no tipo de escolaridade. A meta principal da adolescência é definir sua identidade pessoal. Por isso, esta fase pode ser vista como um novo nascimento, ou melhor, um renascimento existencial.

2.2.1. Fases da adolescência e suas características

A Organização Mundial de Saúde (OMS) adopta o critério cronológico para definir a adolescência, considerando dois períodos, o inicial entre 10 e 14 anos de idade, e o final, entre os 15 e os 19 anos de idade (WHO, 1995).

Embora com marcadas variações individuais, os dois autores (Sampaio, 2006; Pataki, 2009) concordam na divisão e na caracterização das fases da adolescência:

1ª Fase: entre os 12 e os 14 anos de idade. Nesta fase há alterações marcadas a nível físico, nas atitudes e nos comportamentos, com menor envolvimento nas rotinas familiares e maior gosto em estar sozinho. Desenvolve-se uma sexualidade intimista, em que o jovem vive as mudanças corporais e aprende progressivamente a lidar com as fantasias e os impulsos até então desconhecidos. Em muitos casos, existe um certo grau de introversão, como se o adolescente procurasse compreender o que se passa consigo.

2ª Fase: entre 14 e 16 anos de idade. Na maior parte dos casos, nesta fase completam-se as alterações corporais; conjuga-se o raciocínio abstracto em desenvolvimento com a tomada mais realista de decisões, e há tendência para a identificação com o grupo de pares, quer no mundo real, quer, agora, nas redes sociais da internet. Existe um esforço no sentido da autonomia, sendo as manifestações da sexualidade agora mais exteriorizadas.

3ª Fase: entre os 17 e os 19 anos de idade. Esta fase é caracterizada pela prossecução de objectivos académicos, interesses culturais e desportivos, bem como o aumento de tentativas de estabelecer laços afectivo-sexuais e sociais mais estáveis. Neste período há também uma maior definição do *self*, e um sentido de pertença a grupos, ideais colectivos ou subculturas juvenis, há um desenvolvimento de capacidades cognitivas, uma modificação de relações com os pais e amigos. Progressivamente, o adolescente caminha para a sua autonomia.

Costa e de Souza (2002:340) caracterizam a adolescência em três fases intermédias:

- ***Adolescência inicial*** - entre 12 e 14 anos, em que o adolescente está envolvido principalmente com as suas mudanças corporais, desenvolvimento do prazer sexual e início de uma vida extrafamiliar mais independente.
- ***Adolescência propriamente dita*** - entre 15 e 17 anos, em que o adolescente é caracterizado por um maior questionamento dos valores paternos, intensa rebeldia, maior separação familiar, por maiores exigências sociais e pelas primeiras relações sexuais.
- ***Adolescência final*** - acerca de 18 e 20 anos, em que o adolescente apresenta o carácter mais estabilizado, com uma identidade sexual, social e ocupacional mais definida. Há menor rebeldia e instabilidade do que nas fases anteriores.

Nesta mesma visão, encontramos Erikson (1974:120-183), que sugere oito estágios no desenvolvimento psicossocial do individuo, bem como as tarefas de responsabilidade entre cada uma delas, com particular atenção na fase da adolescência. O adolescente é chamado a construir a sua identidade cujo agente activador na formação desta identidade é ego, nos seus aspectos conscientes e inconscientes. Assim, no âmbito do desenvolvimento psicossocial do individuo, os oito estágios são descritos pelo autor como sendo:

- ***Confiança Básica verso Desconfiança Básica***. Esta seria a fase da infância inicial, caracterizada pela confiança básica, fruto das primeiras experiências de interacção com as figuras parentais. As mães criam um sentido de confiança nos filhos através da relação afectiva e de cuidados maternos. Desta forma, lança-se na criança a verdadeira base do sentido de identidade, que mais tarde configura-se com o sentido de si próprio. As primeiras interacções com a figura materna, infundem confiança na

criança enquanto responde à necessidade de ser aceite e de entrar em contacto com um ambiente de calor afectivo, segurança e tranquilidade.

- À base da experiência do sentido de confiança em si mesmo, a criança passa para a segunda fase da sua infância, caracterizada pela *Autonomia verso Vergonha e Dúvida*. Neste estágio, a criança começa a destacar-se dos pais para interagir com outras pessoas, então direcciona sua energia às experiências ligadas à actividade exploratória e à conquista da autonomia. A fase da autonomia, assume uma grande importância, porque lança as bases psicológicas para a capacidade de decisão e de responsabilidade necessária para a sua orientação futura.
- Progressivamente vai passando para a fase da *Iniciativa verso Culpa*, que é um estágio caracterizado pela criatividade ou fantasia que se manifestam através do jogo. Por isso, a criança utiliza o jogo para testar a sua capacidade mental de dramatizações e de personificar certas personalidades, utilizando brinquedos que lhe proporcionam uma realidade intermediária. De acordo com Erikson, é nesta fase que a criança adquire competências de saber fazer, faz conquistas pessoais e cresce na curiosidade acerca de problemas sexuais.
- A entrada para a escola marca uma nova fase no desenvolvimento da criança, caracterizada pela *Diligência verso Inferioridade*, que implica o desenvolvimento de novas capacidades, interesse e um novo tipo de relacionamento com as figuras significativas, onde a criança tende a transferir os seus investimentos afectivos em pessoas extrafamiliares. A necessidade de sentir-se útil e de ser capaz de desenvolver as actividades com perfeição, encontra um estímulo da parte dos professores e dos companheiros através de atitudes de reconhecimento. A Falta deste reconhecimento da parte dos outros pode criar dificuldades no uso de novas capacidades produtivas e de confronto com os outros, o que suscita o sentido de inferioridade, de incapacidade e de culpa.
- A infância e a pré-adolescência laçam as bases para um comportamento motivado pela vontade de dar um significado existencial. De acordo com Erikson, só a partir da quinta fase é possível falar da *Identidade verso Confusão de Identidade*. Ele considera a infância e a pré-adolescência como períodos de transição na construção da identidade, enquanto que aquela da adolescência é a fase verdadeira para a tal construção, porque é caracterizada pela capacidade de reflectir sobre si mesmo, de

tomar iniciativas e agir, de assumir certas responsabilidades a nível pessoal e social. Esta fase é marcada também pela revolução fisiológica, confusão, preocupação de dar uma imagem positiva de si, idealização, fantasia, desconfiança do mundo dos adultos, necessidade de independência, de segurança, intimidade e sexualidade. Erikson evidencia o facto que o ego tem neste estágio. A capacidade de discriminar e integrar talentos, aptidões e habilidades, não só como também tem a capacidade de diferenciação e adaptação ao ambiente social. Por causa da transição difícil da infância à idade adulta, da sensibilidade às transformações sociais e históricas, o adolescente durante o quinto estágio na formação da sua identidade, passa por uma desorientação em virtude da confusão de papéis que ele é chamado a realizar. Esta confusão faz com que ele se sinta ansioso, isolado, fechado em si mesmo e indeciso. Ele vê que tem necessidade de tomar decisões importantes para a sua vida, por um lado e, por outro, se sente incapaz de o fazer. E por causa desta confusão, ele resiste à pressão social e ao mesmo tempo se agita porque está preocupado com a imagem que os outros lhe dão. Também nesta confusão de identidade, o adolescente experimenta a regressão ao invés da progressão, um recuo à infantilidade em vez do avanço para o comportamento consistente de adulto. De facto, esta crise de identidade adolescente pode ser perigosa porque compromete todo o futuro do indivíduo, isto é, o seu ideal de vida.

- Da adolescência, segue-se a fase da juventude caracterizada pela ***Intimidade verso Isolamento***, isto é, pela relação com os próprios recursos internos e pela solidariedade com os outros. A falta desta relação íntima e satisfatória com os outros e consigo mesmo pode ter consequências de isolamento e de distanciamento.
- Progressivamente, vai-se passando para a fase da ***Generatividade verso Estagnação*** que consiste na capacidade de intimidade e de actividade genital, de interesses altruísticos, de cooperação na actividade laborar. A falta destas capacidades pode dar à pessoa o sentido de inutilidade, de empobrecimento e de estagnação.
- Por ultimo, Erikson chama atenção para a fase da ***Integridade verso desespero***, caracterizada pela sabedoria, flexibilidade e rectidão de juízo pela compreensão e aceitação das próprias limitações e pela necessidade de transcendência. A falta da consciência da própria integridade pode levar ao desespero, a não aceitação dos acontecimentos e de tudo quanto não entra no quadro da própria vida.

Para uma melhor compreensão destas faixas etárias e da dinâmica do desenvolvimento e das possíveis patologias que acontecem dentro das mesmas, reportamos o diagrama que segue com a síntese dos estágios do desenvolvimento psicossocial, apresentado por Erikson (1974:166), a fim de evidenciar como este autor enfrenta o tema da construção de identidade no adolescente, conjugando as variáveis pessoais e as ambientais.

Tabela 1: Diagrama de desenvolvimento psicossocial (Eriksson 1974:166)

	A	B	C	D
Estágios	Crises psicossociais	Raios de relações significativas	Forças básicas	Núcleos patológicos de base
I. Período de bebê	Confiança básica vs desconfiança básica	Pessoa maternal	Esperança	Retraimento
II. Infância inicial	Autonomia vs vergonha dúvida	Pessoais parentais	Vontade	Compulsão
III. Idade do brincar	Iniciativa vs culpa	Família básica	Propósito	Inibição
IV. Idade escolar	Diligência vs inferioridade	“Vizinhança” escola	Competência	Inércia
V. Adolescência	Identidade vs confusão de identidade	Grupo de iguais e outros grupos; modelos de liderança	Fidelidade	Repúdio
VI. Idade adulta jovem	Intimidade vs isolamento	Parceiros de amizade, sexo, competição, cooperação.	Amor	Exclusividade
VII. Idade adulta	Generatividade vs estagnação	Trabalho dividido e família e lar compartilhados	Cuidado	Rejeição
VIII. Velhice	Integridade vs desemprego	“Gênero humano” “meu gênero”	Sabedoria	Desdém

Em todo este processo evolutivo, Erikson evidencia o facto de o indivíduo ser chamado a realizar certas tarefas de desenvolvimento. Neste estudo, vamo-nos deter mais nas tarefas de desenvolvimento na fase da adolescência, por ser aquele período central da construção da identidade do adolescente.

2.2.2. Tarefas de desenvolvimento na adolescência

À luz das intuições de Erikson, podemos perceber que a construção da identidade no adolescente implica a realização de certas tarefas próprias da fase adolescente que decorre no quinto estágio, num contexto bem preciso de interacção: família, instituições educativas e grupo dos pares. Essas tarefas de construção de identidade classificam-se em:

- Desenvolvimento de si ligado às experiências da puberdade, isto é, o adolescente que vive uma experiência da puberdade, enfrenta problemas de aceitação do seu próprio corpo e das modificações desconcertantes que se operam nele. Por isso, ele é chamado a enfrentar e a superar as crises provocadas por tais modificações ou pela interacção com os outros.
- Desenvolvimento em relação à aquisição do pensamento hipotético, dedutivo ou seja lógico formal, em que o adolescente deve abstrair-se do concreto para ir além do presente do imaginário sobre a base do ideal e das expectativas. Neste sentido, o adolescente deve desenvolver a capacidade de elaborar projectos, estratégias comportamentais em situação de perigo, de incerteza e ter de gerir a própria vida na relação com os outros.
- Desenvolvimento ligado à exigência de autonomia e inserção social, o que implica da parte do adolescente, o destacamento progressivo da família e a sua integração no grupo dos pares, a definição do próprio sistema de valores, de objectivos e metas significativas, a capacidade de leitura crítica dos modelos de identificação existentes, também a capacidade de negociar com os outros o próprio espaço de iniciativa e criatividade assim como as próprias responsabilidades.
- Construção da identidade através de síntese das experiências do passado, do presente e a programação do futuro.

Na perspectiva de Erikson, um outro conceito chave ligado à adolescência, é a identidade, que passamos a desenvolver no parágrafo que segue.

2.3. Conceito de identidade

Segundo Erikson (1974: 104-149), a identidade é uma palavra ligada ao termo personalidade, que evoca o conhecimento e a definição de si e do seu contexto ambiental, implica a capacidade de tomar contacto com as próprias experiências, a participação no património cultural da sociedade de pertença e a autodeterminação nas relações com os outros. É um processo de síntese e de integração, que consiste no reconhecimento de si, como uma pessoa de valor integrada num sistema familiar e social, com o qual estabelece fortes laços de afinidade e de pertença.

Na perspectiva de Parot & Doron (2001:397-398), este termo remete para a identidade individual do sujeito humano. De acordo com a concepção que cada sociedade tem da identidade, ela elabora um quadro mais amplo que integra a identidade humana, étnica, cultural e pessoal. A identidade pessoal, neste contexto, é vista como resultado da experiência própria de cada sujeito, que reflecte o seu modo de pensar, de sentir e de existir no mundo, enquanto ser singular, idêntico a si mesmo na sua realidade física, psíquica e social.

A construção da identidade pessoal não é obra simplesmente do sujeito, mais é fruto de uma interacção do sujeito com o seu contexto ambiental e familiar. Nesta linha de ideia, vários autores consideram a família como o ambiente ideal para a formação da personalidade do adolescente. Por isso, a pesquisadora considera fundamental o aprofundamento do significado da família ligada à construção da identidade do adolescente, pois é no seu seio que acontecem os fenómenos e as responsabilidades evolutivas que não dizem respeito só ao filho adolescente mas a todos os membros do sistema familiar, pois dentro do sistema, quando os pais não assumem devidamente tais tarefas evolutivas, isso pode ter uma repercussão nos filhos, sobretudo quando os pais são separados ou divorciados.

2.4. Conceito de família

A família constitui um dos principais pilares da vida psíquica das pessoas, pois é a base da construção de um modelo relacional que permite criar outras relações. Definir família não é fácil, porque o termo é pouco específico e frequentemente utilizado para identificar situações bastante diversificadas. Todavia, de acordo com Minuchin e Fishman (2003), a família é um grupo natural que vai desenvolvendo padrões de interacção ao longo dos tempos. Esses

padrões formam a estrutura familiar que por sua vez, governa o funcionamento dos membros da família.

Elsen et al. (2002) refere que a família é um sistema no qual se conjugam valores, crenças, conhecimentos e práticas, através dos quais se desenvolve a sua dinâmica de funcionamento, promovendo a saúde, prevenindo e tratando a doença de seus membros.

2.5. O divórcio e separação de pais

Segundo Herbert (1999:11-19), o divórcio é interpretado pela maior parte das crianças como uma rejeição ou abandono de si próprios. Elas não compreendem todas as implicações adultas de um casamento infeliz. Um outro aspecto agravante que o autor evidencia diz respeito ao potencial da ansiedade provocada pela separação dos pais, vista como parte da experiência da criança ou adolescente com desenvolvimento normal. O medo que crianças e adolescentes mostram constitui um padrão claro de crises de ajustamento ou ansiedades à medida que crescem.

O mesmo autor salienta que, por vezes, os adolescentes mostram uma depressão aberta e parecem optar por se desligar da vida familiar, retirando-se para outras relações fora de casa. Neste sentido, uns amigos podem tornar-se alternativa à família, oferecendo um sentimento de pertença, continuidade e estabilidade. Outros podem ser uma influência indesejável, proporcionando excitação e incentivando a maldade que causa distúrbios. O pensamento de Herbert deixa transparecer que, quer o divórcio quer a separação de pais têm repercussões no funcionamento psicológico de crianças e dos adolescentes, tais como a ansia e frustração que, conseqüentemente, podem dar origem a uma depressão.

2.5.1. Problemas psicológicos que afectam os adolescentes filhos de pais separados

Craveiro (2009) refere que o perigo de desequilíbrios psicológicos por causa do divórcio ou separação de pais aumenta se a criança já tem predisposição para ser vulnerável por antecedentes familiares de depressão; pela própria perda, ou pelo reavivar na memória de outras perdas mais precoces como, por exemplo, uma ausência prolongada da mãe ou do pai sentida como abandono.

Na mesma linha do pensamento, Marini (2001) refere que o adolescente, embora consciente do que se passa dentro do sistema familiar (divórcio ou separação), pode sentir a falta dos pais no processo da formação da sua identidade, apresentar dificuldade em aceitar a situação imposta, questionar a autoridade moral e, como consequência, apresentar uma rebeldia que se manifesta na dificuldade de aceitar regras e limites e de aprendizagem. Neste sentido, o adolescente reage muitas vezes ao problema do divórcio ou separação dos pais com depressão intensa, raiva ou com comportamentos rebeldes e desorganizados. É desta depressão que o parágrafo que segue vai apresentar o seu significado como dinâmica psicológica.

2.6. Conceito de depressão

Segundo Beck (1984: 78-98; 191-195), a depressão é considerada uma perturbação psicológica ao nível cognitivo e afectivo. Durante a depressão, a personalidade do indivíduo é caracterizada pelas sensações de tristeza, baixa auto-estima, pessimismo, apatia, passividade, e desejo de fuga. Pode observar-se rejeição em relação à alimentação e actividade sexual, diminuição de interesse e de participação nas actividades normais, isolamento, assim como a falta de vontade de viver pode ser substituída pela ideia da morte.

Castellazzi (1993:9), referindo-se a depressão, define-a como sendo um quadro vasto de estados emotivos mais ou menos danosos. O uso deste termo inclui um *continuum* que vai desde os sentimentos normais passageiros de tristeza existencial, ao sofrimento mais prolongado que pode ser ligado ao luto pela morte de uma pessoa querida ou pela rotura de uma relação afectiva significativa, até ao síndrome propriamente dita de um estado patológico grave, cuja modalidade de expressão se caracteriza pelo isolamento da realidade, por um sentimento de perda de vontade de viver que acaba por comprometer seriamente o comportamento construtivo do indivíduo

De acordo com Parot & Doron (2001:214), a semiologia da depressão é denominada pela associação de um humor depressivo e de uma lentificação psicomotora. A culpabilidade, o desespero, a visão pessimista da existência e os sinais somáticos (insónia, astenia, modificações em maior ou menor grau do apetite e do peso) completam o quadro clínico e encontram-se em proporções variáveis de um sujeito para o outro. As ideias de suicídio

constituem o factor prognóstico essencial, porque todo o deprimido representa um risco de suicídio. É uma perturbação que toca a personalidade inteira de um indivíduo.

Miller (2003:1) refere que a depressão pode ter um impacto devastador na vida dos adolescentes. Ela afecta o comportamento das novas gerações no sistema familiar, no ambiente escolar, dos amigos e nas actividades quotidianas.

Até recentemente, a depressão infantil não era amplamente aceite como um distúrbio real. Nos últimos 20 anos, surgiram as pesquisas científicas necessárias para compreender como é que as crianças e adolescentes passam pela depressão, porquê se deprimem e como ajudá-las. Para este autor, o diagnóstico da depressão pode ser confuso porque há diversos tipos de distúrbios:

- **A unipolar:** significa que a pessoa sente apenas “melancolia” e experiência sintomas clássicos de depressão incluindo uma sensação de inutilidade, falta de apetite, problemas de sono, falta de motivação e pensamentos suicidas.
- **A bipolar:** significa que além de períodos melancólicos, o indivíduo experimenta episódios maníacos, caracterizados por alto-astral, grande auto-estima, verbosidade e mudança rápida de pensamentos.

O mesmo autor refere que as crianças e adolescentes com depressão sofrem de quatro classes principais de distúrbios:

- **Problemas relacionados com pensamento:** que incluem dificuldades de concentração, indecisão, pensamento mórbido, sensação de inutilidade e culpa excessiva.
- **Os problemas emocionais:** incluem abatimento, irritabilidade, interesse ou prazer reduzido em suas actividades e uma falta de expressão ou variação emocional.
- **Os problemas comportamentais:** incluem agitação.
- **Os processos ou sintomas psicológicos:** incluem muito ou pouco sono, falta ou excesso de apetite, fadiga e falta de energia.

Cordeiro (2009:279-280) aponta situações que podem causar depressão: Sensação de insegurança quanto a si próprio, perda, separação ou rejeição. Exemplo disso são a morte ou rejeição de um familiar, namorado ou ente querido; conflitos familiares e separação ou

divórcio dos pais; incapacidade de responder às solicitações do dia-a-dia, especialmente quando as expectativas da família, da escola e da sociedade exigem mais do que a capacidade de resposta; depressão num dos pais; doenças graves, alcoolismo ou consumo de drogas; problema de relacionamento com os amigos, problemas na escola ou no trabalho, e carência de factores protectores que funcionem como contrapeso para estas dificuldades e obstáculos.

Segundo o Manual de Classificação Internacional dos Distúrbios mentais e comportamentais (CID 10, 1993:199-121) os episódios depressivos típicos ao nível mental e comportamental, podem ser classificados em: leve (F 32.0), moderado (F 32.1) e grave (F 32.2 e F 32). Em todos estes níveis de manifestações depressivas, o indivíduo normalmente sofre de humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida levando à fadiga aumentada e actividade diminuída. Cansaço marcante após esforços apenas leves é comum.

Outros sintomas comuns são: concentração e atenção reduzida, auto-estima e auto-confiança reduzidas, ideias de culpa e inutilidade (mesmo em um tipo leve de episódio), visões desoladas e pessimistas do futuro, ideias ou actos auto lesivos ou suicídio, sono perturbado e apetite diminuído.

Episódio depressivo leve F- 32.0: Humor deprimido, perda de interesse e prazer e fadiga aumentada, são os sintomas mais típicos da depressão e pelo menos dois desses, pelo menos dois dos outros sintomas acima descritos devem usualmente estar presente para um diagnóstico definitivo. É comum ver indivíduos com episódio depressivo leve angustiados pelos sintomas, com alguma dificuldade em continuar com a sua rotina de trabalho do dia-a-dia e actividades sociais, mas provavelmente não irá parar as suas funções completamente.

Episódio depressivo moderado F 32.1: No que diz respeito à depressão moderada, o CID 10 diz que pelo menos dois dos três sintomas mais típicos anotados para episódio depressivo leve devem estar presentes. Um indivíduo com episódio depressivo, moderadamente grave, normalmente tem dificuldades consideráveis em continuar com actividades sociais, laborais ou domésticas. Num episódio depressivo grave, o paciente apresenta angústia ou agitação considerável, a perda de auto-estima e sentimentos de inutilidade ou culpa.

O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais e de Personalidade (DSM- IV-TR, 2006:356), apresentando os critérios que definem a presença da depressão, diz que este fenómeno psicológico acontece quando estão presentes dois a cinco ou mais sintomas deste

distúrbio durante um período de dois meses consecutivos. Pelo menos um dos sintomas é 1) humor depressivo ou 2) perda do prazer ou do interesse na realização das actividades.

Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante.

Os sintomas não são devidos aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, de medicação) ou de um estado físico geral (por exemplo, hipotiroidismo).

2.7. Etiologia da depressão

Costa e De Souza (2002:342) afirmam que, em relação aos factores ambientais, torna-se claro que eles interferem, pioram e podem causar depressão nos adolescentes, dependendo da vulnerabilidade de cada um e de cada etapa evolutiva dentro do ciclo da adolescência. Factores como perda de um dos pais ou de ambos podem desencadear um processo psicopatológico depressivo.

Os mesmos autores referem que outros factores sócio-familiares, como separação dos pais, mudanças de ambiente, maus-tratos e abusos físicos e sexuais, rejeição racial, problemas da iniciação sexual, exigências escolares, dentre tantos outros, podem desencadear um processo depressivo que vai desde um transtorno de ajustamento com sintomas depressivos até uma doença depressiva fraca e mais grave em adolescentes predispostos a tal.

Sendo o tema do estudo o adolescente e as suas dinâmicas na interacção com o sistema familiar, não podemos deixar de fazer referência ao conceito sistema muito ligado à realidade família na sua constituição e no seu funcionamento.

2.8. Conceito do sistema

Por sistema entende-se um conjunto de leis ou princípio que regulam uma certa ordem de fenómenos onde os elementos interagentes são dependentes umas das outras (Dicionário de língua portuguesa 1982:1321). E, ainda, se define sistema como sendo um conjunto de regras morfológicas, estruturais e funcionais que determinam o estudo do sistema na sua articulação hierárquica e na sua interacção com os outros sistemas com os quais faz a troca de materiais,

de energias ou de informações, como no caso do “sistema família” constituído por um conjunto de unidades ligadas por relações significativas numa troca continua com o ambiente social mais vasto (Dicionário de Psicologia Garzante 1999:852-853).

Finalmente, a última palavra-chave a considerarmos nesta conceitualização é intervenção por ser um termo afim aos conceitos mencionados anteriormente, pois quer se trate do adolescente em si mesmo quer se trate do adolescente em interacção com o sistema familiar, em ambos os casos requer-se uma intervenção.

2.9. Conceito de intervenção

Tesoura (2004: 455) define o termo intervenção como sendo uma acção ou um projecto planificado, com a finalidade de promover determinados comportamentos no indivíduo ou grupo social, ou ainda modificar aqueles já existentes. Nesta mesma linha de ideia, Castellazzi (1991:41) entende a intervenção educativa como um tipo de educação próprio dos pais, dos professores e dos educadores, em geral, orientado para os sujeitos em idade evolutiva, e que não denunciam necessariamente distúrbios particulares de personalidade. Grasso et al. (2003:52) afirma que a palavra intervenção é usada quer seja para indicar uma actividade singular ou para referir-se a um conjunto de actividades que fazem parte de um processo que leva à realização de certas atitudes ou comportamentos. Por sua vez, Cerveny (2006:223) situa a intervenção no âmbito sistémico, como um tipo de acção directa a grupos sociais, tais como a família, cujo objectivo é a leitura da realidade, um processo que inclui todas as partes interessadas numa interacção constante, na construção da totalidade sistémica.

3. Apresentação dos modelos teóricos

Para o estudo e o aprofundamento do tema em questão, há que ter em consideração um quadro teórico de referência para a compreensão da experiência de vida do adolescente em interacção com o seu ambiente. Neste sentido, a pesquisadora tomou em consideração quatro modelos teóricos que têm a ver com o problema em estudo: o modelo Sistémico, Psicodinâmico, Cognitivo-Comportamental e Fenomenológico. Para o aprofundamento deste estudo tomaremos, em particular, o modelo Sistémico.

Em cada um dos modelos, analisaremos as variáveis utilizadas para descrever as dinâmicas do adolescente, em interação com o sistema familiar e os factores ambientais, que exercem uma influência no processo do desenvolvimento e amadurecimento do adolescente.

3.1. Modelo Sistémico

Segundo Minuchin (1976:24-54,1982), a família é uma unidade social que enfrenta uma série de tarefas evolutivas, funcionando como matriz do desenvolvimento psicossocial e equilíbrio de seus membros. Como sistema aberto em transformação, a família recebe e transmite, por sua vez, estímulos do mundo exterior, adaptando-se às diversas exigências dos estados evolutivos que devem enfrentar.

Na construção do seu modelo sistémico, Minuchin (op. Cit.), apresenta um esquema da família como sistema operante dentro de outros sistemas sociais específicos, que se fundamenta em três pressupostos:

- Estrutura da família que é um sistema sócio-cultural aberto, em transformação.
- A família passa por estados evolutivos que exigem uma reestruturação.
- A família se adapta a situações novas, procurando manter continuidade e assegurar o crescimento psicossocial a cada um dos seus membros.

Falando da estrutura familiar, Minuchin (1974:55) afirma que ela é um conjunto de exigências funcionais que determinam os modos em que os componentes da família interagem, isto é, o tipo de transacções que devem acontecer na sua interação, o que implica o como, o quando e com quem devem entrar em relação. Assim, os modelos de interação regulam o comportamento dos membros da família, envolvendo a todos em normas universais e específicas que governam a organização familiar. Neste sentido, por exemplo, segundo Minuchin (op. Cit.), numa família deve existir uma hierarquia de poderes em que os pais e os filhos têm níveis diferentes de autoridade. Deve haver uma complementaridade de funções, em que o marido e a esposa aceitam a interdependência e actuam como casal. Esta mesma interação de interdependência se deve verificar na relação pais e filhos e vice-versa. A estrutura da família deve ser capaz de adaptar-se às situações em mudança.

Na sua teoria sistémica Minuchin (1976:12-18. 49-63) vê a família como contendo três subsistemas fundamentais: o conjugal, o parental e o filial. Nos subsistemas, os membros

ocupam posições reciprocamente ordenadas, em que cada indivíduo vive uma relação de subordinação ou superioridade com os restantes membros do sistema familiar. No seu funcionamento, a família deve ser capaz de definir os seus limites dentro desta hierarquia. A função dos limites é de proteger a diferenciação dos membros no sistema familiar.

Na mesma perspectiva sistémica de Minuchin (op. Cit.), se coloca Bowen (1979:25-26). Falando da família e do indivíduo, ele define a família como um sistema enquanto a mudança de uma parte do sistema é seguida de uma mudança compensadora a outras partes do sistema, isto é, a mudança de um membro do sistema influencia automaticamente os restantes membros.

No funcionamento do sistema familiar, podem surgir interacções positivas, que potenciam a relação entre os membros, e negativas, as que criam conflitos e desestruturação familiar. Por isso, Minuchin (1990), intuindo as consequências que o seu modelo sistémico traz na prática da vida, elaborou uma perspectiva de terapia familiar que poderá ser aplicada a problemas dentro do sistema, quer em situação normal, quer em situação de conflito. Quando a terapia familiar é feita em situação conflitual, o objectivo desta perspectiva é alterar a estrutura disfuncional da família, através de uma reorganização, havendo modificações não só a nível familiar, mas também a nível individual, onde é necessário mapear fronteiras, regras, direcção da funcionalidade familiar e padrões de comportamentos de organização das interacções.

Na mesma perspectiva, Payá (2011:470) afirma que a terapia familiar sistémica trouxe uma importante contribuição teórica para o tratamento das famílias em situação disfuncional, actuando no contexto mais imediato do sujeito e dos restantes membros do sistema que interagem com ele. Neste sentido, o autor define a terapia familiar como sendo uma técnica de intervenção terapêutica que tem como foco principal a alteração das relações que se passam no sistema familiar, com o objectivo de aliviar os sintomas disfuncionais.

3.1.1. Princípios do modelo sistémico

A partir do que foi exposto acima, podemos perceber que o modelo sistémico, oferece não só um quadro teórico de referência mas também apresenta os princípios que estão na base desta teoria tais como:

- A família como sistema aberto, operante e em transformação, que não só recebe mas também transmite estímulos do ambiente exterior e deve adaptar-se às diversas exigências dos estados evolutivos do seu ciclo vital.
- A família governada por uma hierarquia de poderes, em que os pais e os filhos têm níveis diferentes de autoridade numa complementaridade de funções, na interdependência entre pais e filhos.
- No seu funcionamento, a família deve definir limites dentro desta hierarquia. A função dos limites é de proteger a diferenciação dos membros no sistema familiar.
- A mudança de um membro do sistema influencia automaticamente os restantes membros.
- A família actua em outros sistemas sociais e específicos que se fundamentam em três pilares: a família como sistema em constante estado evolutivo, está integrada num sistema socio cultural que implica uma reestruturação, não obstante as novas experiências da vida por onde passa, a família mantém a sua continuidade e assegura o crescimento psicossocial dos seus membros.

3.1.2. Objectivos sistémicos

Os objectivos na visão sistémica dizem respeito a:

- Alteração da estrutura disfuncional da família e o alívio dos sintomas disfuncionais.
- Actuar no contexto imediato do sujeito e dos restantes membros do sistema para alterar as relações familiares.

3.1.3. Estratégia de intervenção

Para o tratamento do sistema familiar em disfunção, Minuchin (1976:111-134) identificou a terapia familiar, que é aplicada como técnica de intervenção terapêutica para a resolução de

problemas dentro do sistema, ligados à hierarquia, às normas, valores tradições e à demarcação de limites.

3.2. Modelo Psicodinâmico

O modelo psicodinâmico é um meio de análise psicológica. Surgiu entre os séculos XVIII e XIX, e deu um contributo na interpretação da formação e funcionamento da personalidade e diferenças individuais. Este modelo focaliza-se nos aspectos intrapsíquicos do indivíduo e não em factores ambientais. Nesta perspectiva, os comportamentos e as atitudes são em função da própria pessoa. Isto é, os factores que determinam a evolução do indivíduo estão dentro do próprio sujeito. Neste contexto, o homem é concebido em termos de sistema energético, uma máquina que funciona de acordo com certos processos governados pelas instâncias psíquicas id, ego e super ego (Freud, 1923).

Para Freud (1923), o id é a verdadeira realidade psíquica, que representa o mundo interno da experiência subjectiva e não tem o conhecimento da realidade objectiva. É constituído pelos impulsos instintuais e age segundo o princípio do prazer. Opera segundo dois processos: o processo primário, constituído por acções reflexas, reacções inatas e automáticas, e o processo secundário, que dá forma ao indivíduo e permite a sua interacção com o ambiente que o circunda.

O ego é a instância psíquica que conhece a realidade subjectiva da mente, isto é, sabe distinguir as coisas da mente e aquelas do ambiente externo. É por isso que ele é conotado como a instância psíquica que obedece o princípio da realidade, e opera através do processo secundário na satisfação das necessidades do indivíduo. A sua principal função é mediar as exigências do id e do super ego, e as condições do ambiente circundante. A função de mediação exige do ego capacidade de percepção, de reflexão e de integração dos acontecimentos, bem como a interacção positiva e realística com o ambiente.

O super ego, a terceira instância psíquica da constituição da personalidade, representa o mundo interno do sujeito, caracterizado pela interiorização dos valores, normas, costumes tradicionais e ideais da sociedade de pertença. É árbitro moral de interiorização da conduta, dos padrões morais da sociedade. A sua preocupação é julgar e decidir se as atitudes e as acções estão certas ou erradas. As principais funções do super ego, consistem em inibir os impulsos do id, sobretudo aqueles de natureza instintiva e sexual, persuadir o ego na sua

função realística de interacção com o mundo externo, obrigando-o a agir segundo os princípios moralísticos e buscar a perfeição. Por isso, esta sua forma de actuação é comparada àquela do id, que é praticamente irracional, pois o super ego não tem a capacidade de adiar a gratificação instintiva para um outro momento.

Como dinâmica, as três instâncias funcionam ora balançando-se, ora contrabalançando-se. Isto é, umas vezes interagem de forma equilibrada e, outras vezes, de forma desequilibrada, por causa da tensão conflitual que acontece entre elas, na busca da satisfação das suas necessidades (Hall, et al 2000:53-63).

Enquanto Freud vê o comportamento do indivíduo como consequência da dinâmica das instâncias psíquicas, os neo-psicanalistas (Adler, Horney, Sullivan, Lewin e Erikson) afirmam que a conduta do indivíduo não depende só das suas instâncias psíquicas, mas também da interacção destas com o ambiente onde o sujeito está inserido.

Na sua teoria, Adler (1947) focaliza-se sobre o *self*, como um sistema subjectivo muito personalizado, que tem a função de interpretar e tornar significativas as experiências do organismo na sua interacção com o ambiente. Vê a pessoa como uma configuração de motivos, de traços de interesses e valores que contribuem para a elaboração do seu estilo de vida. Segundo Hall et al (2000), na sua teoria, Horney transforma o foco instintivo de Freud no foco cultural, e acredita que o comportamento do indivíduo é consequência da maneira como a sociedade vive os valores, as atitudes, as normas e as crenças propostas às novas gerações. Sullivan (1953) sublinha o facto de o indivíduo, como parte de suas relações com outras pessoas, viver numa situação interpessoal como membro de um campo social. Lewin (1965), nesta mesma perspectiva, vê a personalidade de um indivíduo em termos de uma entidade não separada da sua realidade ambiental. Considera o comportamento do sujeito, como uma função do campo onde atuam forças internas e forças externas. Erikson vê a personalidade do indivíduo em funcionamento inserido no seu contexto social. Na base destas intuições, ele acredita que o comportamento do sujeito é fruto da sua interacção com o ambiente. A sua teoria focaliza-se no desenvolvimento do ego em várias fases denominadas de psicossociais (Hall, Lindzey e Campbell 2000:115-185. 319-328).

3.2.1. Princípios do modelo psicodinâmico

De acordo com a visão psicanalista, o modelo psicodinâmico rege-se por dois princípios fundamentais: o do prazer e o da realidade. De acordo com esta teoria, o indivíduo é constituído por três instâncias psíquicas:

- O id é o primeiro sistema do aparato psíquico com origem hereditária, constituído pelos impulsos de natureza sexual e agressiva.
- O ego representa a dimensão consciente do homem e tem função de equilibrar os impulsos instintivos do id e a normativa moral do super ego.
- O super ego, definido como um sedimento, vem desde a infância na interacção com as figuras parentais e estrutura-se como instância de poder, de autoridade moral e de juiz, para avaliar o que é justo e o que é injusto; o que é bem e o que é mau.

3.2.2. Objectivos psicodinâmicos

Neste modelo, os objectivos formativos do sujeito estão ligados à capacidade de adaptação, de síntese e de integração da força do ego. Por isso, espera-se que os indivíduos sejam capazes de adquirir um equilíbrio afectivo, acompanhado de uma flexibilidade em relação às exigências dos impulsos, à liberdade e responsabilidade na relação, à liberdade da ânsia e do sentido de culpa, a capacidade de tolerar as situações de stresse e de reagir adequadamente às situações difíceis da vida e à capacidade de diferir a satisfação das necessidades pessoais.

3.2.3. Proposta de intervenção

Este modelo propõe a estratégia terapêutica psicanalítica, onde se deve trabalhar as dinâmicas do indivíduo ao nível mais profundo, de modo a possibilitar um “*insight*” e a interacção positiva com os outros.

3.3. Modelo Cognitivo-Comportamental

O modelo Cognitivo-Comportamental é uma proposta alternativa do modelo comportamental, que vê o comportamento do indivíduo como resultado dos factores exógenos, onde o sujeito é interpretado como uma tábua rasa. Segundo Hall et al (2000), Bandura e Mishel propõem uma teoria cognitiva e comportamental que interpreta o comportamento do indivíduo como

fruto da interacção entre os seus aspectos cognitivos (percepção, intuição, inteligência e memória), em interacção com o contexto ambiental onde ele está inserido. Particularmente, Bandura (1989) vê o comportamento, como consequência de auto-avaliação que implica os processos cognitivos e os resultados externos, isto é, os factores ambientais que têm um impacto sobre o comportamento do sujeito. Neste sentido, a pessoa é influenciada pelos seus conhecimentos e pela orientação actual do ambiente. Ainda de acordo com Hall et al (2000), Mishel (1986), na sua conceitualização de personalidade, em termos de aprendizagem socio cognitiva, enfatiza o facto de que as pessoas têm uma capacidade de discriminar as situações da vida e os modelos de identificação com os quais querem interagir. (Hall, Lindzey e Campbell 2000:460-487).

Teoricamente, as abordagens do modelo Cognitivo-Comportamental partilham da premissa básica de que existe um processo interno e oculto de cognição, e também de que a mudança de comportamento pode ser mediada por eventos cognitivos.

O modelo cognitivo da depressão propõe que os sintomas cognitivos, motivacionais e vegetativos da depressão possam ser causados e mantidos por distorções nos três níveis de cognição: Pensamentos automáticos, crenças subjacentes (crenças) e crenças nucleares (esquemas) (Knapp et al, 2007:43-174).

3.3.1. Princípios do modelo cognitivo-comportamental

Bandura (1989) e Mishel (1986) apresentam um princípio fundamental nesta teoria, que é o dos processos cognitivos que presidem o comportamento: Mapas cognitivos, expectativas, metas e intenções. A possibilidade que o comportamento do indivíduo esteja em harmonia com as exigências do seu desenvolvimento, e as expectativas do ambiente dependem, em grande parte, da organização cognitiva do mesmo.

No modelo Cognitivo-Comportamental, o comportamento do indivíduo é fruto da interacção entre as suas capacidades cognitivas com o contexto onde ele está inserido. A pessoa tem uma capacidade de discriminar as situações da vida e os modelos de identificação com as quais querem interagir. De acordo com estes autores, o comportamento depressivo é consequência das distorções ao nível dos pensamentos, das crenças subjacentes (crenças) e crenças nucleares (esquemas).

3.3.2. Objectivos do modelo cognitivo-comportamental

Neste modelo, o objectivo formativo do indivíduo é a reestruturação cognitiva e emotiva, para tornar o indivíduo capaz de uma interacção consigo mesmo e com o ambiente.

3.3.3. Estratégias de intervenção

No modelo Cognitivo-Comportamental, são identificadas várias estratégias de intervenção, entre as quais, a terapia Cognitivo-Comportamental, em que o terapeuta, com base num conjunto de técnicas, questões e exercícios, leva o paciente a agir de uma forma consciente, que permite uma compreensão do seu pensamento distorcido.

Nesta mesma perspectiva, Magalhães (2011), falando da terapia Cognitivo-Comportamental, diz que o terapeuta, com base num conjunto de técnicas, questões e exercícios, conduz o paciente num questionamento consciente, que permite que este tenha uma compreensão sobre seu pensamento distorcido.

3.4. Modelo Fenomenológico

O modelo Fenomenológico de Carl Rogers, inspira-se principalmente na teoria de Wertheimer e de Goldstein ,que na sua teoria focalizam a sua atenção sobre os fenómenos da percepção consciente e do todo. Wertheimer e de Goldstein citado Hall et al (2000), afirma que o organismo se manifesta e se comporta sempre como uma totalidade unificada e não como um conjunto de partes diferenciadas. Para estes autores, corpo e mente não são entidades separadas. Neste sentido, Rogers (1994) concebe psicologicamente o organismo como foco de toda a experiência interna e externa do indivíduo. Esta totalidade de experiência, segundo Rogers(1994), constitui o campo fenomenológico, onde joga papel importante o self e a consciência. Como dinâmica comportamental, Rogers considera que o organismo tem a tendência a actualizar as suas experiências e este tem um motivo básico para melhorar o seu comportamento. Assim, o organismo e o *self*, apesar de terem a inclinação a realizar-se, este processo, no entanto, é sujeito a influências fortes do contexto ambiental em que o indivíduo vive a sua experiência de vida (Hall, Lindzey e Campbell 2000:348-374).

3.4.1. Princípios do modelo fenomenológico

O modelo de Rogers baseia-se no princípio da experiência subjectiva de cada indivíduo, que implica a tomada de contacto com os próprios sentimentos. De acordo com Rogers (1994), a compreensão do comportamento do ser humano acontece a partir do modelo interno em que a pessoa se foi formando ao longo de toda a vida. Neste sentido evidencia duas dimensões da personalidade do indivíduo: o campo perceptivo e o “*self*”. A pessoa torna-se consciente quando é capaz de simbolizar as suas experiências em interacção com os outros. Na mesma perspectiva, Perls (1951) diz que a integração do organismo e a sua interacção com o ambiente se realiza através do processo de contacto, limite e suporte. Quando o indivíduo não simboliza as experiências e não consegue satisfazer as suas necessidades básicas, ele entra em conflito, nega ou distorce as experiências pessoais e do mundo circunstante.

3.4.2. Estratégias de intervenção

Este modelo identifica como estratégia útil para intervir em situação conflitual consigo mesmo e com o ambiente, a terapia centrada sobre o cliente e a terapia da Gestalt, como sendo técnicas que promovem o bem-estar psicossocial e espiritual.

4. Síntese

Neste capítulo procurou-se apresentar o quadro teórico de referência do estudo, sobre o fenómeno depressão em adolescentes filhos de pais separados e a identificação do tipo de intervenção a adoptar, para ultrapassar possíveis núcleos conflituais que afectam todo o sistema familiar. Nele foram definidos os conceitos-chave que foram usados ao longo da pesquisa, onde foi definido a adolescência como fase importante da construção da identidade do indivíduo, mas ao mesmo tempo uma fase de desenvolvimento caracterizada por certas dinâmicas intrapessoais e interpessoais.

Como a formação da personalidade do indivíduo não é fruto apenas das capacidades pessoais mais é resultado da interacção destas com o ambiente, neste sentido, foi também evidenciado o conceito família como sendo um sistema que regula o desenvolvimento e funcionamento dos seus membros à luz de certos padrões que permitem o seu equilíbrio homeostático.

Outros conceitos importantes, sobre os quais o capítulo se debruçou foram depressão, divórcio e separação como fenómenos que têm uma influência recíproca dentro do sistema familiar.

Os autores consultados evidenciaram o facto de que a depressão pode ser causada tanto pelos factores constitucionais do indivíduo assim como pelos factores do ambiente onde o indivíduo está inserido e vive.

Progressivamente foram apresentados quatro modelos teóricos de fundamentação ao estudo do tema da pesquisa: modelo Sistémico, Psicodinâmico, Cognitivo-Comportamental e Fenomenológico Rogersiano. Estes modelos teóricos escolhidos para a pesquisa, em causa, oferecem uma visão holística em relação ao estudo do problema. Particularmente no modelo Sistémico foram sublinhados os aspectos significativos que contribuem para a estruturação e o funcionamento do sistema familiar, assim como, as formas de interacção dos seus membros e as repercussões no desenvolvimento do adolescente dentro do sistema, e as possíveis patologias que podem surgir como consequência do estilo de interacção existente entre os membros da família.

O Modelo Psicodinâmico apresentou uma matriz das dinâmicas internas do indivíduo no seu funcionamento psíquico ligadas à sua dimensão psicosexual e afectiva. No modelo Cognitivo-Comportamental foi evidenciado a importância dos processos cognitivos que presidem o comportamento da pessoa humana: Mapas cognitivos, expectativas, intenções e metas. Neste sentido, o comportamento depressivo é consequência das distorções de pensamento e das crenças subjacentes. Em vez, o modelo fenomenológico de Rogers focalizou a atenção sobre os fenómenos da percepção consciente do organismo humano como uma totalidade unificada e como foco da experiência interna e externa do indivíduo, sendo evidenciadas duas dimensões da sua personalidade: o campo perceptivo e o *self* que permitem a simbolização das experiências pessoais em interacção com os outros.

As várias perspectivas dos autores consultados ajudaram a pesquisadora a compreender e a aprofundar o tema de pesquisa, a identificar as dinâmicas individuais e os padrões funcionais e disfuncionais do sistema familiar no processo da sua interacção. Também os autores consultados deram a chave para a identificação de comportamentos relacionais que contribuem para o equilíbrio ou desequilíbrio do sistema familiar com filhos adolescentes, de pais separados, que sofrem de depressão. As fontes lidas constituíram uma base de inspiração

na escolha do tipo de intervenção mais adequado que responde à situação problemática em estudo, assim como as técnicas e estratégias subjacentes.

Foi evidente para a pesquisadora que os quadros teóricos acima mencionados, delinearam os aspectos que constituem resposta às perguntas de pesquisa, pois o indivíduo não existe por si só, ele é parte integrante do sistema familiar. Dentro do sistema ou grupo, os membros influenciam-se mutuamente, o que pode potenciar ou não a capacidade de resistência dos seus membros dando origem à funcionalidade ou à patologia do sistema.

Em seguida, é apresentado o capítulo da metodologia, que define o tipo de estudo e de procedimentos a usar nesta pesquisa.

CAPÍTULO III: METODOLOGIA

3.1. Introdução

Nos capítulos precedentes procuramos contextualizar a pesquisa, quer no aspecto sócio cultural, quer no aspecto teórico, através de uma resenha bibliográfica, incidindo em algumas teorias interpretativas da depressão e do sistema familiar com filhos adolescentes, padecendo da disfunção depressiva.

Na perspectiva teórica, privilegamos a teoria sistémica, segundo a qual o comportamento individual no sistema familiar é função das propriedades intrínsecas do sujeito e das características ambientais, num determinado momento. Esta teoria evidencia o processo transaccional onde a pessoa e o ambiente se influenciam reciprocamente. Neste capítulo serão apresentadas em linhas gerais: a metodologia e objectivos da pesquisa, a estrutura do projecto da pesquisa, o grupo alvo e os instrumentos usados ao longo do estudo. Nele também serão retomadas as perguntas de pesquisa e as hipóteses.

A pesquisa é um processo formal e sistemático no desenvolvimento da metodologia científica, que abrange uma multiplicidade de modelos tais como: pesquisa longitudinal, quantitativa e qualitativa, descritiva e exploratória, pesquisa bibliográfica, ex-post-facto e estudo de caso, etc. Esta tem como objectivo a análise do problema, a formulação de hipóteses, e a identificação de respostas (Gil 1999; Bellarte & Prellezo 1989; Calonghi 1990 e Mendonça et al. 2006).

Neste sentido, a presente pesquisa é de tipo ex-post-facto, pois ela se realiza depois da ocorrência espontânea dos factos, sem o controle das variáveis no momento em que o fenómeno acontece. Neste caso, tomou-se em consideração as situações que se desenvolveram natural e espontaneamente, submetidas a controle através de instrumentos apropriados.

A parte empírica do estudo consistiu em duas fases: A primeira, de tipo descritivo analítico, destinada a inventariar e caracterizar os casos de comportamento depressivo entre os adolescentes filhos de pais separados, respondendo assim às perguntas e às hipóteses de pesquisa. A segunda parte empírica consistiu especificamente no estudo de um caso que exigiu a concepção e a implementação de um programa de psicodiagnóstico e de intervenção

junto ao adolescente e à família, procurando também neste estudo responder as perguntas e às hipóteses iniciais da pesquisa.

Neste sentido, a pesquisa passou pela fase da identificação do problema e, progressivamente, pela fase da revisão da literatura, a justificação da escolha do tema, a definição dos objectivos, formulação de hipóteses e perguntas de pesquisa. As fases subsequentes constituíram momentos de pesquisa, a colecta de dados através de administração de testes e entrevista semiestruturada, a tabulação de dados, a análise e interpretação dos resultados. Finalmente a elaboração da redacção definitiva para a apresentação desta dissertação.

3.2. Projecto de pesquisa sobre o campo

O projecto de pesquisa sobre o campo “*A Depressão em Filhos Adolescentes num Sistema Familiar de Pais Separados e a Identificação do Tipo de Intervenção*” parte das observações feitas no âmbito de consultas de triagem no CERPIJ, onde a pesquisadora se deparou com o fenómeno depressão em adolescentes, cujos pais estão separados ou divorciados. Esta constatação motivou a intenção de aprofundar a questão através de um estudo empírico para propor linhas gerais de intervenção. Por isso, para que a pesquisa pudesse encontrar resposta, foi preciso, antes de mais nada, definir os objectivos e a metodologia da investigação, para poder, depois, identificar os instrumentos capazes de fazer o levantamento de dados no campo da pesquisa.

Os objectivos, como dissemos anteriormente, são de natureza metodológica e terapêutica, e, por esta razão, procuramos identificar uma metodologia que nos permitiu elaborar um plano de trabalho para a recolha e organização dos dados, para análise e interpretação dos mesmos, tendo em vista uma proposta concreta de intervenção.

Para encontrar uma abordagem teórico-metodológica que permitisse alcançar um resultado positivo e significativo na compreensão do fenómeno e para o avanço do bem-estar psicossocial da família, optou-se por uma metodologia de investigação de tipo quantitativo e qualitativo, descritiva-analítica no estudo de caso que constitui o corpo central desta pesquisa.

Segundo Gunther (2006:205), num estudo de caso é possível utilizar tanto procedimentos qualitativos quanto quantitativos. Além disto, é concebível observar comportamentos no seu

contexto natural, criar experiências bem como realizar entrevistas, aplicar questionários ou administrar testes.

De acordo com Bryman (2012: 635 e 717), o uso de métodos quantitativos e qualitativos em pesquisa de fenómenos sociais aumenta a qualidade e a robustez dos resultados. O mesmo autor fala também da triangulação quando se refere à mistura de métodos ou fontes de dados para pesquisa de fenómenos sociais.

Meirinhos e Osório (2010:64) referem que existem autores que sublinham a importância de utilizar simultaneamente, em alguns métodos de investigação, dados qualitativos e quantitativos. Para estes autores, a utilização de dados qualitativos e quantitativos, na mesma investigação, reflecte o princípio da multidisciplinariedade e da complementaridade.

À luz da metodologia adaptada, o plano de trabalho foi dividido em três fases: o momento da recolha do material bibliográfico pertinente à pesquisa, progressivamente o da identificação e elaboração dos instrumentos de levantamento dos dados e, só depois destes dois momentos se passou para a fase de administração dos questionários, correcção e interpretação dos resultados.

A pesquisa tomou em consideração quer as variáveis de conteúdos (depressão, adolescência e família) quer as variáveis anagráficas (sexo, idade, localização, classe social e credo religioso). Para recolha de informação sobre estas variáveis, usamos o “Questionário Para os Adolescentes” (vide anexo I), “Entrevistas semiestruturadas para os pais dos adolescentes” (anexo III) supervisionados pelo Comité Nacional da Bioética (anexo VI).

3.2.1. Investigação Quantitativa

Dalfovo et al (2008:7) refere que este método caracteriza-se pelo uso da quantificação, tanto nas modalidades de recolha de informações, quanto no tratamento das mesmas através de técnicas estatísticas, desde as mais simples até às mais complexas. A recolha de dados enfatizará informações conversíveis em números que nos permitirão verificar a ocorrência ou não das consequências, e daí então, a aceitação ou não das hipóteses de partida. A recolha de dados geralmente é realizada nestes estudos por questionários e entrevistas que apresentam variáveis distintas e relevantes para pesquisa, que em análise é geralmente apresentada por tabelas e gráficos.

3.2.2. Investigação Qualitativa

Segundo Neves (1996:1) numa investigação do tipo qualitativo, faz parte a obtenção de dados descritivos mediante contacto directo e interactivo do pesquisador com a situação do objecto de estudo. Por isso, o pesquisador procura ter este contacto para entender os fenómenos em profundidade segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada, e a partir daí, situar a interpretação dos fenómenos estudados.

Dias (2000:1) refere que nos métodos qualitativos, o investigador deve estar envolvido no campo de acção dos investigados, uma vez que, na sua essência, este método de investigação baseia-se principalmente no diálogo, na escuta e na liberdade de expressão dos participantes.

Segundo Bogdam e Biklen (1994), comentando sobre o tamanho da amostra, a investigação qualitativa não serve para generalização, mas para o estudo aprofundado de uma situação concreta. Os mesmos autores referem ainda que a investigação de tipo qualitativo não pode ser generalizada em outras situações por ser específica só para aquele caso determinado. Neste sentido, a pesquisadora não pretende generalizar os resultados do estudo para todo o universo de famílias de pais separados com filhos adolescentes, no entanto é um estudo que muito contribui para a compreensão do fenómeno relação depressão e separação parental, que posteriormente, num estudo qualitativo, poderá ser generalizado.

3.2.3. Pesquisa descritiva e analítica

Segundo Thomas e Nelson (1996), a pesquisa descritiva procura narrar as características, propriedades ou relações existentes no fenómeno investigado, favorece a formulação clara do problema e das hipóteses na busca de informações sobre as atitudes, os pontos de vista e preferências que os indivíduos têm sobre um determinado assunto, bem como, uma possível identificação de alternativas de soluções. Os mesmos autores referem ainda que as pesquisas analíticas envolvem o estudo e avaliação aprofundados de informações disponíveis na tentativa de explicar o contexto de um fenómeno.

Marques & Peccin (2005:45-46) afirmam que o pesquisador vai além da descrição das características. Analisa e explica a razão do porquê do acontecimento dos actos, o que contribuem para uma maior compreensão dos fenómenos.

Na primeira fase da pesquisa será feito um estudo quantitativo a partir de um universo maior de adolescentes e, na segunda fase, à luz dos resultados obtidos no estudo quantitativo, far-se-

á o estudo do caso com recurso ao uso do método qualitativo combinado com o método descritivo e analítico.

3.3. Estudo Quantitativo: Composição da amostra

A amostra desta investigação foi escolhida por conveniência. Segundo Varão et al (2006:25), neste tipo de amostra o pesquisador selecciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam representar o universo da população em estudo e é constituída por pessoas que estão ao alcance do pesquisador, são voluntárias, ou seleccionadas por causa do fácil acesso.

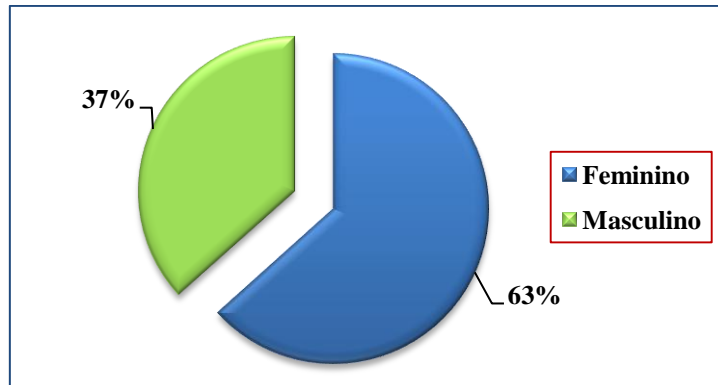
A amostra foi obtida com base na disponibilidade dos pacientes que se apresentam no CERPIJ e seleccionada de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- Ser paciente do CERPIJ;
- Ser filho de pais separados;
- Ser paciente com um sistema familiar disfuncional;
- Ser paciente com idade compreendida entre 15 e 17 anos.
- Ser de ambos os sexos;
- Ser paciente com sinais de depressão.

Em seguida passou-se para a fase de recrutamento dos participantes à pesquisa, através do contacto com os adolescentes e suas respectivas famílias que se apresentam no CERPIJ pedindo ajuda. O recrutamento foi realizado durante as consultas de triagens, visitas domiciliárias e atendimento psicológico.

Participaram na investigação 30 adolescentes, sendo 37% do sexo masculino e 63% do sexo feminino, filhos de pais separados com problemas de depressão como mostra o gráfico 1.

Gráfico 1: Percentagem de participantes por sexo



3.4. Apresentação dos instrumentos de pesquisa e de análise dos dados

3.4.1. O Questionário para os Adolescentes

Para a investigação quantitativa da amostra foi usado o “*Questionário Para os Adolescentes*” constituído por 7 questões. Este questionário foi elaborado pela investigadora, inspirado no CID-10 e é constituído por 10 questões que ajudam na compreensão do fenómeno depressão em adolescentes filhos de pais separados. Na perspectiva de Amaro, Pávoa & Macedo (2004/2005), um questionário é um instrumento de investigação que visa recolher informações baseando-se geralmente em perguntas a um grupo representativo da população em estudo. Para tal, coloca-se uma série de questões que abrangem um tema de interesse para os investigadores.

Neste sentido, para melhor compreensão do problema em estudo, formulou-se a seguinte pergunta de pesquisa: será que o problema da separação dos pais provoca perturbações depressivas no adolescente?

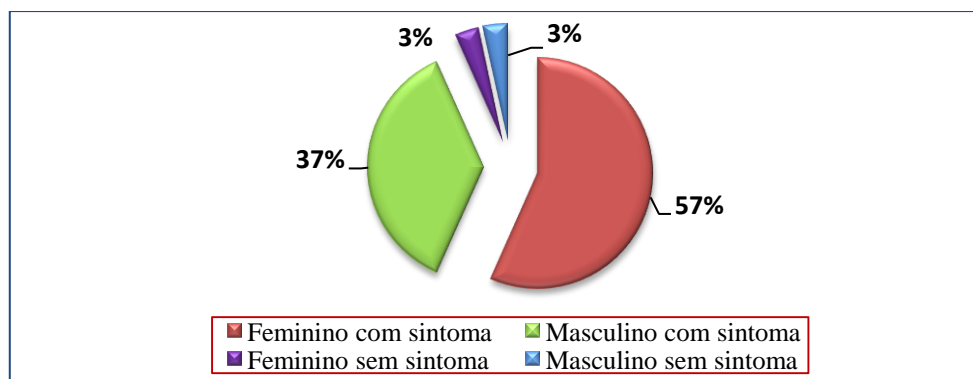
Consequentemente foram elaboradas as hipóteses possíveis para responder a esta questão, que afirmavam por um lado que a separação dos pais não tem influência na depressão dos filhos adolescentes, e por outro lado, que a separação dos pais tinha uma repercussão no surgimento da depressão em filhos adolescentes.

É à luz desta pergunta e hipóteses que neste capítulo foi desenvolvido um processo de estudo mediante instrumentos de mensuração apropriados, para colher os dados que nos permitissem uma avaliação do fenómeno e, assim pudermos chegar a uma conclusão.

Para responder a esta questão foram aplicados alguns instrumentos, tais como o “*Questionário Para os Adolescentes*” com o objectivo de verificar a mudança do comportamento dos mesmos, mediante a separação dos pais.

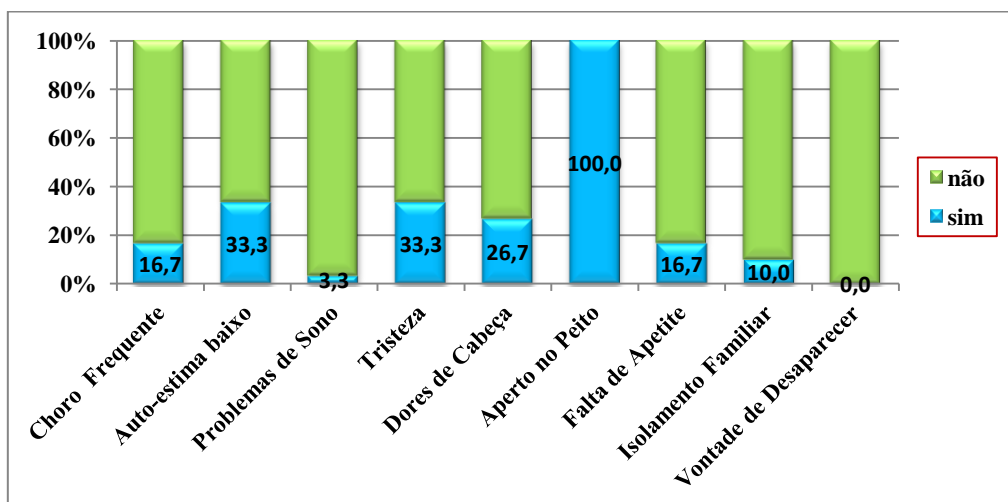
Da administração do questionário aos 30 adolescentes, resulta que 28 confirmam a mudança comportamental após a separação dos pais, sendo 37% do sexo masculino e 57% do sexo feminino. Os 2 adolescentes remanescentes de ambos sexos correspondente a 6 % apresentam-se sem sintomas, como podemos verificar no gráfico 2.

Gráfico 2: Mudanças comportamentais pela separação dos pais por sexo



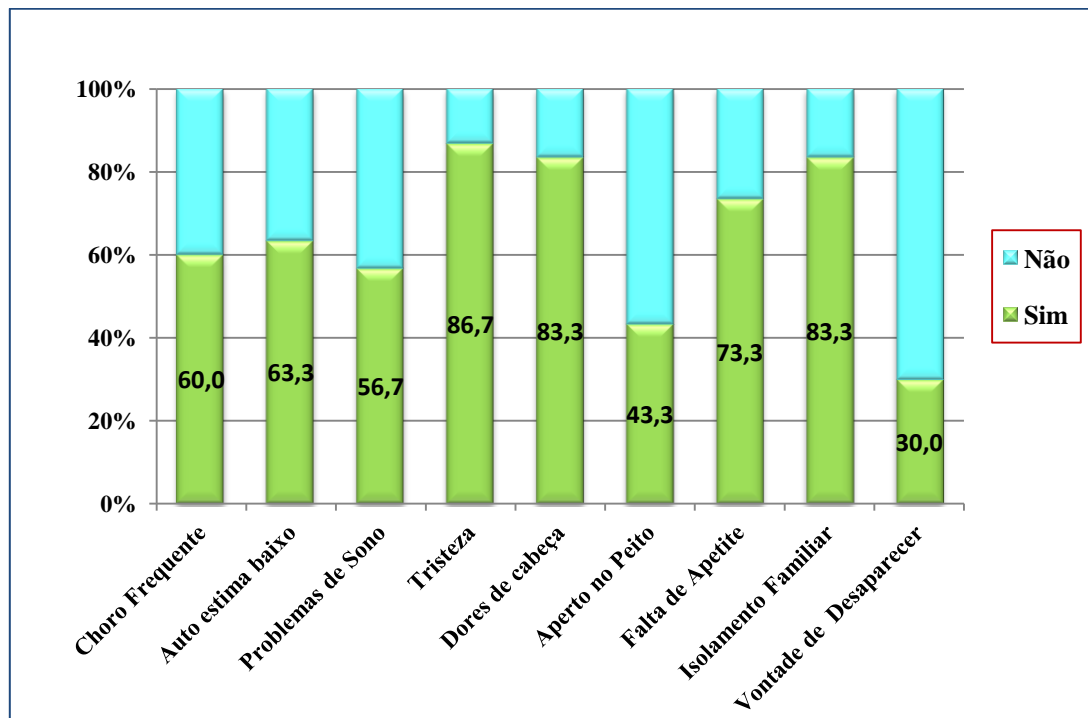
Sucessivamente foram identificadas as dinâmicas relacionais do grupo alvo em estudo antes da separação dos pais, cujas variáveis sintomatológicas foram: Choro frequente 16.7 %, auto-estima baixa 33.3 %, problemas do sono 3.3 %, tristeza 33.3 %, dores de cabeça 26.7 %, aperto no peito 100.0 %, falta de apetite 16.7, isolamento familiar 10.0 %, vontade de desaparecer 0.0 % como o gráfico que segue apresenta.

Gráfico 3: Sintomas presentes antes da separação dos pais



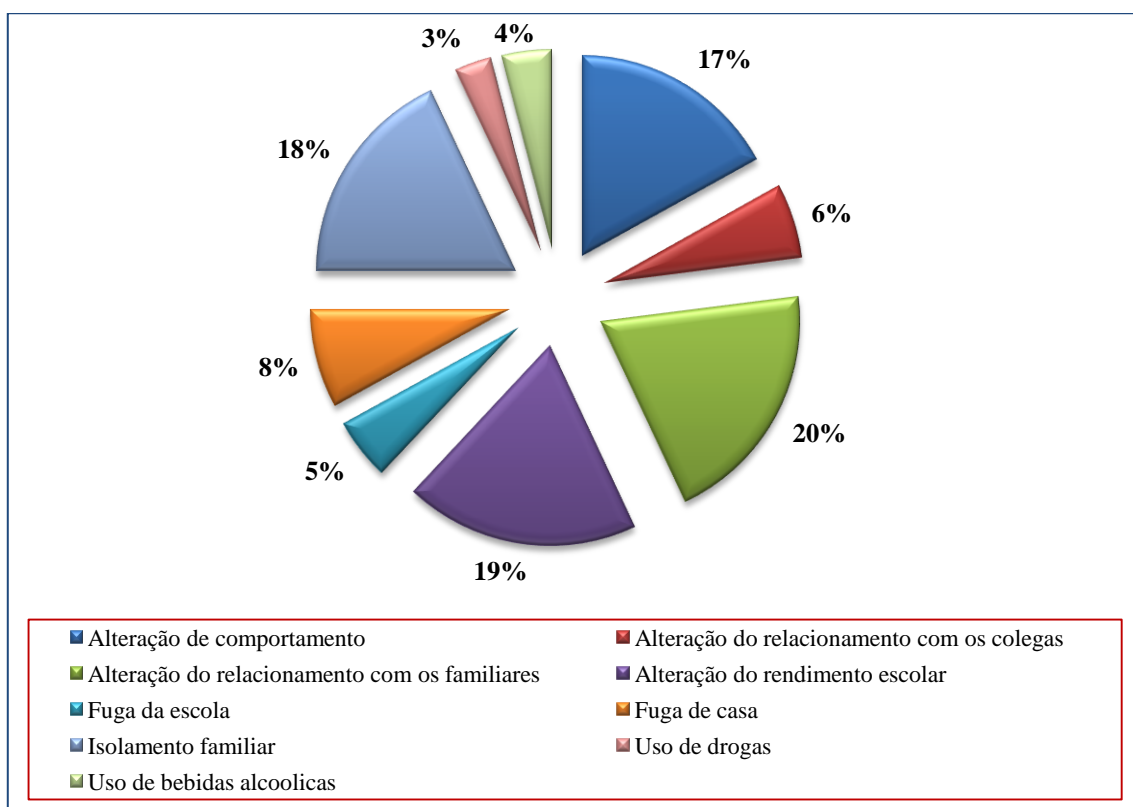
No gráfico 4 são reportadas as percentagens sintomatológicas depois da separação dos pais: Choro frequente 60.0%, auto-estima baixa 63.3 %, problemas do sono 56.7 %, tristeza 86.7 %, dores de cabeça 83.3 %, aperto no peito 43.3 %, falta de apetite 73.3 %, isolamento familiar 83.3 %, vontade de desaparecer 30.0 %.

Gráfico 4: Sintomas presentes depois da separação dos pais



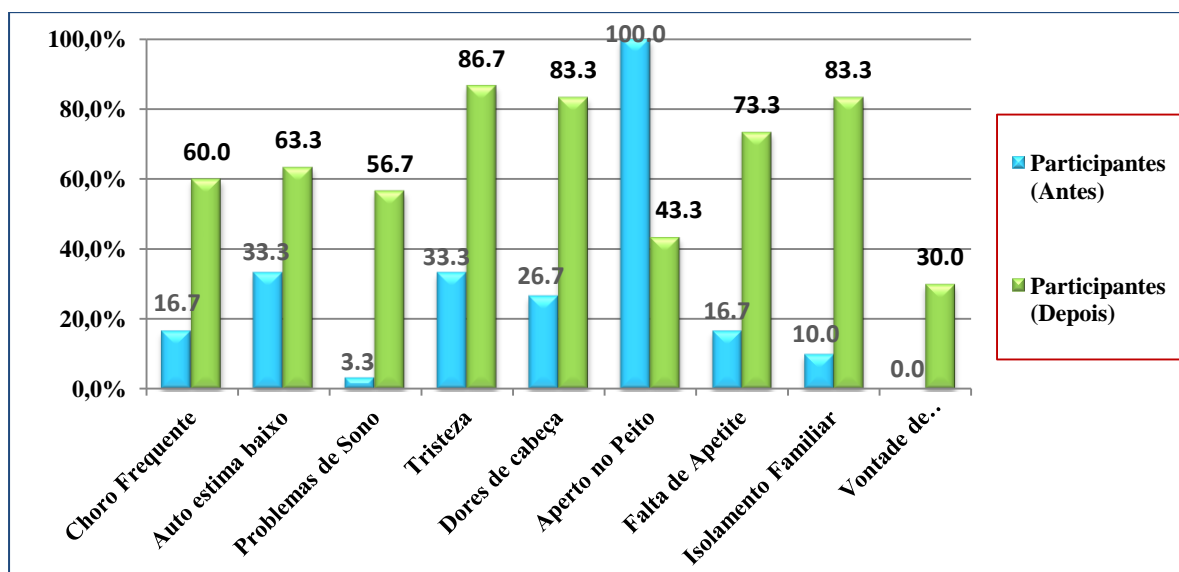
Também através deste mesmo questionário conseguiu-se obter informações acerca das alterações comportamentais na vida do adolescente após a separação dos pais, onde 17 % da totalidade da amostra apresenta alteração no comportamento, 6 % denota alteração no relacionamento com os colegas, 20 % com os familiares, 19 % de alteração no rendimento escolar, 5 % de fuga na escola e 8 % de fuga de casa, 18 % que denunciam o isolamento familiar, 3% uso de droga e 4 % uso de bebidas alcoólicas como nos indica o gráfico 5.

Gráfico 5: Alterações na vida do adolescente após a separação dos pais



A pesquisadora também se interessou em observar nos dados do questionário a manifestação das reacções depressivas dos adolescentes, antes e depois da separação dos pais, como vem indicado no gráfico 6.

Gráfico 6: Sintomatologia depressiva antes e depois da separação dos pais



O gráfico 6 coloca em conjunto os dados dos gráficos 4 e 5, para uma melhor visualização do fenómeno antes e depois da separação dos pais, permitindo, assim, uma observação da discrepância entre os dados.

Do universo da amostra em estudo, acima referido, extraiu-se um caso elucidativo para um estudo aprofundado do fenómeno depressivo nesta faixa etária fazendo o uso do método qualitativo, onde também seria possível fazer uma proposta do plano de intervenção.

3.5. Estudo Qualitativo: Apresentação do caso

Nesta investigação será feita a apresentação de um caso de uma família, que tem uma adolescente de 17 anos, filha de pais separados desde a sua nascença. Ela vive com a mãe e a avó materna. Na mesma residência vivem também dois tios, que são filhos da avó, e mais dois primos, netos da avó. A família compareceu no CERPIJ, com queixa principal da dificuldade de interacção com a adolescente, pois afirma que esta manifesta problemas de depressão acerca de um ano.

Para o estudo deste caso optamos por uma pesquisa qualitativa, que investiga com profundidade um fenómeno dentro do seu contexto da vida real, possibilita também a observação da realidade concreta em funcionamento, com acesso a informações importantes para a compreensão do facto em estudo.

Franco e Ferreira (2007:11) sustentam que o método de investigação de estudo de caso é o procedimento mais adequado para a exploração detalhada duma determinada situação. Mais incisiva e, conseqüentemente, mais apropriada para sustentar a nossa opção é a definição de estudo de caso fornecida por Fortin (2003:4-7), para quem um estudo de caso é a pesquisa sobre um determinado indivíduo, família, grupo ou comunidade que seja representativo de seu universo, para examinar aspectos variados de sua vida.

3.5.1. Motivo da consulta

A família apareceu com a adolescente (PI) à consulta por causa do seu comportamento estranho: isolamento, insónia, falta de apetite, sentimento de tristeza, choro, dores de cabeça constante, palpitações e interrogações acerca do pai, manifestado num período de duas semanas, o que deixou os familiares preocupados com esta situação problemática.

Partindo do princípio que uma investigação científica requer um procedimento e instrumentos de pesquisa adequados, também no estudo deste caso, se observou tal procedimento até à identificação dos respectivos instrumentos para a exploração e o aprofundamento do caso.

3.5.2. O psicodiagnóstico: Instrumentos

3.5.2.1. Anamnese:

- **Dados Sócios-Biográficos do caso**

Nome: PI

Idade: 17 anos

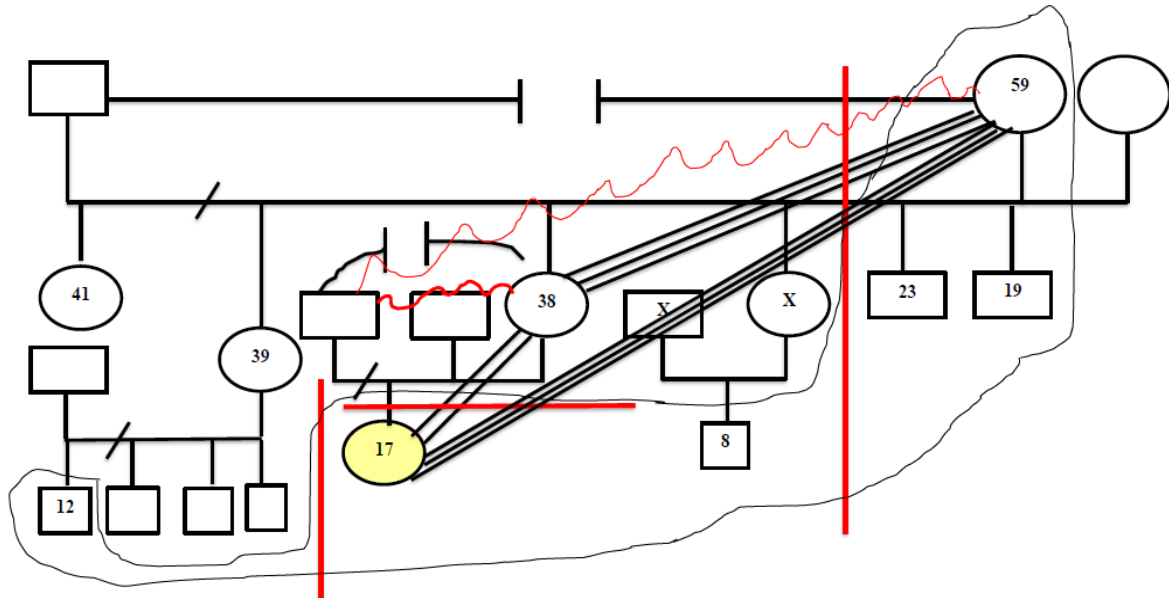
Naturalidade: Maputo

Escolaridade: 12^a classe secção de letras com Matemática do SNE, em uma escola secundária do município da Matola.













Residência: Bairro do Xipamanine.

A partir do motivo da consulta apresentado pela família, a terapeuta convidou todos os membros do sistema familiar a participarem numa sessão para a exploração e compreensão do caso. Assim compareceram na primeira sessão os seguintes membros da família: a avó materna, os dois tios, a mãe, o padrasto e a PI. Os dados recolhidos nesta sessão, contribuíram para a elaboração do genograma da família da PI.

- **Genograma da família da PI:**



- **Legenda do genograma:**

-  - Indivíduo do sexo masculino
-  - Indivíduo do sexo feminino
-  - PI
-  - Indivíduo do sexo masculino que faleceu
-  - Indivíduo do sexo feminino que faleceu
-  - Relações cortadas
-  - Relação normal
-  - Relação forte
-  - Mau relacionamento
-  - Fronteira rígida
-  - Habitam todos na mesma casa
-  - Separação

- **História de vida**

A PI é filha única dos pais. A mãe teve uma gravidez não desejada por parte do pai. Após engravidar, passou por episódios de depressão, porque a relação com o pai era tensa por causa da gravidez indesejada. Sofreu violação física e verbal desde o primeiro mês até ao sétimo, o que a deixava sempre com alterações emocionais, choros frequentes e tristeza.

Segundo a mãe, a PI teve um desenvolvimento motor dentro dos padrões considerados normais. No que diz respeito à socialização, a jovem, desde a tenra idade, foi sempre muito cuidadosa na escolha de amizades. Não faz amigos facilmente e nunca namorou. Foi sempre bem-educada, nunca faltou respeito à avó que a criou e nem a mãe. Sempre colaborou nas actividades de casa. É crente da Igreja Universal do reino Deus desde que a mãe mudou de casa.

A mãe referiu que a PI iniciou com o período menstrual aos 14 anos. Desde essa altura por vezes, fazia perguntas em relação ao pai. Queria saber se o pai estava vivo, por que é que se separou da mãe, se um dia ele voltaria para a conhecer, onde se encontrava o pai e se sabia que tinha uma filha. A estas perguntas, muitas vezes, a mãe não conseguia responder. Era a avó que respondia pela mãe.

Segundo a avó, a menina foi sempre tratada como filha dela, e foi sempre mais esperta que a própria mãe. Aprendeu a fazer as actividades domésticas, a escrever, a fazer perguntas mais cedo em relação à mãe. A mãe, aos 14 anos, era uma menina calada, e a PI já questionava sobre muita coisa com essa idade, segundo a avó.

A PI é uma menina que foi sempre mimada desde à nascença, nunca dormiu sozinha. Sempre dormiu com a mãe. Quando a mãe viajava ou passava a noite fora de casa, sempre dormia no mesmo quarto com a avó.

- **História da doença actual**

Segundo a avó, o comportamento da PI atrás descrito começara três semanas depois da mãe mudar de casa e passar a viver com o padrasto. A avó ausentou-se para a machamba por quatro dias e quando regressou começou a perceber que a menina não estava bem: apresentava comportamentos estranhos tais como, isolamento do meio familiar, evitava conversar com as pessoas, tinha dificuldades para dormir, e quando adormecia tinha pesadelos (falava durante o sono). Para se alimentar tinham que insistir com ela. Muitas vezes ficava maior parte do tempo no quarto. No final da noite, antes de ir dormir, era habitual

rezar. Nos dias da crise durante a oração da noite, falava coisas fora do contexto de uma oração, como se pode notar na afirmação da avó, do tio, da mãe e do padrasto que a seguir transcrevemos.

T: A avó pode-me descrever o comportamento da menina lá em casa?

Avó: *“Tem dificuldades em adormecer, rebola muito. Quando dorme agita-se muito durante o sono, às vezes acorda e começa a falar coisas sem sentido. Ultimamente não se alimenta bem. Muitas vezes temos que insistir com ela para comer.”*

T: Será que o tio está a notar este mesmo comportamento que a avó acaba de descrever?

Tio: *“Tem dias que durante a noite ou mesmo de dia, sai do quarto e vai ficar na sala e reclama de dores de cabeça, anda triste e isola-se.”*

Antes da sessão, a mãe da PI ficou a saber que ela apresentava este comportamento estranho num período de cerca de uma semana a partir da informação que recebeu da avó, onde esta pediu à mãe para que a PI passasse alguns dias com ela. A mãe concordou, e durante aqueles dias que a PI esteve em casa da mãe e do padrasto, ela notou uma alteração comportamental na PI: a PI conversava muito pouco, não saía de casa para conversar com as vizinhas, apenas frequenta demasiadamente a Igreja Universal:

T: Na nossa conversa percebi que a PI foi passar alguns dias com a mãe e o padrasto. O que é que a mãe e o padrasto têm a dizer sobre o comportamento da menina durante aqueles dias?

Mãe: *“Notei que ela só gostava de ficar dentro de casa, não gostava de conversar, parecia que queria dizer algo mas não conseguia falar.”*

Padrasto: *“Ainda não tive a oportunidade de perceber estes comportamentos estranhos que os familiares referenciam. Não tenho estado muito tempo com ela. Normalmente chego à casa tarde e tenho pouco tempo para conversar com ela. Sei pela minha esposa que a menina não está bem de saúde.”*

- **Antecedentes patológicos pessoais**

Os familiares referiram que em Fevereiro de 2011, a menina esteve internada no HCM por uma semana com diagnóstico de malária cerebral. Após o tratamento da malária foi transferida para o Hospital Psiquiátrico do Infulene, por alteração de comportamento para melhor controlo, onde esteve internada por 3 dias. Em relação à infância da menina, a família

diz que ela foi sempre saudável, apenas com algum problema de diarreia e constipação que se resolveu com tratamento caseiro.

- **Ambiente e relação Familiar**

De uma forma geral o ambiente familiar da PI aparenta ser saudável, embora caracterizado pela lamentação, pelo fracasso do primeiro relacionamento da mãe da PI. A menina viveu sempre com a mãe em casa da avó materna. Na mesma casa vivem dois tios filhos da avó e mais dois primos.

A relação familiar dentro do sistema foi sempre boa. A menina entende-se perfeitamente com os primos e tios e adora a avó e a mãe. Teve sempre boa relação com o padrasto, desde que o conheceu.

Em relação à família do pai, a PI nunca teve contacto com ela, nunca viu o pai. Sabe apenas dizer que, uma vez em conversa com o tio, de 23 anos, soube que quando mudaram do bairro da Machava Socimol para o bairro de Xipamanine, o pai foi procurar por ela e pela mãe. Quando a PI esteve internada, a mãe procurou o pai, para informar o estado de saúde da menina e foi quando ficou a saber que o pai não se encontrava em Maputo. A mãe conseguiu o contacto do pai através dos familiares dele. Nessa altura a menina conseguiu falar com o pai telefonicamente. Após internamento não voltou a falar mais com o pai, porque a mãe e a avó encontravam sempre uma desculpa para não dar o contacto a PI.

Apesar da relação familiar ser boa, esta começou a mudar após ter saído do Hospital Psiquiátrico do Infulene. Sentia-se muito controlada pelos tios, avó, mãe e primos. Não percebia o que é que se estava a passar, apenas sabia que o controlo era excessivo. Esteve a fazer medicação psiquiátrica cerca de três meses acompanhado de complexo B. Quando o psiquiatra suspendeu a medicação psiquiátrica, ela teve que continuar por mais três meses o tratamento do complexo B, continuando com as consultas de controlo psiquiátrico mensalmente.

Nesse período de três meses, em que esteve a cumprir com a medicação de complexo B, era acompanhada pela família. Numa das consultas de controlo acabou por confessar ao médico psiquiatra que já estava farta de fazer a medicação, porque em casa tratavam-na como uma criança e sentia que estava a engordar uma vez que os comprimidos só lhe aumentavam o apetite para comer.

Todos os dias a família perguntava se a PI já tinha tomado os medicamentos. Este questionamento incomodava-a porque ela já se sentia crescida e com responsabilidade para controlar a medicação. Quando a menina tentava fazer perceber a família que o controle exagerado por parte deles incomodava-a, porque não se sentia a vontade, eles nunca acreditavam nas palavras da PI. Esta foi a razão que levou a PI a isolar-se, com receio de falar e dar opiniões em relação aos problemas que aconteciam no dia-a-dia em casa e mesmo em relação aos assuntos familiares.

Após ter escutado as dificuldades interpessoais da PI a terapeuta procurou explorar mais a questão comportamental que a PI manifesta e que todos falam.

T: Percebi que muitas vezes em casa tens ficado sozinha. O que é que está a acontecer para te comportares assim?

PI: *“Tenho medo de ficar maluca por falar a verdade e desagradar a família. A minha família não me compreende. Controla-me muito e não acredita em mim.”*

Este controle excessivo por parte da família era visível também em outras situações: na alimentação, nas saídas para a igreja e para a escola, assim como no regresso para casa. A avó passou a dormir com ela no mesmo quarto, para controlá-la durante a noite, com medo que a PI entrasse em crise. Este comportamento da família, inconscientemente contribuiu para fracasso da PI em relação à autonomia e auto-valorização.

T: Compreendo como é difícil para ti passar por esta experiência de controle dentro da família e acredito que gostarias de ser respeitada.

PI: *“Sim, penso muito porque quero ser alguém na sociedade, porque cada ser humano tem direito à expressão e de se sentir a vontade. Eles têm que saber que já cresci, e tem que parar de me controlar como se fosse uma criança. Qualquer passo que dou já está alguém por perto. Até quando?”*

T: Será só isso que te preocupa ou há ainda mais alguma coisa?

PI: *“A falta de mesada preocupa-me, não posso fazer nada. Os brincos (argolas de criança), as roupas deixam-me pensativa e triste, porque não tenho como fazer entender a minha mãe e avó que preciso de mudar a minha aparência. Prefiro ficar sem falar. Fico preocupada, ando pensativa. Sei que a minha família não tem condições de sustentar os meus estudos. A minha avó sempre que fala comigo diz que me quer ver formada, e só pode ajudar-me*

quando o meu tio concluir a faculdade, porque agora ela está a custear as despesas dele. Até lá já terão passado 3 anos. É um atraso para mim. Penso muito até em coisas que não devo, já cheguei a pensar no meu pai.”

T: Em casa és a única pessoa que sofre este problema de controlo?

PI *“O que me deixa stressada é a preocupação exagerada que a avó tem por mim. Tem-me tratado como se eu fosse uma criança. Por vezes sinto como se eu fosse tão especial em relação aos outros netos pelo tratamento que a avó me dá. Isso me incomoda bastante.”*

- **Situação económica da família**

Em relação à situação económica da família, a avó diz que está separada do marido há mais ou menos 17 anos. Para o sustento da família, a actividade que a avó exerce é de muquerista (negociante de produtos alimentares e vestuário). Tem uma Machamba em Marracuene, onde cultiva produtos para o sustento da família e uma parte para venda. O filho da avó, de 23 anos, é Promotor de Vendas (procura material eléctrico e fornece aos hotéis e restaurante). O filho de 19 anos de idade, não trabalha e frequenta o curso de Medicina na Universidade Eduardo Mondlane e faltam 3 anos para concluir. A mãe da PI é doméstica, e já esteve a trabalhar como negociante e desistiu por estar frequentemente com problemas de saúde. Sofria constantemente de dores de cabeça e do estômago. Actualmente a mãe está à procura de emprego. A família paterna nunca contribuiu para as despesas da filha.

- **Situação educacional**

A PI ingressou na 1ª classe com 6 anos e terminou a 12ª classe, secção de letras com Matemática em Novembro de 2011 com 17 anos de idade. Após a hospitalização em Fevereiro de 2011, a PI teve dificuldades em regressar à escola. O efeito da medicação deixava-a sonolenta, sem vontade de fazer nada e com muita preguiça. Depois de duas semanas, conseguiu apresentar-se na escola, mas ainda sentia-se cansada e graças ao esforço que fez, ela conseguiu recuperar as aulas perdidas em tempo recorde.

Em Novembro de 2011 começou a preparar-se nas disciplinas de História e Português para concorrer para o curso de Direito na UEM em 2012. Neste período ela percebeu que tinha colegas, que estavam a preparar-se para os exames de admissão num local onde recebiam explicação. Ela, não conseguindo participar nesse grupo de estudo, ficou desesperada, pensativa, frustrada com medo de não conseguir ingressar na faculdade, por falta de condições financeiras para pagar a explicação. Em Janeiro concorreu e não conseguiu entrar.

Da anamnese passou-se a administração dos testes: PQ-Questionário Pessoal, Teste de Identificação Familiar- FIT, Inventário de Depressão de Beck (Para a PI) e a Entrevista Semi-Estruturada (para os pais).

3.5.2.2. *Administração dos testes*

- **O PQ - Questionário Pessoal**

É um instrumento adaptado por Sales et al (2007) individualizado, de mudança de tipo *target complaint* é composto por 10 cartões brancos sem escrita, onde o paciente é orientado a escrever os seus problemas. Em seguida os problemas escritos pelo paciente são organizados pelo terapeuta, com ajuda do paciente, em ordem numérica de acordo com o grau de necessidade que o paciente apresenta para a resolução dos mesmos. O PQ tem como objectivo fazer uma lista dos pontos que o cliente ou cada elemento da família deseja trabalhar em terapia, formulados com suas próprias palavras.

No caso em estudo, o PQ foi aplicado a PI com a finalidade de colher mais informações da sua dinâmica intrapsíquica e interpessoal. O mesmo questionário foi respondido por cada membro da família, de modo a perceber os principais problemas que levaram a procurar ajuda e que gostariam que fossem abordados em terapia. Assim, através do PQ foram identificados os seguintes problemas:

- ***Perturbação psico-físico*** - Dores fortes no peito, auto-estima baixa, insónia, medo de ficar maluca, de falar a verdade, de desagradar a família.
- ***Perturbação psico-social*** - Frustração em relação a auto-realização (posição social e escolha profissional), sentimento de revolta pelo facto de ser rejeitada: *“eles têm que parar de me controlar como se fosse uma criança. Que larguem o meu pé, estou preocupada com a falta de mesada, quero escolher a minha profissão e sinto que os outros não podem escolher por mim.”*

Em seguida aplicou-se o teste FIT como indicam os parágrafos seguintes.

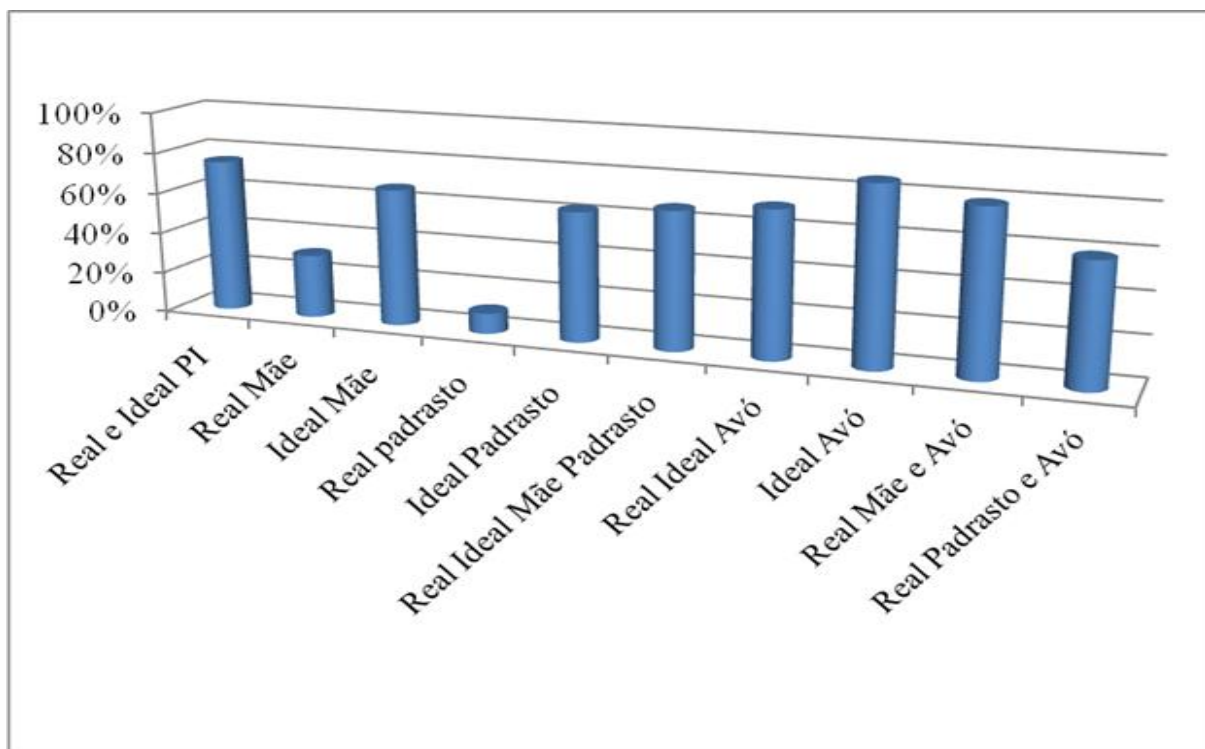
- **O FIT - Teste de Identificação Familiar**

É um teste para o levantamento de dados sobre o sistema familiar. Segundo Borges (2007:4) este teste foi desenvolvido por Remschmidt e Mattejat (1999) a partir de outros processos psicodiagnósticos, e o procedimento de Classificação de Cartões Q-Sort de Stepheenso (1953). O objectivo do teste FIT é pesquisar as relações de identificação na família. O FIT consiste

em 12 adjectivos, com os quais o participante deverá descrever por meio de uma escala Likert de cinco pontos como ele é realmente, como ele gostaria de ser idealmente, como o pai e a mãe são realmente. O mesmo procedimento se faz com os restantes membros da família. Assim a PI expressou o seu real em relação ao seu ideal com 75.9%. Também manifestou o seu real em relação ao real da mãe, com 31.3 %. Em vez, o seu ideal dela em relação ao real da mãe foi de 67.3 %. Em relação ao real do padrasto, o real da PI resultou em 10.1 %, e o seu ideal em relação ao real do padrasto é correspondente a 63.3 %.

Na sua percepção, a PI representa o real da mãe e do padrasto igual a 67.1 %. Olhando para a relação da PI com a avó como ela a percebe exprime-a com 71.2 %. A PI também exprimiu o seu ideal de relação com a avó com 86.0 %. O que a PI expressou em relação à mãe e o padrasto também o expressou em relação à mãe e à avó com 79.0 %. Finalmente ela representou o real do padrasto em relação à avó com 59.3 % como mostra o gráfico 7.

Gráfico 7: O real e o ideal da PI em relação aos membros do sistema familiar



O gráfico 7 mostra o resultado dos dados sobre o real e ideal da PI, real e ideal da mãe, real e ideal do padrasto e real e ideal da avó materna. Não foi aplicado o teste em relação ao pai biológico porque a PI referiu não ter informação a seu respeito. Outro teste administrado ao caso foi o Inventário de Depressão de Beck.

- **O Inventário de Depressão de Beck**

É um teste composto por 21 itens e serve para fazer o levantamento dos sintomas depressivos do adolescente, de modo a perceber a presença da patologia, a sua intensidade e gravidade. Segundo Castro et al (2008), este inventário constitui uma escala que mede o traço latente de sintomas depressivos, o qual é de extrema relevância para se verificar a intensidade e o estágio da depressão assim como para avaliar o seu desfecho.

Aplicando este teste à PI, obtivemos um resultado que denuncia a presença duma depressão moderada cujos valores estão na pontuação entre 26-29. O teste de Beck facilitou a percepção do traço latente depressivo da PI e a sua respectiva intensidade manifestada através de sintomas, como podemos ver na tabela 2.

Tabela 2: Sintomas depressivos da PI

	0	1	2	3	Sintomas
A			2		Estado de ânimo
B		1			Pessimismo
C	0				Fracasso
D			2		Descontentamento
E		1			Sentimento de culpa
F			2		Necessidade de castigo
G		1			Ódio a si mesmo
H	0				Auto-acusação
I	0				Impulsos suicidas
J			2		Períodos de choro
K			2		Irritabilidade
L		1			Isolamento social
M		1			Incapacidade de decisão
N			2		Imagem corporal
O		1			Incapacidade para trabalho
P			2		Transtornos de sono
Q			2		Fatigabilidade
R			2		Perda de apetite
S		1			Perda de peso
T		1			Hipocondria
U	0				Perda da libido
Total de cada item	0	8	18		
Total da pontuação	26				

- **A Entrevista Semi-estruturada**

Considerando o comportamento da PI no sistema familiar, achou-se oportuno fazer uma entrevista semi-estruturada aos membros da família que se relacionam com ela directamente, a fim de colher informações complementares pertinentes ao estudo deste caso.

A entrevista semi-estruturada era constituída por 10 perguntas, (Ver anexo III), com a finalidade de colher informação em relação aos pais dos adolescentes. Os argumentos tratados neste instrumento estão relacionados com as dinâmicas em relação ao sistema “*self*” e ao sistema familiar. Segundo Trivinos (1987:146), a entrevista semi-estruturada tem como característica questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam com o tema da pesquisa.

O resultado da entrevista feita aos membros familiares revelou um desequilíbrio homeostático, caracterizado pela ansia, obsessão e superprotecção do sistema em relação à PI.

3.6. Definição do problema e sua reformulação

A PI foi apresentada a consulta pela família porque apresentava um comportamento estranho, caracterizado pelo isolamento, insónia, falta de apetite, sentimento de tristeza, choro, dores de cabeça constante, palpitações e interrogações conforme descreveu a mesma. Para uma compreensão maior do problema foi feita a anamnese e administrados alguns testes e entrevistas. À luz dos resultados fornecidos por estes instrumentos psicodiagnósticos, a pesquisadora conseguiu identificar o núcleo problemático do sistema familiar, que causava a disfunção comportamental na PI:

- Depressão e ansia.
- Conflito relacional caracterizado pela obsessividade e superprotecção da parte dos membros do sistema familiar.
- Perturbações psicossomáticas

3.7. A fiabilidade e validade dos instrumentos da avaliação

Em qualquer estudo científico, quer seja quantitativo ou qualitativo, requer-se uma certa fiabilidade e validade, isto é, a certeza de que os instrumentos usados para a pesquisa são potentes para avaliar aquilo que se pretende mensurar, são estáveis no tempo e têm uma certa consistência interna. A fiabilidade e a validade dizem respeito também à possibilidade de generalizar as conclusões da pesquisa em outras situações com características semelhantes.

Neste sentido, os instrumentos PQ e o FIT, utilizados pela investigadora durante a fase do estágio, na avaliação de situações problemáticas do sistema familiar, tiveram a supervisão da parte dos orientadores e dos supervisores do estágio bem como do Comité Nacional da Bioética. Antes de se aplicar os instrumentos psicodiagnóstico ao grupo alvo da pesquisa, foram administrados a título de experiência a um grupo de pré-adolescentes de idades compreendidas entre 10 e 14 anos, e a uma família com três filhos de idades compreendidas entre 3 e 12 anos cujos pais estavam separados. Em ambos os casos, a avaliação do funcionamento individual e do sistema familiar exigiu a administração de testes e entrevistas semi-estruturadas, sua correção e interpretação. Esta prática de avaliação psicológica e sistémica deu a oportunidade de verificar a fiabilidade e a validade dos instrumentos usados, pois, segundo a pesquisadora, estes conseguiram fazer o levantamento dos dados que se pretendia.

3.8. Considerações Éticas

Em relação aos aspectos éticos da pesquisa, antes de iniciar o estudo, foi elaborado um protocolo de investigação e apresentado ao Comité Nacional da Bioética, que aprovou conforme a nota número 1151/GMS/002/2013. Nas fases do processo pesquisa, foram observadas todas as exigências éticas referentes à actividade investigativa, respeitando-se as normas e as regras dos princípios éticos dos processos clínicos nacionais e universais. (Vide anexo V)

A participação dos candidatos à pesquisa obedeceu ao princípio ético do consentimento livre e informado, baseado no critério da moral, do respeito e da autonomia do participante, da tutela e da confidencialidade dos dados sobre a identificação dos candidatos, por parte do pesquisador. Os participantes foram informados sobre os benefícios da sua participação neste processo, esclarecidos os objectivos das entrevistas e dos questionários a serem usados para a

recolha de dados. Toda a informação recolhida foi propriedade privada do CERPIJ, por isso, a informação não será publicada sem o seu consentimento.

Participaram neste processo da pesquisa de forma livre os adolescentes e os seus respectivos pais ou cuidadores.

3.9. Síntese

Sendo a metodologia um capítulo central desta pesquisa, a atenção maior da pesquisadora, concentrou-se na identificação dos métodos a adoptar neste estudo. Por isso, foram escolhidos os métodos quanti-qualitativo, uma vez que a pesquisa partiu de um universo de 30 adolescentes, para progressivamente fazer a sua ilustração com o estudo do caso.

Para avaliar o fenómeno depressão, usando a metodologia quanti-qualitativa, recorreu-se aos instrumentos adequados, capazes de fazer o levantamento de dados para responder a pergunta e as hipóteses de pesquisa, formuladas no início da reflexão do tema. Em seguida foi feita a leitura e a tabulação dos dados recolhidos, para facilitar o estudo e a compreensão dos mesmos, onde foram obtidos as seguintes informações:

Num universo de 30 adolescentes que participaram no estudo, 37% foram do sexo masculino e 63% do sexo feminino, dado que será discutido no próximo capítulo. A este universo foi aplicado questionários, com o objectivo de colher a sua experiência emotiva e comportamental no momento da separação dos pais. Emergiram dados significativos que mostraram a potência dos instrumentos usados, que conseguiram mensurar as variáveis que a pesquisadora pretendia conhecer e compreender a sua origem, bem como confirmar a mudança comportamental do grupo alvo após a separação dos pais, com 57% de respostas afirmativas do sexo feminino e 37% do sexo masculino.

Para o aprofundamento do problema do grupo alvo de pesquisa, tomou-se um caso que foi submetido a uma avaliação mediante outros instrumentos tais como: Anamnese, PQ, FIT, Inventário de Depressão de Beck e Entrevista semi-estruturada. Na fase de recolha de dados para o estudo deste caso, as técnicas utilizadas foram as seguintes: observação e escuta activa dos elementos do sistema familiar, interrogações, clarificação, interpretação ou explicação, confronto, empatia, sumário ou síntese. Os dados recolhidos no estudo deste caso, entre outros, denunciaram o factor separação dos pais como sendo fonte originária da depressão.

Tomando como base as pesquisas feitas à volta do problema depressão dos adolescentes, constatou-se que a separação dos pais, constitui um factor causador da depressão. No entanto, este dado não pode ser generalizado a toda situação de separação ou divórcio, como elemento determinante do surgimento da depressão em filhos adolescentes.

À luz deste processo, podemos dizer que neste capítulo da metodologia foram alcançados os objectivos previstos, respondida a pergunta de pesquisa e confirmada a hipótese 1. Seguem-se a análise e interpretação dos resultados no capítulo seguinte.

CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1. Introdução

No capítulo anterior, fizemos a descrição da estrutura da pesquisa, evidenciando as motivações que nos levaram a fazer este tipo de investigação. Foi também elaborado o plano de trabalho, e os instrumentos utilizados para fazer o levantamento da situação problemática sobre a depressão em filhos adolescentes num sistema familiar de pais separados, a identificação do tipo de intervenção e a constituição do grupo alvo da pesquisa.

Neste capítulo, vamos apresentar os resultados da pesquisa em relação às dimensões observadas referentes à depressão nos adolescentes com pais separados. Faremos a descrição do processo de análise dos dados, (a análise dos dados) e dos resultados mais significativos, em relação às hipóteses de partida e aos objectivos que nortearam esta pesquisa. Apresentaremos as percentagens das dimensões observadas e os índices significativos obtidos em cada uma das variáveis, que consideramos como mais importantes para a compreensão e interpretação da situação dos adolescentes. Progressivamente procurar-se-á ver as correlações existentes entre os dados obtidos, para podermos compreender melhor as tendências do grupo geral e específico de pesquisa. Estas percentagens nos permitem colher as correlações entre as variáveis mensuradas e as tendências para a qual se orientam o grupo alvo de pesquisa, as suas necessidades e dificuldades, para podermos fazer propostas concretas de intervenção no âmbito preventivo, educativo, formativo e terapêutico.

4.1.1. Descrição do processo de análise de dados

De acordo com André (1983), uma análise está presente nos diferentes estágios da investigação e faz parte integrante de um processo de colecta de dados, desde o início do estudo até à verificação da pertinência das questões e problemas seleccionados de acordo com o contexto do objecto em estudo. À medida que a colecta de dados prossegue, as actividades analíticas se orientam para a revisão, reformulação e para a busca de alternativas na interpretação dos dados obtidos, num processo contínuo de inferências sobre o significado dos mesmos, para entender, naturalmente, o fenómeno focalizado.

Na mesma perspectiva de Bellerate e Prellezo (1989:85-97), a análise dos dados e dos resultados, é o momento de leitura e organização do material recolhido, para um posterior exame que possibilita estabelecer a relação existente entre o problema, as hipóteses e os

resultados obtidos. Ainda serve para identificar novas interrogações ligadas ao problema em estudo, bem como de tomar consciência de possíveis lacunas e discrepâncias entre os vários aspectos do trabalho.

Mendonça et al (2006:8), falando da apresentação e análise dos resultados, afirmam que numa pesquisa a análise dos resultados destina-se a dar informações aos leitores acerca das respostas que os dados colhidos forneceram em relação às questões da pesquisa formuladas previamente.

4.1.2. Análise de documentos

Para o estudo deste problema, a pesquisadora apoiou-se na literatura consultada em relação à problemática, onde tomou consciência de ter que fazer esforços para compreender as repercussões das dinâmicas relacionais dentro do sistema e do subsistema familiar. A revisão bibliográfica ajudou a identificar os autores pertinentes ao tema e a identificar os instrumentos mais adequados do psicodiagnóstico na avaliação do sistema familiar, para a exploração e reformulação do problema apresentado. Progressivamente fez-se a selecção do material pertinente e significativo a ser usado precedido de uma prévia análise, para evitar o uso da documentação não relevante para esta pesquisa bem como a omissão de instrumentos importantes referentes ao tema em estudo.

Nesta perspectiva, foram analisados vários documentos desde a bibliografia literária até aos instrumentos de avaliação ligados ao problema da depressão, da adolescência e do sistema familiar. A análise dos dados foi realizada a partir de uma organização sistemática da informação em gráficos e tabelas para facilitar a sua expressão percentual, a sua leitura e interpretação.

4.1.3. Análise e interpretação dos resultados

Os resultados que aqui vamos apresentar são fruto de análise da bibliografia e da aplicação dos instrumentos de avaliação (entrevistas e testes), evidenciando as características da amostra e os seus respectivos índices referenciais.

4.1.3.1. A amostra

Para a amostra requeria-se certas condições às quais fez-se referência no terceiro capítulo. Neste sentido participaram na pesquisa 30 adolescentes sendo 11 rapazes correspondentes a 37 % e 19 meninas correspondentes a 63 % como ilustra a tabela 3.

Tabela 3: Participantes à pesquisa por sexo

Sexo	Percentagem
Masculino	37 %
Feminino	63 %

Se repararmos nas percentagens de participação na pesquisa, podemos notar que a maior percentagem é representada pelas meninas (63 %) do que os rapazes (37 %), isto pode significar que as meninas estejam mais motivadas e interessadas em conhecer-se a si mesmas e as suas dinâmicas internas, com repercussão no seu ambiente e vice-versa. Por isso, buscam este tipo de ajuda. O género feminino é caracterizado também por uma maior sensibilidade e emotividade, aspectos de personalidade que provavelmente nas meninas as fazem viver e sentir mais as dinâmicas familiares, particularmente aquela da separação ou divórcio dos pais. Estes três aspectos podem ter contribuído e impulsionado a participação das meninas na pesquisa de uma forma significativa em número, isto é, em maior número do que os rapazes.

Sendo o tema de pesquisa a *Depressão em Filhos Adolescentes num Sistema Familiar de Pais Separados e a Identificação do Tipo de Intervenção* e para uma melhor compreensão desta problemática formulou-se a pergunta, para ver se o problema da separação dos pais provocava perturbações depressivas no adolescente.

Dos resultados do questionário para os adolescentes, verifica-se na tabela 4 que dos 28 adolescentes 36.7 % do sexo masculino e 56.7 % do sexo feminino confirmaram a mudança comportamental após a separação dos pais. Os 2 adolescentes restantes da totalidade que correspondem a 6.6 % não manifestaram sintomas após a separação dos pais, facto que nos leva a pensar que estes 2 adolescentes são pouco sensíveis às dinâmicas dentro do sistema familiar e não integram na sua vida esta experiência pelo facto de ser doloroso. De novo, nota-se que a maior percentagem daqueles que vivem intensamente o problema da separação dos pais é representada pelo género feminino (56.7 %).

Tabela 4: Mudanças comportamentais após a separação dos pais

Sexo	Total (%)	Masculino (%)	Feminino (%)
28 Participantes com sintomatologia	93.4	36.7	56.7
2 Participantes com sintomatologia nula	6.6	3.3	3.3

Interrogados sobre os sentimentos que provaram na sua vida antes da separação dos pais, os adolescentes responderam expressando as seguintes emoções: Choro frequente, auto-estima baixa, problemas de sono, tristeza, dores de cabeça, aperto no peito, falta de apetite, isolamento familiar e vontade de desaparecer.

Segundo o DSM-IV-TR, os sintomas emergentes dizem respeito ao eixo IV, onde entram problemas ligados ao grupo de apoio principal, que são os pais, em primeiro lugar, e depois os restantes familiares (desagregação da família através da separação ou divórcio, contracção de novo matrimónio da parte de um dos pais, hiperprotecção da parte dos pais e disciplina inadequada). A escala de avaliação global de funcionamento (AGF) do DSM-IV-TR (2000:34) diz que os valores que estiverem abaixo da média são índice de sintoma de um mal-estar psicossocial moderado.

A população alvo manifesta um funcionamento global com presença de sintomas referentes a estímulos psicossociais estressantes, tais como separação, discussão familiar cuja expressão entra nos valores compreendidos entre 51 e 80. Contudo, embora sejam moderados são índice da necessidade de uma intervenção preventiva antes que se agudize a situação. Os índices de sintomas antes da separação dos pais são indicados na tabela que segue.

O questionário tinha também como objectivo a explorar os índices depressivos do grupo alvo. As respostas mostraram que antes da separação dos pais, os adolescentes já tinham sintomas latentes de depressão, cujos resultados são choro frequente (16.7 %), auto-estima baixa (33.3 %), problemas do sono (3.3 %), tristeza (33.3 %), dores de cabeça (26.7 %), aperto no peito (100.0 %), falta de apetite (16.7 %), isolamento familiar (10.0 %) e vontade de desaparecer (0.0 %), como nos mostra a tabela 5.

Tabela 5: Sintomas antes da separação

Sintomas	Total de sintomas antes da separação (%)
Choro frequente	16.7
Auto-estima baixa	33.3
Problemas de sono	3.3
Tristeza	33.3
Dores de cabeça	26.7
Aperto no Peito	100
Falta de apetite	16.7
Isolamento familiar	10.0
Vontade de desaparecer	0.0

Tratando-se de adolescentes em fase de crescimento, onde este tipo de sintomas comportamentais facilmente acontecem por causa da sua vulnerabilidade e da sua própria fase evolutiva de transição, os índices que a tabela nos apresenta, não podem ser considerados como indicativos duma presença propriamente dita de depressão, mas sim, como uma crise adolescente.

Segundo o DSM IV (2000) e Beck (1984), estas características entram na escala de humor depressivo, consequência de factores estressantes quer exógenos, quer endógenos. O DSM-IV-TR apresentando os critérios de avaliação das perturbações mentais e transtornos de personalidade afirma, que são suficientes dois ou mais sintomas caracterizantes do transtorno para se declarar a presença de uma disfunção ou anormalidade psíquica.

Como vimos no capítulo II, Miller (2003) afirma que a depressão pode ter um impacto devastador na vida dos adolescentes, porque afecta o seu comportamento e todo o sistema familiar. Nesta perspectiva, embora os sintomas depressivos do grupo alvo expressos na tabela não sejam assustadores, são um indicativo da presença de uma perturbação da parte dos adolescentes em causa. Isto nos mostra de qualquer modo, que o conflito entre os pais é um factor que tem uma repercussão nos filhos e em todo o sistema familiar.

O questionário não só deu informações sobre os sentimentos dos adolescentes antes da separação dos pais, como também os índices que dizem respeito à sintomatologia depressiva depois a separação dos pais, como vem reportado na tabela 6.

Tabela 6: Sintomas depois da separação

Sintomas	Total de sintomas depois da separação (%)
Choro frequente	60.0
Auto-estima baixa	63.3
Problemas de sono	56.7
Tristeza	86.7
Dores de cabeça	83.3
Aperto no Peito	43.3
Falta de apetite	73.3
Isolamento familiar	83.3
Vontade de desaparecer	30.0

Assim, 60.0 % de adolescentes manifestaram choros frequentes depois da separação dos pais, 63.3 % baixa auto-estima, 56.7 % problemas de sono, 86.7 % tristeza, 83.3 % dores de cabeça, 43.3. % aperto no peito, 73.3 % falta de apetite, 83.3 % isolamento familiar, e 30.0 % vontade de desaparecer, dados que são confirmados por Costa e de Souza (2002), que vêem os factores ambientais como elementos que podem interferir na interacção pais/filhos até causar ou piorar a depressão nos adolescentes, dependendo da vulnerabilidade de cada um, e de cada etapa evolutiva do ciclo vital. Factores como perda de um dos pais ou de ambos podem desencadear um processo psicopatológico depressivo.

De acordo com Herbert (1999:11-19), referindo-se ao divórcio, diz que a maior parte das crianças percebem esta experiência como uma rejeição ou um abandono de si próprias, não compreendem todas as implicações de um casamento infeliz. Por outro lado, o autor evidencia o aspecto agravante da ansia de separação dos pais vivida pela criança e pelo adolescente, como parte da experiência da sua vida. O medo da separação dos pais vai criando nas crianças e nos adolescentes um padrão claro de funcionamento psicológico à medida que eles vão crescendo em idade.

O mesmo autor salienta que os adolescentes, por vezes, mostram uma depressão aberta e parecem optar por se desligar da vida familiar, retirando-se para outras relações fora de casa, como por exemplo, os amigos podem tornar-se uma alternativa do sistema familiar que oferece oportunidades de integração e de crescimento no sentido de pertença, de continuidade e de estabilidade.

À luz das afirmações dos autores acima mencionados, podemos compreender melhor os resultados da tabela 6, onde vemos o aumento considerável da percentagem das manifestações psicossomáticas do grupo alvo. Tais manifestações denotam o estado de vulnerabilidade, de ânsia de separação, de sentimento de rejeição e abandono vivido pelos adolescentes aquando da separação dos pais.

Fazendo a correlação entre os resultados, observamos uma discrepância entre os dados da tabela 5 e 6, em aumento de intensidade do sofrimento vivido pelos adolescentes por causa da separação dos pais como indica a tabela 7.

Tabela 7: Correlação da sintomatologia depressiva antes e depois da separação dos pais

Sintomas	Total de sintomas antes da separação (%)	Total de sintomas depois da separação (%)	Diferencial dos sintomas (%)
Choro frequente	16.7	60.0	43.3
Auto-estima baixa	33.3	63.3	30.0
Problemas de sono	3.3	56.7	53.4
Tristeza	33.3	86.7	53.4
Dores de cabeça	26.7	83.3	56.6
Aperto no Peito	100	43.3	-56.7
Falta de apetite	16.7	73.3	56.6
Isolamento familiar	10.0	83.3	73.3
Vontade de desaparecer	0.0	30.0	30.0

De acordo com Craveiro (2009) e Minuchin (1990), a pesquisadora está convencida que os desequilíbrios psicológicos dentro do sistema familiar por causa da separação, divórcio ou ausência prolongada da mãe ou do pai, aumenta o sentimento de perda do objecto de

investimento pulsional ou reaviva na memória outras perdas mais precoces, como está acontecer no grupo alvo de pesquisa.

Os dados deste questionário já são indicativos de resposta à hipótese de partida onde emerge, de facto, a confirmação da separação dos pais como factor desencadeador da depressão em filhos adolescentes.

Como mencionamos no terceiro capítulo, que o estudo empírico constava de dois momentos, um, de tipo descritivo analítico, e outro, de tipo qualitativo caracterizado pelo estudo de caso. Neste sentido, da totalidade do universo da amostra em estudo, extraiu-se um caso elucidativo, de filhos de pais separados, para o aprofundamento do fenómeno depressivo nesta faixa etária, cujos dados apresentamos no ponto que segue.

4.2. Estudo do caso

Apresentou-se no CERPIJ uma família, com necessidade de ajuda na gestão relacional com a filha adolescente de 17 anos, dentro do sistema familiar, com problemas de depressão havia cerca de um ano. A menina apresentava comportamento estranho caracterizado por isolamento, insónia, falta de apetite, sentimento de tristeza, choro, dores de cabeça constantes, palpitações e interrogações acerca do pai que deixava os familiares preocupados.

Para o estudo e aprofundamento detalhado deste caso, a pesquisadora achou oportuno usar o método qualitativo na exploração do fenómeno. De acordo com Godoy (1995:68-71), o método de investigação de estudo de caso é o procedimento mais adequado para a exploração detalhada duma determinada situação. Através deste método de análise dos dados, a autora da pesquisa conseguiu descobrir os aspectos da estrutura subjacente aos eventos.

Fortin (2003:4-7), na mesma perspectiva, afirma que o estudo do caso é uma pesquisa sobre uma determinada pessoa, família, grupo ou comunidade representativo de um universo, para uma avaliação de vários aspectos da vida do indivíduo em interacção com o seu ambiente.

No estudo e aprofundamento deste caso, foram usados vários instrumentos do psicodiagnóstico como referimos no capítulo anterior: a observação, anamnese, a entrevista e os testes, onde podemos colher alguns resultados.

4.2.1. Resultados do psicodiagnóstico

4.2.1.1. Anamnese

A observação foi usada em todo o processo da recolha de dados, em particular, durante a anamnese, cujos resultados reportamos no parágrafo seguinte:

A PI é filha única de pais separados desde o seu nascimento. A mãe teve uma gravidez não desejada por parte do pai e passou por episódios de depressão desde o início da gravidez, porque a relação com o pai era tensa por causa desta gravidez indesejada. Ela, desde a nascença sempre dormiu com a mãe e quando esta viajava ou passava a noite fora de casa, dormia com a avó.

Aos 17 anos, apresentava comportamentos estranhos tais como: isolamento do meio familiar, evitava conversar com as pessoas, tinha dificuldades para dormir, pesadelos, falta de apetite, tristeza, dor de cabeça, devoção da reza e falava coisas fora do contexto.

O ambiente familiar da PI, de uma forma geral, aparenta ser saudável, embora caracterizado pela lamentação, pelo fracasso do primeiro relacionamento da mãe da PI.

Em relação à família do pai, a PI nunca teve contacto com ela, nunca viu o pai, apenas sabe dizer que uma vez o pai foi procurar por ela e pela mãe. Quando a PI esteve internada, a mãe e avó procuraram o pai, para informar o estado de saúde da menina e foi quando ficou a saber que o pai não se encontrava em Maputo. A mãe conseguiu o contacto do pai através dos familiares dele. Nessa altura a menina conseguiu falar com o pai. Após este primeiro contacto a PI não voltou a falar mais com o pai, porque a mãe e a avó procuravam impedir sempre este contacto, e isso teve uma repercussão nela, que estimulou o sentimento de abandono da parte do pai.

A pesquisadora também teve a informação dos exames laboratoriais, com um acompanhamento de tratamento da patologia que foi identificada através dos mesmos, razão pela qual a PI se sentia controlada excessivamente dentro do sistema familiar na toma da medicação. Numa das consultas de controlo, a PI confessou ao médico psiquiatra que já estava farta de fazer a medicação. Sentia-se tratada como uma criança pelo facto de todos os dias ser perguntada se já tinha tomado os medicamentos. Estes e outros comportamentos como o tratamento especial que a avó tinha para com a PI em relação aos outros netos, incomodavam a PI porque ela já se sentia crescida e com responsabilidade para controlar a sua medicação e certas actividades normais do dia-a-dia.

Para além disso, o clima de falta de confiança nela, gerada por parte da família, contribuiu de certa maneira, para que ela se isolasse do convívio familiar. Não partilhava as suas opiniões, os seus problemas do dia-a-dia em casa e mesmo em relação aos assuntos familiares se distanciava.

O controlo excessivo por parte da família era visível também em outras situações: na alimentação, nas saídas para a igreja e para a escola, assim como no regresso para casa. Este comportamento da família, inconscientemente, contribuiu para a fracasso da PI em relação à autonomia e auto realização.

Após a anamnese, foram aplicados outros instrumentos à PI tais como, o FIT e Inventário de Depressão de Beck para a exploração e aprofundamento das suas dinâmicas no sistema familiar.

4.2.1.2. Teste de Identificação Familiar-FIT

A tabela que segue apresenta os resultados em relação ao real e ideal da PI que corresponde a 75.9 %, real da mãe 31.3 %, do padrasto 10.1 % e da avó 71.2 %.

Tabela 8: Real e ideal da PI no sistema familiar

Real e ideal da PI	Real da mãe	Real do padrasto	Real da avó
75.9 %	31.3 %	10.1 %	71.2 %

Estes resultados no quadro do sistema familiar da PI mostram que ela identifica-se mais com a avó (71.2 %) em relação à mãe e ao padrasto, figura com a qual estabelece laços afectivos muito fortes como se fosse a mãe dela.

Interrogada sobre o ideal da mãe, do padrasto, e da avó que ela gostaria de ter no sistema familiar, a PI manifestou-se com as percentagens que seguem na tabela 9, cujos resultados mostram claramente o tipo de figuras significativas na vida da PI, como o caso da mãe, do padrasto e da avó, com as quais gostaria de interagir e estabelecer relações de filiação. Ela exprime o ideal da mãe com 67.3 %, o ideal do padrasto com 63.3 %, padrões diferenciados em relação à figura da avó cujo ideal desejado é de 86 %.

Tabela 9: Real e ideal da PI em relação ao ideal da mãe do padrasto e da avó

Real e ideal da PI	Ideal da mãe	Ideal do padrasto	Ideal da avó
75.9 %	67.3 %	63.3 %	86.0 %

Na perspectiva da pesquisadora, estes resultados mostram que a PI aspira a uma avó não com comportamento e atitudes de controlo e hiperprotecção, como acontece na interacção entre os vários membros do sistema familiar, facto que a anamnese denota.

Em seguida, a tabela 10 ilustra ainda os valores percentuais do real da mãe e do padrasto com o valor de 67.1 %, real da mãe e da avó com a percentagem de 79%, real do padrasto e da avó com 59.3 %.

Tabela 10: Real da mãe e do padrasto, da mãe e da avó, do padrasto e da avó

Real da mãe e do padrasto	Real da mãe e da avó	Real do padrasto e da avó
67.1 %	79.0 %	59.3 %

Estes resultados indicam-nos a percepção da PI em relação à interacção entre a mãe e o padrasto, entre a mãe e a avó e entre o padrasto e a avó, subsistemas do sistema familiar. Dentro desta dinâmica estrutural, a mãe e a avó (79 %) são as que estão mais próximas da PI em relação à mãe e o padrasto (67 %) e o padrasto e a avó (59 %).

4.2.1.3. Inventário de Depressão de Beck

Além do FIT foram obtidos também os resultados do Inventário de Depressão de Beck, que vão expressos na tabela abaixo indicada, com o valor total da pontuação da PI correspondente a 26 pontos.

Tabela 11: Nível depressivo da PI

Níveis da depressão	Total de pontuação para a PI
Sem depressão - 0 de pontuação	-
Depressão leve de 10 a 18 pontos	-
Depressão moderada de 19 – 26	26
Depressão grave acima de 30 pontos	-

No DSM-IV-TR (2000:412-413) os especificadores dos sintomas depressivos são: leve, moderado e grave. A intensidade de tais sintomas depende do grau de mal-estar ou limitação funcional do indivíduo. Beck (1984:78-90. 191-195) especifica os sintomas deste mal-estar caracterizado pelas sensações de tristeza, baixa auto-estima, pessimismo, apatia, passividade, fuga, rejeição, diminuição de interesse e de participação nas actividades normais, isto é, o isolamento. Em fim, o desejo de viver desaparece porque é substituído pela ideia de morte.

Olhando para os resultados da tabela, onde o nível de depressão da PI se encontra entre a pontuação de 19 e 26 e, os critérios descritos pelo DSM-IV-TR e por Beck, bem como os índices de anamnese, podemos concluir que a menina sofre de uma depressão moderada.

4.2.1.4. Questionário Pessoal (PQ)

Como vimos, foi também aplicada à PI o questionário pessoal para identificar os seus principais problemas e aqueles da família. Os resultados obtidos deste teste indicaram os seguintes problemas:

- ***Perturbação psico-físico*** (dores fortes no peito, auto-estima baixa, insónia, medo de ficar maluca, de falar a verdade, de desagradar a família).
- ***Perturbação psico-social***, frustração em relação a auto-realização (posição social e à escolha profissional), sentimento de revolta pelo facto de ser rejeitada: *“eles têm que parar de me controlar como se fosse uma criança. Que larguem o meu pé, estou preocupada com a falta de mesada, quero escolher a minha profissão e sinto que os outros não podem escolher por mim”*.

De acordo com Beck (1998:51-119) os problemas identificados contribuíram em grande parte, para o surgimento e desenvolvimento da depressão ao nível da intensidade moderada, pois estes são consequência do modo de pensar e de sentir do indivíduo e, por isso, também cria um clima relacional não saudável.

4.2.1.5. Resultados da entrevista semi-estruturada

Da entrevista feita à família, o resultado obtido foi que antes da separação dos pais da PI, a relação do sistema casal, já não era saudável. Logo a pós a gravidez da mãe, 3 meses depois, os pais se separaram por conflitos conjugais.

Após a separação, o pai e a mãe nunca tiveram relacionamento saudável. Quem cuidou da PI desde que nasceu foram a avó e a mãe. O pai da PI nunca procurou pela filha nem se

preocupou com o sustento dela. A filha nunca viu o pai apenas falou com ele telefonicamente quando esteve internada em 2011 com malária cerebral. Este contacto foi feito porque a avó, preocupada com a situação da neta, pensou que a alteração do comportamento dela fosse por causa das perguntas que a PI fazia sobre o pai, ao longo da sua adolescência.

Da entrevista, a pesquisadora pode colher as dinâmicas do sistema familiar que tiveram uma repercussão comportamental na PI e em todo o sistema, caracterizado por um estado de ânsia que contribuiu para o seu desequilíbrio homeostático. Este processo todo de recolha de dados pode ser sintetizado no quadro diagnóstico do título seguinte.

4.3. Diagnóstico

Da análise da história desta família elaborada após as primeiras entrevistas, dos resultados dos testes e da hipótese feita à luz de Minuchin (1976: 49-59), a investigadora chegou à conclusão que existe uma contaminação e um desequilíbrio no sistema familiar, manifestada pelo tipo de transacções que regulam o comportamento dos seus membros. De acordo com Minuchin, nas famílias com alterações transaccionais que ultrapassam o nível de tolerância entre os seus membros, faz surgir mecanismos que levam o sistema ao seu desequilíbrio e às formas de comunicação e interacção que apelam as manobras de culpabilização e de lealdade, facto que está a acontecer com o caso em estudo. Este factor despoletou dentro do sistema familiar uma certa disfunção caracterizada por uma perturbação psicossomática e social, sentimento de frustração e revolta, um controlo excessivo, questões culturais, limites não claros e desequilíbrio sistémico total.

Este quadro prognóstico torna evidente que a separação do pai e da mãe é um factor contribuinte no surgimento da depressão.

4.4. Hipótese Sistémica

Os elementos do diagnóstico apontam para a presença da contaminação e desequilíbrio no sistema familiar, o que contribui também, por um lado, para o surgimento da ânsia, e por outro, da depressão.

A depressão em adolescentes com pais separados ou divorciados foi o problema que levou a pesquisadora à investigação. Partindo do princípio que problema é uma proposição ou

questão que se procura responder por meio de uma pesquisa, isto é, é a pergunta a que a pesquisa deve responder. Em relação ao fenómeno depressão, as perguntas que a pesquisadora se fez foram:

Será que o problema da separação dos pais provoca no adolescente perturbações com características depressivas? Como ajudar o adolescente a enfrentar o seu itinerário de vida, a ser protagonista do seu processo de crescimento em interacção com o seu contexto familiar? Que instrumento poderá ajudar as famílias de pais separados com filhos adolescentes a tomar consciência das suas dinâmicas relacionais e a agir preventivamente antes de agudização do problema?

Mediante estas perguntas foram formuladas duas hipóteses, das quais uma foi confirmada a partir dos autores consultados e dos resultados do psicodiagnóstico:

- A PI é filha única de pais separados cuja mãe entra numa nova relação, com outro parceiro, facto que exigiu uma separação entre a PI e a mãe.
- A experiência da separação dos pais, a separação e o abandono da mãe por causa da nova relação com o padrasto, constitui uma perda, factores evidentes que contribuem para o estado depressivo da PI, como nos demonstraram os resultados.

Olhando para os dados do psicodiagnóstico psiquiátrico e sistémico, podemos considerar confirmada a hipótese de partida (H1): A separação dos pais tem uma repercussão no surgimento da depressão em filhos adolescentes, como neste momento está a acontecer com a PI. Este facto foi identificado tanto nos resultados do estudo quantitativo como nos resultados do estudo qualitativo.

Os objectivos que procuramos perseguir nesta pesquisa eram compreender os laços do sistema familiar que provocam o surgimento da depressão em filhos adolescentes de pais separados, conhecer e analisar o relacionamento existente dentro deste tipo de sistema familiar, identificar depois os padrões funcionais e disfuncionais na sua relação, bem como, verificar de que forma tais padrões podem contribuir para o surgimento da depressão em filhos adolescentes.

Terminado este processo de pesquisa, podemos dizer que estes objectivos foram atingidos, pois a pesquisadora pode compreender as causas da depressão da PI a partir da identificação dos padrões disfuncionais dentro do sistema familiar tais como: a separação dos pais, a

separação da mãe, o mau relacionamento dentro do sistema familiar, o estilo de comunicação não funcional; contaminação dos membros dentro do sistema, controlo excessivo, fronteiras rígidas, falta de limites caracterizada pela invasão dos espaços pessoais, os tabus em relação ao pai, superprotecção, carência afectiva, a ansia e a insegurança.

Os padrões acima referidos contribuíram grandemente para o surgimento da depressão da PI porque muitas vezes a avó e a mãe tomam decisão no lugar da PI. A falta de carinho e o distanciamento da parte da mãe criou uma carência afectiva e um sentimento de perda e abandono, o facto do pai não ter lido a mãe, faz com que haja um certo medo que a PI procure pelo pai sem que os membros do sistema familiar se apercebam, bem como o controlo excessivo e superprotecção da parte da família aumentou cada vez mais o estado de tensão e de depressão da PI a ponto de ela gritar “*quero que larguem o meu pé*”.

Para além da identificação de padrões disfuncionais, os instrumentos de avaliação permitiram também identificar os padrões funcionais do sistema que constituem um aspecto positivo capaz de potenciar as relações no sistema: boa relação e identificação com avó, a comunicação telefónica com o pai, o interesse da PI em conhecer a verdade sobre o pai. Assim, à luz destes objectivos, podemos considerar também respondidas as perguntas de pesquisa e as hipóteses.

Portanto, estes resultados são indicativos da necessidade de uma intervenção ao nível individual e sistémico para ajudar a estruturar o sistema de modo a encontrar o seu equilíbrio funcional. Este aspecto constitui o nosso foco de atenção e o objectivo principal do plano de intervenção que iremos propor no ponto a seguir.

4.5. Proposta de um plano de intervenção

O problema que levou a família a pedir ajuda foi o estado da depressão da PI e a dificuldade relacional com os membros do sistema. A partir do motivo da consulta, a pesquisadora desencadeou um processo de estudo e aprofundamento deste caso, para a compressão do problema e para a identificação de uma intervenção sistémica, que promovesse o equilíbrio e o bem-estar psicossocial do sistema familiar. No início do tratamento estabeleceu-se um contrato de trabalho com a família, como podemos ver no exemplo que reportamos a seguir:

Terapeuta: Qual é o problema que preocupa a família neste momento?

Família: *“O que nos preocupa é o comportamento que a menina apresenta. O facto de não dormir bem, de estar sempre com dores de cabeça, todos os dias tem que tomar comprimidos de dores de cabeça, a tristeza dela, a falta de vontade de conversar com as amigas e mesmo com a família, não sai para passear ou visitar a família. Só gosta de frequentar a igreja todos os dias e gosta de ficar muito tempo a ler constantemente a bíblia. Em casa quase que nem fala, e se fala é só sobre coisas da igreja.”*

T: O que é que a família gostaria de ver resolvido?

F: *“Gostaríamos que nos ajudassem a melhorar estes problemas que apresentamos. Queremos que a menina melhore o seu comportamento. Que voltasse a ser aquela menina conversadora.”*

T: O que é que te preocupa neste momento PI?

PI: *“O problema é que minha família não larga meu pé. Estão sempre a controlar-me. Pensam que eu estou doente e que tenho as mesmas crises que tive quando tive malária e fiquei de baixa no hospital. Quando eu falo, eles não querem perceber-me, pensam que estou a falar muito, não me entendem, tenho as minhas preocupações e ninguém tem tempo de me ouvir. Só sabem perguntar se já tomei os comprimidos, como se eu estivesse muito doente. Já sou crescida, tenho as minhas necessidades e eles não me entendem.”*

T: Que mudanças gostarias que acontecessem na família?

PI: *“Melhorar a relação lá em casa porque o clima não está bom. Quero que eles me entendam e que não me tratem como se fosse uma maluca. Já fiquei doente e melhorei. Agora não estou doente. Eles têm que saber que já não sou criança e não me tratem como tal. Quero-me sentir a vontade e tenho as minhas necessidades.”*

À luz das teorias que nortearam o estudo desde o princípio (sistémica, psicodinâmica, cognitivo-comportamental e fenomenológica) do psicodiagnóstico foi feito o contrato terapêutico com a família, onde se definiu o número de sessões de intervenção correspondente a 7. Sendo assim, elaborou-se o plano de intervenção cuja finalidade era a reestruturação do sistema familiar para encontrar o seu equilíbrio homeostático à luz das metas, estratégias e técnicas indicadas nas tabelas 12, 13 e 14.

Tabela 12: Metas de Intervenção

Meta 1	Meta 2	Meta 3	Meta 4	Meta 5
Ajudar a família a tomar consciência das suas dinâmicas relacionais dentro do sistema.	Levar a família a clarificar as fronteiras dos subsistemas, para permitir a redução ou eliminação da ansia e da depressão.	Ajudar a PI a ter pensamento crítico e criativo e a gerir adequadamente as suas emoções.	levar a PI a uma autonomia funcional e ao melhoramento da sua auto-estima.	Ajudar a família a compreender a importância da PI manter a relação filial com o pai e com a mãe

Para o alcance destas metas, foram identificadas algumas estratégias de intervenção tais como: A Terapia Sistémica, a Terapia Psicodinâmica, a Terapia Cognitivo-Comportamental, a Terapia Centrada no Cliente e a Terapia da Gestalt. O uso deste tipo de terapias na intervenção foi devido à complexidade do problema apresentado (a depressão em adolescentes e a separação dos seu pais), que sugeriu à pesquisadora modelos terapêuticos, para uma intervenção eficaz, como podemos notar na tabela 13.

Tabela 13: Estratégias de Intervenção

Modelo sistémico Modelo Psicodinâmico	Modelo sistémico Modelo Psicodinâmico	Modelo Cognitivo/ Comp Modelo Fenomenológico	Modelo Sistémico Modelo Fenomenológico
Terapia sistémica Terapia. Analítica Transaccional	Terapia sistémica Terapia Analítica Transaccional	Terapia cognitiva comportamental Terapia da Gestalt Terapia centrada no cliente	Terapia cognitiva comportamental Terapia da Gestalt

De acordo com os modelos terapêuticos de intervenção identificaram-se também progressivamente as suas técnicas respectivas como vêm indicadas na tabela 14.

Tabela 14: Técnicas de Intervenção

Técnica 1	Técnica 2	Técnica 3	Técnica 4
Interrogação Paráfrase Clarificação Verbalização TPC	Interrogação Paráfrase Clarificação Verbalização TPC	Interrogação Paráfrase Verbalização Clarificação Disputa (CC) Cadeira vazia TPC	Interrogação Paráfrase Verbalização Clarificação Disputa (CC) Cadeira vazia TPC

4.6. Síntese

Neste capítulo foi feita a análise dos resultados e dos procedimentos usados para a análise. Procurou-se também caracterizar a amostra, onde progressivamente extraiu-se o caso para um estudo mais aprofundado do fenómeno depressão.

Neste estudo, a pesquisadora fez recurso a instrumentos de mensuração. Foram usados o Teste de Identificação Familiar - FIT, Inventário de Depressão de Beck, o Questionário Pessoal - PQ e a Entrevista Semi-estruturada. Os resultados destes instrumentos ajudaram a responder os objectivos, as hipóteses e as perguntas de pesquisa a que nos propusemos nesta investigação. O diagnóstico foi pautado em consequência dos objectivos e em função de uma proposta de intervenção identificada, a partir das abordagens teóricas distintas tomadas como base para este estudo.

Olhando para as percentagens que surgem no quadro clínico de uma maneira geral, a pesquisadora percebeu que as maiores mudanças comportamentais após a separação dos pais tiveram maior repercussão em filhos adolescentes do sexo feminino (56.7 %), do que naqueles do sexo masculino (36.7 %). Facto este que leva a crer que as meninas sejam mais sensíveis às dinâmicas familiares, por causa do seu carácter emotivo.

Assim, no âmbito da sintomatologia de humor depressivo que caracteriza o grupo alvo da pesquisa, estão entre 60 a 86 %, um dado muito significativo em relação ao impacto que o conflito conjugal e parental produz nos filhos.

Os dados sintomatológicos das tabelas tais como, choro frequente, baixa auto-estima, insónia, tristeza, dores de cabeça, falta de apetite e isolamento familiar, são índices que confirmam a hipótese de partida, pois estes emergem de uma forma intensiva após a separação dos pais, elemento que cria uma disfunção no adolescente e consequentemente num sistema familiar.

O estudo do caso foi uma oportunidade para aprofundar e compreender as causas da depressão em filhos adolescentes num sistema familiar de pais separados. Este estudo qualitativo, embora não seja generalizável a outras situações, contribuiu mais uma vez, para responder às perguntas de pesquisa e às hipóteses formuladas.

A confirmar as hipóteses e as perguntas de pesquisa foram também os resultados dos exames laboratoriais. Onde a paciente identificada acusa o clima de controlo excessivo do sistema familiar por causa da tomada da medicação, clima caracterizado por superprotecção, falta de confiança e de comunicação aberta o que levou a PI a entrar em depressão.

Desta forma, à luz do Teste de Identificação Familiar, a pesquisadora pode perceber que a PI, identifica-se mais com a figura da avó (71.2 %) contra aquela do padrasto e da mãe que são abaixo da média (31.3 % e 10.1 %). Em relação ao ideal da PI, de novo, ela se identifica mais com a figura da avó (86.0 %) do que da mãe e do padrasto (67.3 % e 63.3 %). Este facto, mostra que a maior interacção positiva que a PI tem é com a avó, onde se estabelecem relações de filiação.

Olhando para o Inventário de Depressão de Beck que foi administrado a PI, os valores sintomatológicos, localizam-se entre os 19 e 26 pontos, o que denuncia a presença de uma depressão moderada. Isto na perspectiva da pesquisadora é consequência de duas separações que a PI experimentou ao longo da sua vida: a separação dos pais desde a sua infância, e a separação da mãe na altura em que ela se envolveu numa segunda relação, que a obrigou a sair da sua casa para a casa do novo esposo.

À luz do psicodiagnóstico e prognóstico, a pesquisadora pode confirmar também a hipótese sistémica, onde apontava para a presença de uma forte contaminação e desequilíbrio do sistema familiar, que, por um lado, criava um estado de pânico e, por outro, um estado de humor depressivo.

Partindo da pergunta de pesquisa: será que a separação dos pais provoca perturbações no adolescente com características depressivas? E das hipóteses iniciais: a separação dos pais tem uma repercussão no surgimento da depressão em filhos adolescentes, quer o estudo quantitativo, quer no qualitativo, os resultados confirmaram que a depressão em filhos adolescentes é consequência das dinâmicas de separação e de divórcio dos pais.

Ao longo do estudo foram também identificados alguns padrões disfuncionais dentro do sistema familiar, tais como: a separação dos pais, a separação da mãe, o mau relacionamento dos membros dentro do sistema, o estilo de comunicação, o controlo excessivo, as fronteiras rígidas, ausência de limites, os tabus, a invasão dos espaços pessoais, superprotecção, a carência afectiva, a ansia e a insegurança. Além da identificação destes padrões disfuncionais, os instrumentos de mensuração conseguiram também avaliar e identificar os padrões funcionais dentro do sistema, um elemento positivo, capaz de potenciar as relações no sistema: a relação e a identificação da PI com a avó a comunicação telefónica com o pai biológico, a preocupação e o interesse da PI em conhecer a verdade acerca do pai.

Um dos objectivos da pesquisa era identificar o tipo de intervenção a fazer à luz dos quadros teóricos, para promover um clima de bem-estar psicológico e social dentro do sistema. Neste sentido foram identificados quatro tipos de estratégias de intervenção: sistémico, psicodinâmico, cognitivo-comportamental e fenomenológico. De acordo com estes tipos de terapia foram também definidas as técnicas de intervenções correspondentes. Estas estratégias e técnicas de intervenções foram usadas ao longo das sessões com a PI e com a sua família, onde a pesquisadora, como terapeuta, pode provocar algumas mudanças comportamentais ao nível individual e sistémico:

- Melhoramento na relação e comunicação;
- Redução da ansia e da depressão da parte da PI;
- Redução da superprotecção;

Através das sessões terapêuticas, foi evidente para a pesquisadora que tinham sido alcançados os objectivos da intervenção que era levar o sistema ao seu equilíbrio homeostático.

CAPÍTULO V: CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

5.1. Introdução

Neste capítulo serão apresentadas as conclusões em resposta aos objectivos propostos, as perguntas e hipóteses de pesquisa.

Conhecer para poder intervir foi um princípio que norteou a pesquisadora a enveredar pelo caminho do estudo do tema: “*A Depressão em Filhos Adolescentes num Sistema Familiar de Pais Separados e a Identificação do Tipo de Intervenção*”, a fim de ajudar as famílias com filhos adolescentes em crescimento, a encontrar o seu equilíbrio funcional.

A importância de estudar e compreender a depressão em crianças e adolescentes na fase evolutiva é fundamental, em virtude de se poder actuar preventivamente evitando o surgimento, o desenvolvimento e a agudização de transtornos com repercussão na vida futura dos mesmos.

Para lidar com a problemática acima referida, o Centro de Reabilitação Psicológica Infantil e Juvenil-CERPIJ foi o espaço que deu possibilidade à pesquisadora, para observar o fenómeno e procurar compreender as causas que estão na sua origem. O interesse no conhecimento da depressão nos adolescentes no sistema familiar com o problema da separação ou divórcio gerou na pesquisadora certas interrogações, que passaram pela formulação de hipóteses na busca de solução.

5.2. Conclusões

Nesta pesquisa o primeiro capítulo lançou as bases para o estudo, pois, na vida prática não se constrói uma casa sobre a areia, mas sim sobre pedras solidas que dão consistência a todo o edifício. No âmbito desta contextualização foi elaborado o problema à luz dos autores consultados, formuladas as hipóteses e perguntas de pesquisa que contribuíram na busca de respostas.

A identificação de um quadro teórico de referência, para ajudar no estudo e compreensão das perturbações depressivas nos sujeitos em idade evolutiva, foi um outro aspecto central na nossa pesquisa, pois ele ajudou a clarificar o problema assim como as causas do seu surgimento. O quadro teórico de referência serviu também para a pesquisadora identificar

quais dinâmicas acontecem no sistema familiar com filhos adolescentes, o tipo de transacções e comunicação entre os membros da família, e as tarefas a que ambos os subsistemas são chamados a realizar, para que o sistema familiar possa atingir o seu equilíbrio homeostático.

A revisão bibliográfica foi importante para a pesquisadora porque possibilitou a aquisição de uma base conceitual clara para poder compreender e analisar os problemas do adolescente, em interacção com o seu ambiente, e progressivamente ver que princípios educativos, formativos e terapêuticos a adoptar, no processo de intervenção à luz de metas, estratégias e técnicas adequadas em vista a alcançar a finalidade deste estudo: reestruturação do sistema familiar para o seu bem-estar biopsicossocial e espiritual. As fontes lidas constituíram uma base de inspiração na escolha do tipo de intervenção mais adequado que responde à situação problemática em estudo, assim como às técnicas e estratégias subjacentes.

Um elemento essencial na construção do edifício foi o grupo alvo da pesquisa seleccionado por conveniência em função das hipóteses, perguntas de pesquisa, dos objectivos e da metodologia de trabalho.

Como a formação da personalidade do indivíduo não é fruto apenas das capacidades pessoais, mas é resultado da interacção destas com o ambiente, neste sentido, foi também evidenciado o conceito família como sendo um sistema que regula o desenvolvimento e funcionamento dos seus membros à luz de certos padrões que permitem o seu equilíbrio.

Ao longo do estudo, pôde-se perceber que a depressão pode ser causada tanto pelos factores constitucionais do indivíduo assim como pelos factores do ambiente onde o indivíduo está inserido (vive).

Em relação aos modelos de fundamentação teórica da pesquisa, foram apresentados quatro modelos que, segundo a pesquisadora, ofereceram uma visão holística do problema em estudo: sistémico, psicodinâmico, cognitivo-comportamental e fenomenológico rogersiano. Particularmente no modelo Sistémico foram realçados os aspectos significativos que contribuem para a estruturação e o funcionamento do sistema familiar, assim como, as formas de interacção dos seus membros e as repercussões no desenvolvimento do adolescente dentro do sistema, e as possíveis patologias que podem surgir como consequência do estilo de interacção existente entre os membros da família.

O modelo Psicodinâmico deu uma matriz das dinâmicas internas do indivíduo no seu funcionamento psíquico ligadas à sua dimensão psicosexual e afectiva que ajudou na

compreensão das dinâmicas intrapsíquicas do indivíduo dentro do sistema familiar. No modelo Cognitivo-Comportamental foi evidenciado a importância dos processos cognitivos que presidem o comportamento da pessoa humana. Neste sentido, no estudo do problema, este modelo fez perceber que o comportamento depressivo é consequência das distorções de pensamento e das crenças subjacentes. Enquanto que o modelo fenomenológico de Rogers ajudou a focalizar a atenção da pesquisadora sobre os fenômenos da percepção consciente do organismo humano como uma totalidade unificada e como foco da experiência interna e externa do indivíduo, sendo evidenciadas duas dimensões da sua personalidade: o campo perceptivo e o *self* que permitem a simbolização das experiências pessoais em interação com os outros.

Também os autores consultados deram a chave para a identificação de comportamentos relacionais que contribuem para o equilíbrio ou desequilíbrio do sistema familiar com filhos adolescentes, de pais separados, que sofrem de depressão. Foi evidente para a pesquisadora que os quadros teóricos acima mencionados, delinearam os aspectos que constituem resposta às perguntas de pesquisa, pois o indivíduo não existe por si só, ele é parte integrante do sistema familiar. Dentro do sistema ou grupo, os membros se influenciam mutuamente, o que pode potenciar ou não a capacidade de resistência dos seus membros dando origem à funcionalidade ou à patologia do sistema.

A metodologia constituiu um capítulo central da pesquisa, pois ajudou a identificar os métodos a adoptar neste estudo: método quantitativo e qualitativo.

Para avaliar o fenómeno depressão, usando a metodologia quanti-qualitativa, fez-se recurso a instrumentos adequados, capazes de fazer o levantamento de dados para responder à pergunta e às hipóteses de pesquisa, formuladas no início da reflexão do tema.

A mensuração do grupo alvo da pesquisa através de questionários foi um processo fundamental que serviu para a recolha da experiência emotiva e comportamental do adolescente no momento da separação dos pais. Emergiram dados significativos que mostraram a potência dos instrumentos usados, na medida em que conseguiram medir as variáveis que se pretendiam conhecer e compreender a sua origem, bem como confirmar a mudança comportamental do grupo alvo após a separação dos pais.

Como metodologia de estudo, foi significativo fazer a distinção dos momentos deste estudo empírico que consistiu em duas partes: a primeira de tipo descritivo analítico cujo objectivo

era catalogar as características e comportamentos depressivos entre os adolescentes filhos de pais separados e a segunda que constituiu o estudo do caso cuja finalidade era o aprofundamento do caso seleccionado do universo que constituiu a amostra da pesquisa, em vista a implementação de um programa de intervenção junto ao sistema familiar da adolescente. Ambas partes da pesquisa foram de busca de resposta às perguntas e hipóteses da pesquisa.

No que diz respeito ao estudo do caso, os dados recolhidos, entre outros, denunciaram o factor separação dos pais como sendo fonte originária da depressão. À luz deste processo, podemos dizer que neste capítulo da metodologia foram alcançados os objectivos previstos, respondida a pergunta de pesquisa e confirmada a hipótese 1.

O capítulo de análise dos resultados foi o momento culminante da pesquisa que consistiu em dar significado aos dados recolhidos no terceiro capítulo.

Graças aos instrumentos usados para a mensuração das variáveis a conhecer, foi possível responder aos objectivos, às hipóteses e às perguntas de pesquisa a que nos propusemos nesta investigação.

Olhando para as percentagens que surgem no quadro clínico de uma maneira geral, a pesquisadora percebeu que as maiores mudanças comportamentais após a separação dos pais tiveram maior repercussão em filhos adolescentes do sexo feminino (56.7 %), do que naqueles do sexo masculino (36.7 %), provavelmente pelo facto do seu carácter emotivo e por serem mais sensíveis a dinâmicas familiares.

Os dados sintomatológicos colhidos, tais como, choro frequente, baixa auto estima, insónia, tristeza, dores de cabeça, falta de apetite e isolamento familiar, foram índices que confirmaram a hipótese de partida e consequentemente responderam as perguntas de pesquisa, pois estes emergem de uma forma intensiva após a separação dos pais.

O estudo do caso foi uma oportunidade para aprofundar e compreender as causas da depressão em filhos adolescentes num sistema familiar de pais separados. Este estudo qualitativo, embora não seja generalizável a outras situações, contribuiu mais uma vez, para responder às perguntas de pesquisa e às hipóteses formuladas.

A confirmar as hipóteses e as perguntas de pesquisa foi também o resultado dos exames laboratoriais e o uso da farmacologia, onde a paciente identificada acusa o sistema familiar de superprotecção, falta de confiança e comunicação aberta, clima que levou a PI a entrar em depressão.

Um resultado importante no estudo do caso foi o facto de ver com que elemento do sistema familiar a PI se identificava mais, tendo-se evidenciado a figura da avó (71.2 %), contra aquele do padrasto e da mãe (31.3 % e 10.1 %). Isto mostrou que havia maior interacção positiva entre a PI e a avó, com característica de filiação.

O Inventário de Depressão de Beck administrado a PI, cujos valores sintomatológicos, se localizaram na escala de 19 a 26 indicaram a presença de uma depressão moderada, que na perspectiva da pesquisadora resulta como consequência das duas separações que a PI experimentou ao longo da sua vida: a separação dos pais desde a sua infância, e a separação da mãe na altura em que ela se envolveu numa segunda relação, que a obrigou a sair da sua casa para a do novo esposo.

O psicodiagnóstico e o prognóstico serviram não só para dar informações e juízo sobre a presença da patologia moderada na PI, mas também para confirmar a hipótese sistémica da contaminação e do desequilíbrio do sistema familiar que contribuía para criar, por um lado, um estado de pânico, e por outro, um estado de humor depressivo na PI.

Sendo a pergunta de pesquisa: será que a separação dos pais provoca perturbações no adolescente com características depressivas? E as hipóteses iniciais: a separação dos pais tem uma repercussão no surgimento da depressão em filhos adolescentes, os resultados do estudo quantitativo e qualitativo, confirmaram que a depressão em filhos adolescentes é consequência das dinâmicas da separação dos pais. É este padrão disfuncional, que aliado a outros que emergiram dos dados da pesquisa tais como: mau relacionamento dos membros dentro do sistema, o estilo de comunicação não transparente, o controlo excessivo, as fronteiras rígidas, ausência de limites, os tabus, a invasão dos espaços pessoais, superprotecção, a carência afectiva, a ansia e a insegurança precipitaram o estado do funcionamento não saudável do sistema familiar.

Confirmadas as hipóteses e as perguntas de pesquisa, foi possível identificar o tipo de intervenção requerido para levar o sistema familiar ao seu bom funcionamento. Neste sentido foram identificados quatro tipos de estratégias de intervenção: sistémico, psicodinâmico, cognitivo-comportamental e fenomenológico. De acordo com estes tipos de terapia foram também definidas as técnicas de intervenção correspondentes que foram usadas ao longo das sessões com a PI e com a sua família e onde puderam verificar-se algumas mudanças comportamentais ao nível individual e sistémico.

Através das sessões terapêuticas foi evidente para a pesquisadora que tinham sido alcançados os objectivos da intervenção que era levar o sistema ao seu equilíbrio homeostático. Aspectos surpreendentes neste processo foram as mudanças verificadas no sistema familiar a medida que se ia actuando, quer através do psicodiagnóstico, quer através da intervenção terapêutica.

5.3. Recomendações

Tendo em conta os objectivos da pesquisa, (a compreensão do fenómeno depressão em filhos adolescentes de pais separados, a identificação do tipo de intervenção mirado à promoção de determinados comportamentos ou a modificação daqueles existentes), e às conclusões a que se chegou neste estudo, seguem-se algumas recomendações a vários níveis.

5.3.1. Para os Pais

Sendo a família uma unidade social, funcionando como matriz do desenvolvimento psicossocial e equilíbrio de seus membros, é chamada a enfrentar uma série de tarefas evolutivas dentro do sistema tais como:

- Tarefas parentais (esponsal, paternidade e maternidade, educação, produção dos bens de subsistência para a satisfação das necessidades fundamentais dos seus membros, controlo e supervisão e regulação da relação entre o sistema e o ambiente) em comunicação e diálogo com seus filhos, de modo a clarificar as dúvidas dos adolescentes e a evitar com que possíveis alterações comportamentais aconteçam e se agudizem, tais como a ansia e a depressão.
- Tarefas filiais (assunção de responsabilidades evolutivas, isto é, desenvolvimento, educação, maturidade, interdependência e colaboração com os outros membros do

sistema na criação de um clima socio afectivo e na produção dos bens de subsistência).

No funcionamento do sistema familiar, podem surgir padrões de interacções positivas e negativas que criam conflitos e desestruturação do sistema familiar, por isso, é importante que a família se empodere de competências de gestão e auto-gestão do sistema através de:

- Respeito à hierarquia de poderes na complementaridade de funções em que os pais e os filhos têm níveis diferentes de autoridade.
- Sentido de responsabilidade e autoridade moral, em que o marido e a esposa aceitam a interdependência e actuam como casal, bem como, esta mesma interacção de interdependência se deve verificar na relação pais e filhos e vice-versa, adaptar-se às situações em mudança.
- Continuidade e asseguramento do crescimento psicossocial a cada um dos seus membros, definindo os limites no seu funcionamento para proteger a diferenciação no sistema familiar.
- Busca de apoios necessários quando as situações ultrapassam as suas capacidades, tais como, conselhos junto dos outros e a terapia familiar.

Em relação a padrões disfuncionais, que emergiram dos dados, a família é chamada a trabalhar para reduzir ou eliminar as formas patológicas de comunicação e de interacção no seu seio, tais como: ansia, a depressão e a superprotecção.

5.3.2. Para os Filhos Adolescentes

Erikson falando da adolescência, chama atenção para o facto de as pessoas, nesta fase de crescimento, tomarem consciência das suas dinâmicas internas e externas. Por isso de acordo com este autor as tarefas evolutivas dentro do sistema familiar a que os adolescentes são chamados a realizar são:

- Desenvolvimento de si ligado às experiências de puberdade, isto é o adolescente que vive uma experiência da puberdade enfrenta problemas de aceitação do seu próprio corpo e das modificações desconcertantes que se operam nele. Por isso, ele é chamado

a enfrentar e a superar as crises provocadas por tais modificações ou pela interacção com os outros.

- Desenvolvimento do pensamento hipotético dedutivo ou seja lógico formal, onde o adolescente deve abstrair-se do concreto para ir além do presente do imaginário sobre a base do ideal e das expectativas. Neste sentido o adolescente deve desenvolver a capacidade de elaborar projectos, estratégias comportamentais em situação de perigo, de incerteza e ter a capacidade de gerir a própria vida na relação com os outros.
- Aquisição de autonomia funcional, o que implica da parte do adolescente o destacamento progressivo da família e a sua integração no grupo dos pares, a definição do próprio sistema de valores, de objectivos e metas significativas, a capacidade de leitura crítica dos modelos de identificação existentes e também a capacidade de negociar com os outros, o próprio espaço de iniciativa e criatividade assim como as próprias responsabilidades.
- Construção da identidade através de síntese das experiências do passado do presente e a programação do futuro.
- Aquisição de uma consciência cada vez maior das dinâmicas internas pessoais (id, ego e super ego, tipo de raciocínio, de emoções e o estilo comportamental), que muitas vezes podem ser fonte de depressão.
- Saber ser na interacção com os outros sobretudo no sistema familiar.

5.3.3. Para o CERPIJ-HCM

O Centro de Reabilitação Psicológica Infantil e Juvenil - CERPIJ é unidade sanitária que se dedica ao atendimento psicológico infantil e juvenil e sendo o local onde decorreu esta pesquisa, a investigadora, acha oportuno dirigir também algumas recomendações a esta instituição que tem a ver com as gerações em crescimento:

- Prestar maior atenção às formas depressivas em adolescentes para poder intervir preventivamente antes que elas se agudizem.
- Nas suas intervenções, continuar a favorecer a relação interpessoal pai e filhos em idade adolescencente, de maneira a estimular a comunicação, o diálogo e potenciar as capacidades e competências educativas dos pais ou cuidadores.
- Potenciar o serviço de terapia familiar, de modo a amenizar o problema que os pais e adolescentes enfrentam no dia-a-dia, proporcionando-lhes formas de comunicação e

interacção idóneas no sistema familiar para que este consiga manter o seu equilíbrio funcional.

- Ser uma instituição de referência para este tipo de problemas actuando em três dimensões: a dimensão de informação de formação e terapêutica.
- Se possível, actuar em colaboração com outras instituições educativas e de apoio familiar, tais como, escolas, jardins-de-infância, a Geração Bizz, Centro Dream, em função de colaboração e encaminhamento.
- Manter o espírito de abertura de acolhimento e colaboração com as Instituições do Ensino Superior para os estágios, pois é um contributo valioso que dá à nação na formação de quadros.
- Apoiar os estagiários de Mestrado em TFC da UEM, na criação de espaços para o atendimento familiar e comunitário.

5.3.4. Para a UEM

Sendo a Universidade Eduardo Mondlane a maior e a mais antiga instituição de referência se recomenda:

- Continuar a enfatizar na formação de quadros em várias áreas, em especial na área de Terapia Familiar e Comunitária, por ser um aspecto de actualidade e que pode trazer inovação no âmbito da psicologia em Moçambique, beneficiando a população com os serviços prestados pelos especialistas deste âmbito exercidos, por exemplo, no aspecto hospitalar, social, comunitária, escolar e familiar.
- Apostar na capacitação dos docentes e recém-graduados para a sua actualização em relação ao quadro teórico, técnicas e estratégias usadas no tratamento das disfunções psicológicas e sistémicas através de palestras, seminários, simpósios, congressos e outras formações.
- Criar um espaço no CEAP para o funcionamento das actividades do curso de terapia familiar e comunitária, entre as quais estágio e a supervisão dos mestrados em Terapia Familiar e Comunitária.
- Criar e apetrechar uma biblioteca com livros, manuais, dicionários, testes para a investigação dos estudantes em Terapia Familiar e Comunitária e outros em geral.

- Fortalecer os memorandos já existentes com as instituições para os locais de estágio e se possível elaborar novos.

5.4. Possíveis implicações da pesquisa

Qualquer trabalho científico tem implicações práticas dado o seu carácter inovador. Se por um lado uma pesquisa é uma actividade de reflexão e aprofundamento de um facto, por outro este aprofundamento deve reverter em acções de intervenção directa à mudança da situação. Por isso, a pesquisadora espera que este estudo seja uma contribuição no mundo científico, pelo facto de ser um estudo realizado num contexto africano particularmente da sociedade moçambicana.

Outra implicação que este estudo pode ter diz respeito à definição de políticas educativas, formativas e terapêuticas ao nível do micro sistema, de forma a ajudar quer no processo de socialização das novas gerações, quer no contexto de tutela da saúde pública dos utentes.

5.5. Limitações

Qualquer investigação científica, devido ao seu carácter de rigor, tem certas exigências que nem sempre o pesquisador está em condições de responder na sua totalidade e com a maior perfeição. Por isso, desde o início, a pesquisadora esteve consciente das dificuldades que podia encontrar ao longo do processo de investigação tais como:

- A dificuldade de reunir o maior número de elementos da família nas primeiras sessões, que poderia levar a investigadora a não ter o sucesso desejável, no seguimento do caso para uma possível intervenção, como seria de desejar.
- A falta de material bibliográfico suficiente nas bibliotecas, referente a esta problemática sistémica.
- O factor tempo e outros imprevistos do quotidiano que, por vezes, tiram a calma e a capacidade de concentração num trabalho científico. Por exemplo a demora da resposta do Comité da Bioética foi um dos constrangimentos que influenciou o atraso na recolha dos dados, assim como a greve dos médicos uma vez que os dados foram recolhidos no Hospital Central de Maputo (HCM).

Espera-se que estes obstáculos venham a ser colmatados nos trabalhos sucessivos de carácter científico, num futuro próximo, quer com a publicação de algum capítulo desta pesquisa, em artigos científicos, quer na apresentação deste estudo em jornadas científicas, quer no aprofundamento do tema através do doutoramento.

BIBLIOGRAFIA

- Adler, A. (1947). Prasse e Teoria da psicologia Individual. Roma: Astrolábio.
- Amaro, A. Pávoa, A. Macedo, L. (2004/2005). A Arte de Fazer Questionários. Disponível em 30 de Junho de 1913 em www.sbu.unicamp.br/snbu2008/anais/site/pdfs/2939.pdf
- Bandura, A. (1989). Yuman Agence in Social Cognitive Theory. In “American Psicologist” 44pp. 1175-1184.
- Baptista, M. N. & Assumpção Júnior, F. B. (1999). Depressão na Adolescência: Uma Visão Multifatorial. São Paulo: E.P.U.
- Beck, A. T. C. (1984). Principi di Terapia Cognitiva. Un approcio nuovo alla Cura dei disturbi affetive: Roma. Ed. Astrolabio.
- Bellerrate B. A. & Prellezo J. M. (1989). Il Lavoro Scientifico in Scienze Dell'Educazione. Guida alla tesi di laurea e al dottorato di ricerca. Ed. La Scuola. Brescia.
- Benjamin, I. S. (1999). Diagnosi interpersonali e Trattamento dei Disturbi di Personalità. Roma.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). Investigação Qualitativa em Educação. Portugal: Porto.
- Borges, V. C. & Teodoro, M. L. M (2007). Propriedades psicométricas da versão brasileira da escala triangular do amor de Sternberg Psicol, Reflex. Disponível a 21 de Abril de 12 em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722007000300020>
- Bryman, L. (2012). Social research. Methods. EUA: Oxfordo University Press Inc.
- Bowen, M. (1979). Da família ao Indivíduo. Diferenciação de si no Sistema Familiar. Roma: Editrice Astrolabio.
- Castro et al (2008). Teoria da Resposta ao Item Aplicada ao Inventário de Depressão Beck. Disponível a 3 de Dezembro de 2012 em <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n3/12.pdf>
- Castellazzi, V. L. (1991). Introduzione Alle Tecniche Proiettive. Roma: Piazza dell'Ateneo Salesiano.

- CID-10 (1993). Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Costa, M. C. O. e de Souza, R. P. (2002). Adolescência: Aspectos Clínicos e Psicossociais. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Craveiro, L. (2009). Outros olhares. Disponível a 22 de Abril de 2013 em <http://lidia-outrosolhares.blogspot.com/2009/02/o-divorcio-dos-pais-que-consequencias.html>
- Dalfove et al (2008). Métodos Quantitativo e Qualitativo: Um Resgate Teórico. Disponível a 30 de Julho de 2013 em http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodos_quantitativos_e_qualitativos_um_resgate_teorico.pdf
- Dias, C. (2000). Pesquisa qualitativa – características gerais e referências. Disponível a 5 de Outubro de 2013 em <http://www.reocities.com/claudiaad/qualitativa.pdf>
- Dias, M. O. (2011). Um Olhar Sobre a Família na Perspectiva Sistémica o Processo de Comunicação no Sistema Familiar. Disponível a 21 de Junho de 2013 em http://z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD19/gestaodesenvolvimento19_139.pdf
- Dicionário de Língua Portuguesa. (1982). 5ª Ed. Porto: Porto Editora.
- Dicionário de Psicologia Garzant. (1999). Milano: Torinese.
- DSM-IV-TR. (2006). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Lisboa: Climepsi Editores.
- Elsen, I. M. S. S. & Santos M. R. (2002). O Viverem em Família e a sua Interface com a Saúde e a Doença. Miringa: Eduem.
- Enciclopédia da Filosofia e das Ciências Humanas. (1996). Navara: Instituto Geográfico De Agostine.
- Erikson, E. H. (1974) Gioventù e Crisi di identità. Roma: A. Armando.
- Fortin, M. F. (2003), O Processo de Investigação: da concepção à realização. Edições Técnicas e Científicas. <http://grupo4te.com.sapo.pt/referencias.html>

- Franco, M. J. B. & Ferreira, T. S. C. (2007). Um Estudo de Caso Sobre as Organizações que a Pedem. Almada: Universidade da Beira interior. Disponível a 23 de Janeiro de 2009 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/cog/v13n2/v13n2a03.pdf>
- Freud, S. (1923). Observações sobre a teoria e a prática da interpretação de sonhos. Rio de Janeiro: Imango.
- Godoy, A. S. (1995). A Pesquisa Qualitativa e sua Utilização em Administração de Empresas. ERA-V.35-n.4.Jul/ag. Recuperado a 21 de Setembro de 2013 em www.scielo.br/pdf/rae/v35n4
- Grasso, M. et al. (2003). A Intervenção em Psicologia Clínica. Roma: Omnibook, Bari.
- Gunther, H. (2006). Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta é a Questão? Disponível a 29 de Julho de 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ptp/v22n2/a10v22n2.pdf>
- Hall et al (2000). Teorias da Personalidade. Porto Alegre. Artes Médicas.
- Herbert, M. (1999). Separação e Divórcio: Ajudar os Filhos a Vencer (1ª ed). Lisboa: Rolo & Filhos-Artes Gráficas.
- Lewin, K. (1965). Teoria Dinâmica della Personalità. Firense: Giunti, G. Barbera.
- Marini, M. (2001). Divórcio e Vivência dos Filhos. Disponível a 7 de Setembro de 2012 em <http://www.psico-online.net/psicologia/div%C3%B3rciofilhos.htm>
- Marques, A. P.1 & Peccin, M. S. (2005). Pesquisa em fisioterapia: a prática baseada em evidências e modelos de estudos. São Paulo. Recuperado a 27.09.13 as 19:52 em <http://www.fm.usp.br/fofito/fisio/pessoal/amelia/artigos/pesquisa.pdf>
- Mendonça et al (2006). Guião Para Escrita Académica: Impressão Universitária. UEM. Maputo.
- Meirinhos, M. & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. Disponível a 30 de Julho de 2013 em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/3961/1/O%20estudo%20de%20caso%20como%20estrat%C3%A9gia%20de%20investiga%C3%A7%C3%A3o%20em%20educa%C3%A7%C3%A3o.pdf>

- Miller, J. A. (2003). O Livro de Referência para a Depressão Infantil (1ª ed). São Paulo: M. Booksdo Brasil Editora Ltda.
- Minuchin, S. & Fishman, H. C. (2003). Técnicas de Terapia Familiar. Belo Horizonte: Artmed.
- Minuchin, S. (1976). Famiglie e Terapia della Familia. Roma: Astrolabio.
- Minuchin, S. (1990). Famílias: Funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mishel, W. (1986). Lo Sviluppo della Personalita. Bolonha: Il Mulino.
- Neves, J. L. (1996). Pesquisa qualitativa-características, uso e possibilidades. São Paulo: Disponível a 4 de Abril de 2012 em <http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/c03-art06.pdf>
- Parot, F. & Doron, R. (2001). Dicionário de Psicologia. Lisboa: Climeps Editores.
- Pataki C. (2009). Adolescence In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. eds. Kaplan&Saddock.
- Perls, F. & Hefferline, R. F. - Goodman (1951). Gestalt Terapi: Excitement and Growth in the human Personality. N. Y: Dell Publishing Co.
- Payá, R. (2011). Intercambio das Psicoterapias. 1ª (ed). Brasil: Roca Ltda.
- Rogers, C. R. (1994). La Terapia Centrata Sul Cliente. Firenze: Psycho di Martinell.
- Sales etall (2007). Procedimento do Questionário Pessoal PQ.
- Sampaio D. 2006. Lavrar o Mar. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sullivan, H. 1953. The Interpersonal theory psychiatry. New York. Norton.
- Tesoura. B. (2004). Lo Estudio Empírico Sullo Sviluppo dell'identità Degli Adolescemnti Educative del Mozambico. Roma: LAS.
- Tesoura, B. (2008). Lo Studio Empirico SullSviluppo Dell' Identita Degli Adolescente/Giovani in Relazione alle Istituluzioni Educative del Mozambico. Roma: Universidade Pontificia Salesiana.

- Thomas, J. R. & Nelson, J. K. (1996). *Research methods in physicalactivity*. (3.ed). Champaign: HumanKinetics. Disponível em 23 de Junho de 2013 em <http://www.ergonomia.ufpr.br/Tipos%20de%20Pesquisa.pdf>
- Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- Varão et al (2006). *Metodos de amostragem*. Disponível a 5 de Outubro de 2013 em <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi2/MetodosAmostragemT2.pdf>
- Wertheimer, M. (1964). *Productive Thinking*.
- Windle, M. (1991). The Dificult Temperament in Adolescence: Associations with Substance Use, Family Support, and Problem Behaviors. *Journal of Clinical Psychology*, 47 (2): 310 - 315.
- World Health Organization. (1995). *Physical Status: the use and interpretation of Anthropometry*. Geneve. WHO Technical Report Series, 854:1-308.

ANEXOS

Anexo I: Questionário para os adolescentes

Questionário para adolescentes

Idade _____ Nível escolar _____ Sexo _____ Residência _____

Religião _____

Neste questionário vais ler uma série de perguntas que te ajudam a reflectir na tua experiência de vida. Marque com x a opção que melhor corresponde com o teu sentimento.

1- A separação dos pais normalmente afecta emocionalmente o adolescente. Esta experiência causou-te algum tipo de sofrimento?

Sim

Não

2- Assinale com X, no rectângulo ao lado, o sentimento que experienciaste antes e depois da separação dos teus pais.

Antes da separação

Choro frequente

Auto-estima baixa

Problemas no sono

Tristeza

Dor de cabeça

Aperto no peito

Falta de apetite

Depois da separação

Choro frequente

Auto-estima baixa

Problemas no sono

Tristeza

Dor de cabeça

Aperto no peito

Falta de apetite

Isolamento

Isolamento

Vontade de desaparecer

Vontade de desaparecer

3- A separação dos teus pais provocou alguma mudança na tua maneira de ser e de te comportares?

Sim

Não

4- Assinale com X as mudanças que tiveste.

Alteração no comportamento

Alteração no relacionamento com os teus colegas

Alteração no relacionamento com a tua família

Alteração no teu rendimento escolar

Fuga da escola

Fuga de casa

Isolamento familiar

Uso de drogas

Uso de bebidas alcoólicas

5- Sentes-te culpado(a) pela separação dos teus pais?

Sim

Não

6- Gostarias de ver os teus pais juntos novamente?

Sim

Não

7- Tens esperança que um dia os teus pais voltam a viver juntos?

Sim

Não

Anexo II: Testes aplicados a PI

Teste de Identificação Familiar - Criança

Número: _____

Data: _____

	Corresponde totalmente	Corresponde muito	Corresponde em parte	Corresponde pouco	Não corresponde
Real					
Ideal					
Mãe-R					
Pai-R					
Deveria ser					
Irmã/o-R					
Irmã/o-R					
Irmã/o-R					
Avo/o -R					
Avo/o-R					
Melhor amigo-R					
Professor/a Educador/a -R					
Modelo da Media preferido-R					

Tabuleiro de FIT

Não corresponde	Corresponde pouco	Corresponde em parte	Corresponde muito	Corresponde totalmente

INVENTÁRIO DEPRESSIVO DE BECK
(BECK DEPRESSION INVENTORY)

NOME: _____ DATA: ___/___/___
IDADE: ___ ESTADO: _____ SEXO: ___ PROFISSÃO: _____
TERAPEUTA: _____ AVALIAÇÃO: _____

INSTRUÇÕES:

Leia, por favor todas as frases expostas seguidamente e assinale, em cada grupo, aquela que descreve ou que constitui a descrição mais aproximada da maneira como se sente presentemente:

- A - 0. Não me sinto triste.....()
1. Ando “neura” ou triste.....()
2. Sinto-me “neura” ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo.....()
2. Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim.....()
3. Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado.....()
- B - 0. Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado em relação ao futuro.....()
1. Sinto-me com medo do futuro.....()
2. Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro.....()
2. Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas.....()
3. Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.....()
- C - 0. Não tenho a sensação de ter fracassado.....()
1. Sinto que tive mais fracassos do que a maioria das pessoas.....()
1. Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado.....()
2. Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo são uma quantidade de fracassos.....()
3. Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, mãe, marido, mulher).()
- D - 0. Não me sinto descontente com nada em especial.....()
1. Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo.....()
1. Não tenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente.....()
2. Já não consigo obter satisfação com seja o que for.....()
3. Sinto-me descontente com tudo.....()
- E - 0. Não me sinto culpado de nada em particular.....()
1. Sinto, grande parte do tempo, que sou mau ou que não tenho qualquer valor.....()
2. Sinto-me bastante culpado.....()
2. Agora sinto permanentemente que sou mau ou que não tenho qualquer valor.....()
3. Considero que sou mau e não valho absolutamente nada.....()

- F - 0. Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo.....()
 1. Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal....()
 2. Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado.....()
 3. Sinto que mereço ser castigado.....()
 3. Quero ser castigado.....()
- G - 0. Não me sinto descontente comigo.....()
 1. Estou desiludido comigo mesmo.....()
 1. Não gosto de mim.....()
 2. Estou bastante desgostoso comigo.....()
 3. Odeio-me.....()
- H - 0. Não sinto que eu seja pior do que qualquer outra pessoa.....()
 1. Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros.....()
 2. Culpo-me pelas minhas próprias faltas.....()
 2. Acuso-me por tudo de mal que acontece.....()
- I - 0. Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo.....()
 1. Tenho ideias de pôr termo à minha vida, mas não sou capaz de as concretizar.....()
 2. Sinto que seria melhor morrer.....()
 2. Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse.....()
 2. Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de pôr termo à vida.....()
 3. Matar-me-ia se tivesse oportunidade.....()
- J - 0. Actualmente não choro mais do que o costume.....()
 1. Choro agora mais do que costumava.....()
 2. Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de o fazer.....()
 3. Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade.....()
- K - 0. Não ando agora mais irritado do que de costume.....()
 1. Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.....()
 2. Sinto-me permanentemente irritado.....()
 3. Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente.....()
- L - 0. Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas.....()
 1. Actualmente sinto pelos outros menos interesse do que costumava ter.....()
 2. Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas.....()
 3. Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente nada a seu respeito.....()
- M - 0. Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente.....()
 1. Actualmente sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões.....()
 2. Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda de outras pessoas.....()
 3. Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.....()
- N - 0. Não acho que eu tenha pior aspecto do que de costume.....()
 1. Estou aborrecido porque estou a parecer velho ou pouco atraente.....()
 2. Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente.....()
 3. Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo.....()

- O - 0. Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente.....()
 1. Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar()
 1. Não consigo trabalhar tão bem como costumava.....()
 2. Tenho de dispensar um grande esforço para fazer seja o que for.....()
 3. Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.()
- P - 0. Consigo dormir tão bem como dantes.....()
 1. De manhã acordo mais cansado do que era habitual.....()
 2. Acordo cerca de 1 a 2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer.....()
 3. Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que 5 horas.....()
- Q - 0. Não me sinto mais cansado do que é habitual.....()
 1. Fico cansado com mais facilidade do que antigamente.....()
 2. Fico cansado quando faço seja o que for.....()
 3. Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja.....()
- R - 0. O meu apetite é o mesmo de sempre.....()
 1. O meu apetite não é tão bom como costumava ser.....()
 2. Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente.....()
 3. Perdi completamente todo o apetite que tinha.....()
- S - 0. Não tenho perdido muito peso, se é que ultimamente perdi algum.....()
 1. Perdi mais de 2,5 quilos de peso.....()
 2. Perdi mais de 5 quilos de peso.....()
 3. Perdi mais de 7,5 quilos de peso.....()
- T - 0. A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.....()
 1. Sinto-me preocupado com dores ou sofrimentos, ou má disposição do estômago, ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis no meu corpo.....()
 2. Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar em outra coisa.....()
 3. Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto.....()
- U - 0. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual.....()
 1. Encontro-me menos interessado na vida sexual do que costumava estar.....()
 2. Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual.....()
 3. Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual.....()

TOTAL:

BECK DEPRESSÃO

Pontuação

Valores X:

Sem depressão:10 – 18
 Depressão leve:19 – 25
 Depressão moderada:26 – 29
 Depressão grave:30

	0	1	2	3	SINTOMAS
A					Estado de ânimo
B					Pessimismo
C					Fracasso
D					Descontentamento
E					Sentimento de culpa
F					Necessidade de castigo
G					Ódio a si mesmo
H					Auto-acusação
I					Impulsos suicidas
J					Períodos de choro
K					Irritabilidade
L					Isolamento social
M					Incapacidade de decisão
N					Imagem corporal
O					Incapacidade para trabalho
P					Transtornos de sono
Q					Fatigabilidade
R					Perda de apetite
S					Perda de peso
T					Hipocondria
U					Perda da libido
TOTAL					

Anexo III: Entrevista para os pais ou cuidadores

Entrevista Semi-Estruturada para os Pais ou cuidadores

- 1- Como é que os pais se comunicam e se relacionam em casa?
- 2- Qual é o clima de relação familiar como pai e como mãe?
- 3- Como é que o pai se relaciona com o seu filho (a)?
- 4- Como é que a mãe se relaciona com o seu filho (a)?
- 5- E os dois (pais e mãe) como é que se relacionam com o vosso filho (a)?
- 6- Como é que era o vosso relacionamento na família antes da separação?
- 7- Estão separados. Como é que é feita a educação e orientação do vosso filho (a)?
- 8- Estão a notar alguma consequência desta separação que reflecte no vosso filho?
- 9- O que é que podem fazer como pais separados para contribuir no processo de desenvolvimento e crescimento do vosso filho (a)?
- 10- Que futuro estão a construir para o vosso filho?

Anexo IV: Resumo das sessões

Resumo das sessões

Este plano de intervenção foi atuado em sete sessões coma família e 8 com a PI:

Na **1ª Sessão** estiveram presentes seis elementos do sistema familiar. A avó que é a cuidadora da PI, os dois filhos da avó, a mãe da PI, o padrasto e a PI. Foi uma sessão de recolha de informação com o PQ e a entrevista semi-estruturada. Após avaliação foi feita a revelação do diagnóstico sistémico aos familiares e em seguida estabeleceu-se um contrato com a família.

Actividades da meta 1:

Sessão com a família:

- Avaliação a família com o PQ.
- Dialogar com a família para lhes ajudar a explora e a compreender o que está a acontecer no sistema familiar de modo a melhorarem as relações familiares.
- Trabalhar sobre a ânsia familiar no sistema.
- Dar **TPC** com o objectivo de ajudar a família a saber tomar responsabilidade sobre o seu comportamento, na interacção com a PI e entre todos os membros do sistema. Sugeriu-se também a inclusão da PI nas actividades domésticas e atribuição de certas responsabilidades. A família foi orientada a ter pelo menos uma refeição juntos, uma vez por dia, para incentivar a conversa entre a PI e os restantes elementos do sistema. Foi ainda sugerido a avó e a mãe, encontrarem um momento de conversa com a PI, de modo a abordarem assuntos relacionado com o pai e esclarecerem as dúvidas que a PI tem sobre o pai.

Sessão com a PI:

- Escutar a PI.
- Avaliação com os testes.

Actividades da meta 1:

A **2ª Sessão** aconteceu na presença dos mesmos elementos que estiveram na 1ª sessão menos o padrasto. A família referiu que a situação em casa estava a melhorar. A PI estava mais

alegre. Registou melhorias em relação ao sono. Resultado também da medicação psiquiátrica que fez por 15 dias. A mãe queixou que por vezes ficava com preguiça e fazia os trabalhos lentamente.

Sessão com a família:

- Avaliação com a entrevista
- Falar sobre a relação do pai e da filha; comentários sobre esta relação; escutar a avó e a mãe.
- Ver com a família possíveis estratégias de como aliviar este problema;
- Comentário sobre a saída da mãe da casa da avó para casa do padrasto;
- Fazer a avó compreender que a neta fica com saudades da mãe e precisa de visitar-lhe.
- Como **TPC** a família foi orientada a dar continuidade com o TPC da primeira sessão e a incentivar a PI a visitar a mãe em casa do padrasto.

Sessão com a PI:

- Comentários em relação a escola. Falar sobre possíveis estratégias de como conseguir ter preparação para os exames de admissão.

Na **3ª Sessão** Compareceram os mesmos elementos que estiveram na 2ª sessão. Foi feita avaliação da família em relação aos pontos que foram trabalhados na primeira e segunda sessão. A família referiu que a situação estava controlada. A PI sentia-se feliz por ter visitado a mãe em casa dela. Havia melhorias na relação familiar entre todos os elementos.

Actividade da meta 2:

Trabalhar com os subsistemas em separado.

Com o sistema parental avó e mãe:

- Mostrar a mãe e a avó que enquanto o sistema parental continuar ansioso, poderá contagiar mais o sistema filial.
- Clarificar a família em relação a vantagem em manter uma fronteira nítida no sistema familiar, melhorando o sistema de comunicação e incentivando actividades conjuntas de modo a criar confiança entre os elementos do sistema.

Com o sistema filial PI e tios:

- Clarificar a família em relação a vantagem em manter uma fronteira nítida dentro do sistema familiar.
- Incentivar a planear actividades em conjunto sempre que possível. Inventarem jogos em família. Planear saídas conjuntas.
- O **TPC** desta sessão foi manter as orientações da primeira e segunda sessão. A família foi incentivada a fazerem actividades, jogos e convívio em conjunto.

Sessão com a PI:

- Trabalhar as relações familiares.

A **4ª Sessão** os subsistemas parental e filial foram observados em separado. Estiveram presentes a avó, mãe, padrasto e PI. Os elementos da família referiram não terem nenhuma queixa em relação a PI, e que estavam a cumprir com as recomendações.

Actividades meta 2 e 3:

Com o sistema parental: padrasto, mãe e avó

- Orientação ao padrasto em relação ao papel da figura masculina dentro de um sistema familiar;
- Orientação a mãe em relação a figura feminina dentro de um sistema familiar.
- Orientação a avó mostrando as vantagens e desvantagem em deixar manter a PI em contacto com a mãe e o padrasto.

Com o sistema filial: PI

- Mostrar a PI que a família tem dificuldades financeiras.
- Mostrar a PI a vantagem em manter comunicação com o sistema familiar e amigos, vizinhos etc.
- Como TPC foram orientados a manter as orientações das sessões passadas. A PI foi orientada a procurar algo para se ocupar; procurar informações nas outras universidades; continuar a estudar com colegas que estão a preparar-se para concorrer para a universidade.

Em relação a **5ª sessão** os elementos do sistema que participaram foram a PI, avó e mãe. A família encontrava-se estável, sem queixas, sem preocupações em relação a PI. Apenas a avó e a mãe estiveram incomodadas. A mãe teve que ser encaminhada para a consulta de gastroenterologia. A PI referiu que já tinha ocupação, começou a fazer bijuterias (brincos, colares e pulseira) e vendia para as amigas e vizinhas.

Actividade meta 4:

Sessão com a família:

- Mostrar a vantagem e importância em a PI manter uma relação filial com o pai biológico.
- O TPC foi para a avó e a mãe, conversarem com a PI de modo a perceber se a PI quer estabelecer este contacto com o pai. Se assim o desejar, que experimentem.

Sessão com a PI:

- Encontrar estratégias com a PI, para resolver o problema da auto-estima e autonomia.

Na **6ª Sessão** a PI, mãe e a avó é que participaram. A família estava bem.

Actividades meta 2 e 3:

Sessão com a família:

- Ajudar a família a compreender a importância da PI manter a relação filial com o pai e com a mãe.
- Continuar a trabalhar as relações familiares.
- Sessão de monitorização e preparação para alta.

Sessão com a PI:

- Continuar a encontrar estratégias com a PI, para resolver o problema da auto-estima e autonomia.

7ª Sessão: Compareceram na sessão a PI, avó, tios, mãe e padrasto.

Actividades meta 2 e 3:

- Sessão de monitorização e alta. Família estável.

8ª Sessão: Esta sessão foi realizada com a PI

Actividades meta 4 e 5:

- Continuar a trabalhar com a PI de modo a ter autonomia funcional e melhoramento da auto estima.

Anexo V: Autorização do Comité Nacional da Bioética



MINISTÉRIO DA SAÚDE

HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO

DIRECÇÃO CIENTÍFICA

Ao

Comité Nacional de Bioética para a Saúde (CNBS)

MISAU

NRef: 655 /DGHCM/12

Maputo, aos 11 de Dezembro de 2012

Assunto: Credencial

Está devidamente credenciado pela Direcção do Hospital Central de Maputo o **Sr. Hortência Cristina Quinhas Fernandes Lopes**, Mestranda em Terapia Familiar e Comunitária na Universidade Eduardo Mondlane – UEM, a fazer a colheita de dados no Serviço de Psiquiatria deste Hospital, para a realização do trabalho de fim de curso, intitulado “ **A depressão em filhos adolescentes num sistema familiar de pais separados e o impacto da terapia familiar – caso do CERPIJ-HCM**”.

A presente credencial destina-se a apresentação no CNBS.

Cumprimentos.

A Directora Científica e Pedagógica


Prof. Doutora Sandra Mavale

Pediatra e Pneumologista Pediatra

Ph.D. em Pesquisa Clínica Investigação Tecnológica e Saúde Pública

Hospital Central de Maputo. Av Agostinho Neto 1164. Tel/fax 21320827/8



Universidade Eduardo Mondlane
Faculdade de Educação

Ao
Ministério da Saúde
Att: Comité Nacional de Bioética para a Saúde
Maputo

N/Refª 734 /FACED/2012

Maputo, ao 04 de Dezembro de 2012

Assunto: Solicitação de autorização de investigação pelos estudantes de Mestrado em Terapia Familiar e Comunitária

A Faculdade de Educação da Universidade Eduardo Mondlane organiza desde 2011 um Curso de Mestrado em Terapia Familiar e Comunitária com o objectivo de

-Oferecer aos mestrandos uma visão holística e antropológica da saúde, da família e da comunidade no contexto moçambicano, confrontado com as influências internas e da globalização;

-Promover competências para que, após a sua graduação, os Mestres em Terapia Familiar e Comunitária sejam capazes de:

- Aliar a teoria à prática no processo de aquisição das competências do terapeuta familiar e comunitário, como profissional e investigador;
- Aliar o diagnóstico individual com a identificação dos disfuncionamentos familiares e comunitários através da teoria sistémica;

- Fazer uso dos diferentes modelos de terapia sistémica aplicada à família e à comunidade;
- Realizar auto-questionamento e auto-formação através das práticas clínicas supervisionadas, de modo a assumirem com serenidade a profissão de terapeuta;
- Desenhar e executar estratégias de prevenção e de resolução de problemas de desestruturação das famílias ao nível micro e macro da sociedade.

A Faculdade de Educação confirma que seus estudantes tiveram a formação ética necessária para lidar com a investigação na área de saúde, e solicita que seus protocolos mereçam a cobertura e devida autorização pelo CNBS para efeito de elaboração de dissertações académicas.

Sem mais de momento, aproveitamos a ocasião para endereçar a V. Excia. os nossos melhores cumprimentos.

D^a Directora da Faculdade



Profa Doutora Eugénia Cossa

(Professora Auxiliar)



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Gabinete do Ministro

Exma. Senhora
Hortência Cristina Fernandes Lopes
UEM – Faculdade de Educação

Nota nr. 115/GMS/002/2013

Maputo, 04 de Junho de 2013

Assunto: Solicitação de Aprovação Administrativa

Em resposta a solicitação administrativa para realização do estudo intitulado “**A Depressão em filhos Adolescentes num sistema familiar de Pais Separados e o Impacto da Terapia Familiar**”, por orientação de Sua Excelência Ministro da Saúde, tenho a informar que por despacho de 03 de Junho de 2013, Sua Excia Ministro da Saúde autoriza, a realização da pesquisa.

Sem mais, Cumprimentos,





MINISTÉRIO DA SAÚDE
HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO
DIRECÇÃO GERAL

A

Universidade Eduardo Mondlane

Faculdade de Educação

Maputo

NRef 653 / DGHCM/12

Maputo, 10 de Dezembro de 2012

Assunto : Comunicação de despacho

Incumbe-me a Senhora Directora Científica e Pedagógica Hospital de acusar a vossa carta, no qual solicitam autorização para que **Sra. Hortência Cristina Quinhas Fernandes Lopes**, realize a investigação no Serviço de Psiquiatria deste Hospital, para a realização da dissertação para a culminação do Cuso de Mestarado, intitulado “ **A Depressão em filhos adolescentes num sistema familiar de pais separados e o impacto da terapia familiar :caso do CERPIJ -HCM**”. Temos a informar que recaiu o seguinte despacho de V.Excia a Directora Científica e Pedagógica do Hospital :

“ Autorizo”

Assinado

Director Científica e Pedagógica

Prof^ª. Doutora Sandra Mavale

Pediatra e Pneumologista Pediatra

PHD em pesquisa Clínica. Investigação Tecnologia e Saúde Pública

Melhores cumprimentos

A Assistente da Direcção

Eufrasia Gimo



Hospital Central de Maputo. Av Agostinho Neto 1164. Tel/fax 21320827/8