



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE  
CONTEMPORÂNEA**

**SAULO MACHADO CUNHA**

**O DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES  
NA FAMÍLIA**

**Salvador**

**2025**

**SAULO MACHADO CUNHA**

**SAULO MACHADO CUNHA**

**O DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES  
NA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado apresentada à banca do Programa de Pós Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.<sup>1</sup>

Orientadora: Elaine Pedreira Rabinovich

**Salvador**

**2025**

---

<sup>1</sup> Trabalho financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia.

Dados de Catalogação na Publicação (CIP)  
Ficha Catalográfica. UCSal. Biblioteca Dom Geraldo Majella Agnelo

C972 Cunha, Saulo Machado

O diagnóstico de depressão na adolescência e suas implicações na família / Saulo Machado Cunha. – Salvador, 2025.

87f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea. Linha de Pesquisa: Contextos Familiares e Subjetividade.

Orientadora: Profa. Dra. Elaine Pedreira Rabinovich.

1. Diagnóstico 2. Depressão 3. Adolescência 4. Família 5. Psicopatologia  
I. Rabinovich, Elaine Pedreira – Orientadora II. Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. III. Título.

CDU 616.89-008.454-053.6

## TERMO DE APROVAÇÃO

SAULO MACHADO CUNHA

### “O DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA”

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre (a) em  
Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 8 de julho de 2025.

Banca Examinadora:



Prof. Dra. Elaine Pedreira Rabinovich (Orientadora - UCSAL)

Documento assinado digitalmente

gov.br

MAURA LEITE ESPINHEIRA AVENA

Data: 08/07/2025 18:18:28-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Maura Espinheira Avena (Examinadora Interna - UCSAL)

Documento assinado digitalmente

gov.br

DENISE MARIA BARRETO COUTINHO

Data: 08/07/2025 17:52:02-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Denise Maria Barreto Coutinho (Examinadora Externa – UFBA)

*Depois de tanto procurar  
Motivações e explicações  
Depois de tanto palmilhar  
Desvios e bifurcações  
Da proa desta embarcação  
Consigno interpretar, enfim  
A carta de navegação  
Que o mar traçou dentro de mim  
A previsão sombria  
Assim se dissipou  
Aquela Estrela Guia  
Do céu me orientou  
Milhões de milhas naveguei  
Nem sempre ventos a favor  
Mas afinal reencontrei  
O cais da paz interior.*

**Milton Nascimento (Coisa nº8 - Navegação)**

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Elaine Pedreira Rabinovich, que me acolheu nas atividades de pesquisa desde a graduação, me incentivando à escrita e à curiosidade, pela compreensão dos balanços da vida e por sempre perguntar como estou.

À minha mãe, Alessandra, que pôde ser sempre uma válvula de introduzir humor e leveza nos períodos de mais trabalho.

A meu pai, Obadias, que me incentivou nos rumos da pesquisa e da docência.

A meu tio, Eudes, que emprestava os ouvidos à escuta atenta dos caminhos metodológicos e dissertativos que acompanharam esta pesquisa.

Aos meus amigos mais próximos, Felipe, Diego e Gabriel, por compartilharem angústias profissionais e saberem tratar a vida com a dose merecida de humor.

À minha amiga Elisa, pela revisão cuidadosa do texto.

À minha amiga Júlia Maia, pela escrita conjunta do artigo que derivou deste trabalho.

À Geovana, pelo companheirismo, cuidado e risadas enquanto escrevia as partes mais cruciais desta dissertação.

Ao Fluminense Football Club, que me ajudou a viver outras coisas que não fossem palavras, textos, artigos e citações, nas fases finais desta dissertação.

Ao professor Jeferson Paulo Nunes, que me acolheu com leveza e liberdade na disciplina de Tirocínio Docente da UCSAL, me introduzindo na carreira docente.

À FAPESB, que financiou esta pesquisa.

# O DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA

Saulo Machado Cunha

Junho / 2025

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Elaine Pedreira Rabinovich.

Área de Concentração: Interdisciplinar.

Linha de Pesquisa: Contextos Familiares e Subjetividade.

Palavras-chave: Diagnóstico; Depressão; Adolescência; Família; Psicopatologia.

Número de Páginas: 88.

## RESUMO

Ao crescimento exponencial de categorias diagnósticas no campo da saúde mental subjaz um tipo de organização, direção e administração do sofrimento que agenciam as formas dos sujeitos de lidar com suas próprias questões de ordem psíquica e emocional. Na contemporaneidade, o sofrimento psíquico tem tomado gramáticas de compreensão baseadas na pura descrição dos fenômenos, na reestruturação constante de categorias clínicas e em propostas interventivas que não deixam brechas para uma leitura dinâmica e subjetiva acerca dos fatores que determinam o aparecimento de sintomas na história de vida dos sujeitos. A maneira como se nomeia, seleciona, agrupa e categoriza sintomas está eminentemente ligada a valores socioculturais, o que determina a intrincada relação entre clínica e cultura e, portanto, expressa o valor político da clínica e de seu fazer. Sendo assim, a estratégia de nomeação preconizada pelo enfoque médico-científico influencia a subjetividade, os modos de se viver e as relações sociais, determinando a relação do sujeito com o próprio sintoma. Este trabalho se propôs a investigar as implicações na família do diagnóstico psiquiátrico de depressão em adolescentes. De abordagem qualitativa e delineamento de estudo de caso único, o objetivo deste estudo foi enfatizar a dimensão subjetiva, focalizando aspectos como as funções psíquicas e sociais, os processos de subjetivação e as mudanças nas relações familiares a partir da nomeação diagnóstica. Foi realizada entrevista conjunta com família e adolescente e os dados foram trabalhados a partir de análise hermenêutica. Identificamos efeitos subjetivos como alívio e esperança, a partir do diagnóstico, que propiciaram mudanças na relação da adolescente com seus sintomas, bem como implicações na socialização e relações familiares, estando estes relacionados não somente a nomeação diagnóstica, mas também ao tratamento, que aliou psicoterapia, diagnóstico e medicação.

# **THE DIAGNOSIS OF DEPRESSION IN ADOLESCENCE AND ITS IMPLICATIONS ON THE FAMILY**

Saulo Machado Cunha

June / 2025

Advisor: Dr<sup>a</sup> Elaine Pedreira Rabinovich.

Area of Concentration: Interdisciplinary.

Research Line: Contextos Familiares e Subjetividade.

Keywords: Diagnosis; Depression; Adolescence; Family; Psychopathology.

Number of pages: 88.

## **ABSTRACT**

The exponential growth of diagnostic categories in the field of mental health underlies a type of organization, direction, and administration of suffering that influences the ways individuals cope with their own psychic and emotional issues. In contemporary society, psychological distress has adopted frameworks of understanding based on the pure description of phenomena, the constant restructuring of clinical categories, and interventional proposals that leave no room for a dynamic and subjective interpretation of the factors that determine the appearance of symptoms in individuals' life histories. The way symptoms are named, selected, grouped, and categorized is eminently linked to sociocultural values, which determines the intricate relationship between clinic and culture and, therefore, expresses the political value of the clinic and its practice. Thus, the naming strategy advocated by the medical-scientific approach influences subjectivity, ways of living, and social relationships, determining the individual's relationship with their own symptom. This study aimed to investigate the implications for the family of a psychiatric diagnosis of depression in adolescents. With a qualitative approach and a single case study design, the objective of this study was to emphasize the subjective dimension, focusing on aspects such as psychic and social functions, the processes of subjectivation, and changes in family relationships resulting from the diagnostic label. A joint interview was conducted with the family and the adolescent, and the data were analyzed using hermeneutic analysis. We identified subjective effects such as relief and hope resulting from the diagnosis, which fostered changes in the adolescent's relationship with their symptoms, as well as implications for socialization and family relationships, these being related not only to the diagnostic label but also to the treatment, which combined psychotherapy, diagnosis, and medication.

## LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
BA	Bahia
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DNT	Doenças Não Transmissíveis
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EDAE-A	Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse para Adolescentes
EUA	Estado Unidos da América
GRID	<i>Gay-Related Immune Deficiency</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
QI	Quociente de Inteligência
OMS	Organização Mundial de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
UCSAL	Universidade Católica do Salvador

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1. O DIAGNÓSTICO “PSI”.....</b>	<b>13</b>
1.1 O diagnóstico no panorama discursivo da contemporaneidade.....	16
1.2 A exclusão do conflito: a psicopatologia descritiva e o paradigma neuronal.....	17
1.3 O Nome da Coisa: do sentido estabilizado à narração, da nomeação à polissemia.....	20
<b>2. A FAMÍLIA, O ADOLESCENTE E A DEPRESSÃO.....</b>	<b>26</b>
2.1 Do instintual ao cultural: a família antinatural e o sentimento de afeição.....	26
2.2 O adolescente, a depressão e os efeitos do diagnóstico na família.....	30
<b>3. PERSPECTIVA METODOLÓGICA.....</b>	<b>40</b>
a. Participantes.....	40
b. Instrumentos de coleta de dados.....	42
c. Procedimentos de análise de dados.....	43
d. Considerações éticas.....	44
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>46</b>
4.1 Calmaria e tempestade no (a)mar da família.....	47
4.2 Procurando motivações e explicações: a depressão entre marcas identificatórias e contexto de vida.....	55
4.3 Palmilhando desvios e bifurcações: funções sociais, psíquicas e modos de subjetivação do diagnóstico de depressão.....	61
4.4 Reencontrando o cais: nomeação, psicoterapia e medicação como coordenadas da mudança.....	66
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>71</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>80</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE).....</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO FAMILIARES.....</b>	<b>84</b>
<b>APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO ADOLESCENTE.....</b>	<b>86</b>
<b>APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO (FAMILIARES).....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICE F - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO (ADOLESCENTE).....</b>	<b>88</b>

## INTRODUÇÃO

O presente estudo nasce de inquietações que surgiram ainda na época da graduação, na qual as aulas e discussões sobre a psicopatologia do nosso tempo me deixaram curioso acerca do que é o sofrimento mental e seus diferentes modos de compreensão. De outra maneira, a questão diagnóstica, tão presente no cotidiano da clínica, provoca em mim a constante reflexão acerca de seus efeitos na vida das pessoas, seja pelo pavor e distância que causa a alguns, seja pela insistente demanda de um nome, para outros. Colocado, ainda, que do ponto de vista da prática psicanalítica a questão diagnóstica assume um modo de compreensão mais estrutural, que tensiona os saberes da psicologia e da psiquiatria, o diagnóstico assume, para mim, um enigma que me motiva a pesquisar o tema. Além disso, questões que atravessam minha análise e formação como analista passam inevitavelmente pelo tema da melancolia (sentido amplo) — mal dos escritores, obsessivos, pensadores e poetas.

A escolha por uma pesquisa de campo caminha na direção do encontro com as pessoas e a sociedade e envolve também a dimensão da escuta; para mim, essencial. Dessa maneira, o tema escolhido contempla questões que atrelam o trabalho prático (clínico) referente ao diagnóstico psiquiátrico, ao perguntar sobre os efeitos do diagnóstico de depressão no âmbito da família e do adolescente. A escolha pelo período compreendido como adolescência se deu devido a percepção social de que os jovens têm encontrado dificuldades no momento em que se deparam com a sexualidade, as demandas de produção da sociedade capitalista, a incerteza de um futuro, seja ele empregatício ou climático, e a influência do uso das redes sociais e tecnologias no laço social (Ponciano e Féres-Carneiro, 2014).

Na contemporaneidade, o sofrimento psíquico tem tomado gramáticas de compreensão baseadas na pura descrição dos fenômenos, na reestruturação constante de categorias clínicas e em propostas interventivas que não deixam brechas para uma leitura dinâmica e subjetiva acerca dos fatores que determinam o aparecimento de sintomas na história de vida dos sujeitos. É uma era de pluralização e pulverização de diagnósticos baseados em manuais estatístico-descritivos como o DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) e o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), que acabam por ditar as modalidades de nomeação do sofrimento em nossa época.

No entanto, a maneira como se nomeia, seleciona, agrupa e categoriza sintomas está eminentemente ligada a valores socioculturais, o que determina a intrincada relação entre clínica e cultura e, portanto, expressa o valor político da clínica e de seu fazer. Sendo assim, a estratégia de nomeação preconizada pelo enfoque médico-científico influencia a

subjetividade, os modos de se viver e as relações sociais, determinando a relação do sujeito com o próprio sintoma (Safatle *et al.*, 2021; Freitas e Reuter, 2021).

Este estudo trata da aplicação da categoria diagnóstica chamada depressão, amplamente reconhecida em todo o mundo como ‘o mal do século XXI’, em um período da vida marcado por atravessamentos diversos e importantes mudanças: a adolescência. Boa parte das pesquisas (Barbosa *et al.*, 2022; Horn; Costa *et al.*, 2021; Silva; Patias, 2021; Silva *et al.*, 2020) produzidas que articulam depressão à adolescência circunscrevem a lógica quantitativa; o sofrimento é mensurado por escalas e apontado em percentuais que indicam a prevalência da depressão nessa faixa etária.

Partimos da hipótese de que o diagnóstico nessa fase da vida acarreta implicações subjetivas no adolescente e na família, bem como mudanças significativas nas dinâmicas relacionais entre adolescente, família e sociedade, a presente proposta de investigação tem sua relevância na medida em que permite colocar em foco a dimensão subjetiva posta em jogo nas relações familiares, quando da atribuição do diagnóstico.

Adotamos uma concepção de família que a compreende no amplo e controverso campo da cultura, das trocas sociais e do sistema simbólico, demarcando uma descontinuidade entre o biológico e o social. A família não é algo estritamente natural e, dominada pelo fator cultural, estrutura suas características conforme as determinações sociais de uma época (Lacan, 2008). Da mesma forma que as categorias diagnósticas são produtos de determinada gramática de compreensão de sofrimento psíquico que, por sua vez, são prescritas conforme o discurso de instituições governamentais/estatais, econômicas, científicas etc., a família como instituição, isto é, como ferramenta de socialização que gerencia as trocas intersubjetivas dos sujeitos, pauta sua atividade pela influência dos discursos que emergem do laço social e pela cultura.

Sendo assim, o objetivo geral desta pesquisa é analisar os efeitos, na família, do diagnóstico psiquiátrico de depressão em adolescentes, buscando (1) identificar quais funções sociais e psíquicas este diagnóstico assume nas relações familiares, (2) investigar como acontecem os processos de subjetivação do diagnóstico entre os membros da família e (3) identificar mudanças nas dinâmicas familiares.

Para isso, se discutirá, na primeira seção deste trabalho, o diagnóstico na contemporaneidade no âmbito da literatura atual, tendo como referência autores como Vittorio Lingiardi, Vladimir Safatle, Joel Birman e Karla Sancho. Na segunda seção será apresentado e discutido o diagnóstico específico da depressão e sua recente história na psicopatologia moderna, a partir de livros como ‘O tempo e o cão: a atualidade das depressões’ da autora e

psicanalista Maria Rita Kehl, bem como o livro ‘Uma biografia da depressão’ do professor e psicanalista Christian Dunker. Ainda na segunda seção, partimos para a discussão da família na contemporaneidade a partir de autores como Lacan e Lévi-Strauss e apresentamos como alguns estudos atuais compreendem a adolescência (ou adolescências), articulando-a com o saber psicanalítico. Por fim, são apresentados, por meio de revisão de literatura, os achados de estudos recentes que articulam o tema da depressão em adolescentes e suas implicações na família.

Tais discussões não visam esgotar os temas e, ao contrário, buscam mais introduzir e localizar o leitor, bem como servir de base de apoio para a discussão subsequente, a saber, a análise daquilo que foi escutado na entrevista com a família e o adolescente, acerca do efeitos do diagnóstico de depressão.

É necessário dizer que este estudo, aqui articulado com o saber da psicanálise, não se propõe a ser um estudo psicanalítico, em sentido estrito. A psicanálise é aqui colocada como mais um saber dentro do *hall* de saberes psi e serve ora como ponte e laço, ora como contraponto e reflexividade crítica.

A metodologia compreende estudo de caso único, de viés qualitativo, sendo realizada entrevista semiestruturada para coleta de dados. Foram entrevistadas uma adolescente e uma familiar, sua mãe. Os dados foram analisados conforme análise hermenêutica, que implica a óptica dos envolvidos no fenômeno e considera a subjetividade do intérprete-pesquisador. Os procedimentos éticos foram seguidos à rigor, sendo aprovados previamente pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Católica do Salvador.

A seguir, será apresentada a primeira seção do trabalho, onde é discutido o panorama discursivo do diagnóstico na contemporaneidade.

## 1. O DIAGNÓSTICO “PSI”

Uma das causas mais comuns de todas as doenças é o diagnóstico.

- Karl Kraus

Neste capítulo, preocupamo-nos em discutir a racionalidade diagnóstica no campo da saúde mental, bem como debater as bases epistemológicas utilizadas em psicopatologia que fundamentam majoritariamente a clínica psiquiátrica atual. Identificamos quatro pontos de discussão a serem aprofundados, sendo eles (1) a intrínseca relação entre a clínica, a política e o discurso econômico; (2) uma racionalidade clínica baseada na psicopatologia descritiva; (3) a exclusão do paradigma do conflito psíquico em prol de uma explicação neuroquímica e; (4) um sentido estabilizado de diagnóstico.

Os conceitos de saúde/doença são interligados, impermanentes e intimamente relacionados à sociedade e à cultura. A definição de saúde não é universal — ela varia conforme período histórico, local, classe social, etnia, gênero, e é influenciada por valores pessoais, bem como por concepções filosóficas, científicas e religiosas (Illich, 1975). O modelo vigente na compreensão dos fenômenos no âmbito da saúde e doença nasce no decorrer do renascimento científico do século XIX, se consolidando no século XX como paradigma biomédico. Segundo Foucault (1984), que examinou a evolução histórica da medicina, o controle social sobre os indivíduos era exercido por meio do corpo e com o corpo, refletindo a importância da biopolítica no sistema capitalista. Nesse contexto, o corpo tornou-se uma realidade política e a medicina uma estratégia para gerenciar essa realidade. Conforme Illich (1975, p. 09), “ao ortopedizar a consciência corporal, reproduz o *homem assistido* até nessa área íntima”.

Na segunda metade do século XVIII, os hospitais passaram a ser o principal local de sistematização da experiência clínica, de onde emergiu a noção de salubridade e higiene pública, o que, segundo Foucault (1984a), transformou a nosopolítica. Esse período, marcado pelo mercantilismo e o advento do capitalismo (e, portanto, o entendimento do corpo enquanto força de trabalho) trouxe um novo foco na prevenção de doenças e na saúde enquanto responsabilidade individual, conferindo ao médico uma autoridade crescente sobre a sociedade. Foucault (1984) descreve esse processo como medicalização hospitalar: o foco volta-se para o conhecimento da doença, gerando o desenvolvimento de procedimentos como observação, registro, normalização e controle, fundamentais para a sistematização do conhecimento médico e a consolidação do modelo científico moderno.

Foucault (1984) destrincha como a medicina social serve enquanto estratégia biopolítica, que tem como objeto o funcionamento de uma população, armazenando dados sobre o estilo de vida, formulando ideais de funcionalidade, catalogando e segregando corpos e, por fim, produzindo narrativas por meio do conhecimento técnico-científico.

Com Foucault (1984), pode-se dizer que o biopoder, antes ligado à sanitização pública e à higienização, operando o controle social em nome da salubridade urbana, adquiriu uma nova proporção com a expansão das ciências médicas e sua forma de consolidação foi o que podemos chamar de biopolítica. Diretamente relacionada ao sistema econômico, a biopolítica, atualmente, baseia-se no ideal do bem estar, onde a saúde é um valor supremo e máximo a ser alcançado, haja vista a concepção de saúde segundo a OMS, que idealiza um completo bem-estar biopsicossocial. A partir do desenvolvimento de tecnologias de rastreamento e diagnóstico, a experiência de estar em risco de doença transformou-se na doença em si, gerando o fenômeno da medicalização e tratamento precoces. Segundo Lingardi (2021), o avanço científico com suas descobertas e tecnologias têm mudado silenciosamente nossa relação com o diagnóstico: “não mais o nome de ‘algo que tenho’, mas de ‘algo que terei’” (p. 13). Para Illich (1975, p. 14): “Enfermidade, impotência, angústia e doença provocadas pelo conjunto de cuidados profissionais constituem uma epidemia mais importante do que qualquer outra, e não obstante a menos reconhecida”.

Diagnosticar é um ato clínico (do grego *klíno*, inclinar-se) estabelecido ao longo da história humana para nomear, classificar e promover com o tratamento adequado aquilo que se desajusta, que dói e/ou incomoda o corpo. Diagnosticar é também nossa maneira de dar sentido, de se familiarizar, identificar, de agrupar sinais e sintomas que indicarão possíveis tratamentos. Uma palavra que “modifica o rumo de nossas vidas” (Lingardi, 2021, p. 7) e que não se restringe à adequação do paciente à nosologia ou vice-versa.

Lingardi (2021), em seu livro ‘Diagnóstico e Destino’, comenta que muito já se escreveu sobre doenças e estar doente, mas pouco se fala sobre diagnósticos e ser diagnosticado: “menos ainda sobre autodiagnosticar-se, sobre cibercondríacos exploradores do corpo e de seus sintomas” (p. 14). Para se ter uma ideia do quanto a palavra ‘diagnóstico’ tem circulado no laço social e o quanto os transtornos mentais passaram a fazer parte da vida cotidiana, basta considerar que ao longo dos últimos 70 anos o manual diagnóstico mais utilizado em psiquiatria passou de 106 diagnósticos em 1952 (APA, 1952) para mais de 300 em sua última versão, o *DSM-5-TR* (APA, 2013). Autores como Welch, Schwartz e Woloshin (2008) chegam a falar em “epidemia de diagnósticos” e segundo McGrath, J. J. *et al.* (2023), metade da população terá um transtorno de saúde mental até os 75 anos.

Não é indiferente que para os profissionais clínicos de diversas áreas uma questão bastante contemporânea se imponha: neste século, estamos adoecendo mais? Nossa *práxis* dispõe de mais tecnologias e meios para identificação e diagnóstico de doenças ou nos tornamos *experts* em classificar/taxonomizar doenças e/ou transtornos? Enfim, estamos mais doentes ou mais ágeis em dar nome às coisas?

Como qualquer outra palavra, ‘diagnóstico’ carrega uma história e se entrelaça na trama de sentidos e significações imbricadas ao laço social e seu imaginário. Segundo o dicionário Houaiss (2001), diagnóstico é “taxonomia de uma doença” e também “o processo desenvolvido para identificar e localizar a doença dentro dessa taxonomia”. No dicionário Dicio Online (2023), encontra-se também: “determinação de uma doença a partir da descrição de seus sintomas e da realização de diversos exames”; e “procedimento através do qual o médico faz exames, durante a consulta, buscando encontrar a razão e a natureza da afecção, da doença”. Em sua etimologia, a palavra vem do grego ‘conhecer através’, indicando a ideia de um procedimento. Estas são definições mais gerais e estáveis que podemos encontrar atreladas à palavra diagnóstico ao longo do tempo.

Se apresentamos as definições mais gerais e estáveis aceitas contemporaneamente, isso não significa que se compreende, aqui, o diagnóstico como algo estanque no tempo e livre de implicações históricas e sociais. Ao contrário, partimos do pressuposto de que as significações atribuídas ao diagnóstico e ao ato de diagnosticar estão condicionadas às condições de produção sociais, discursivas, históricas, econômicas, políticas, científicas etc. Para Sancho *et al.* (2019, p. 4) “é também na memória discursiva, e na relação de forças, que algum(ns) sentido(s) se faz(em) estável(is) e evidente(s)”. Um exemplo disto é pensar que o que hoje se conhece como AIDS foi primeiro classificada como *Gay-Related Immune Deficiency* (GRID). Tomada como exclusiva de um grupo social (os ‘loucos’, as ‘histéricas’), a nomeação diagnóstica muitas vezes implica uma história de estigmas e opressão que o incorporam como categoria moral subserviente à modos de violência estruturais no interior da sociedade.

Ao longo da história da psiquiatria, diagnósticos que atestavam ‘doenças mentais’ eram o alibi necessário para afastar da vida social todos aqueles que questionavam os ditos valores tradicionais e/ou se opunham a determinados regimes de vida. A regulação estrita dos modos de prazer, configurações familiares estanques e imagens idealizadas de instituições sociais como o casamento, a religião e trabalho montavam certo imaginário do que é ser e estar no mundo da forma ‘correta’, e muitas vezes o saber médico-científico era o carimbo necessário à imposição de determinado sistema moral. É quando, propriamente, o diagnóstico

não se diferencia de uma “categoria sociomoral habitada por metáforas punitivas” (Lingiardi, 2021, p. 26). Como se, para cada loucura, para cada idiossincrasia, existisse um nome para extraditar a estranha diferença e salvaguardar o social de desejos indizíveis.

De todo modo, há diagnósticos vazios de evidência, políticos, preconceituosos, temidos, procurados, negados, aumentados, apaziguantes, coloniais, cômodos etc. Mas que, quando sai da boca de um médico, especialista ou mesmo de um questionamento despretenso de um amigo, o diagnóstico é um impacto com uma palavra capaz de mudar o curso de uma vida e é, sobretudo, “um momento decisivo para o conhecimento de si” (Lingiardi, 2021, p. 7).

No próprio uso da linguagem cotidiana pode-se notar palavras que, impronunciáveis, pairam como fantasmas e evocam mitologias pessoais e/ou coletivas muitas vezes associadas a sentimentos como medo, aversão e nojo. Pronunciar a palavra que dá nome à doença pode produzir efeitos significativos na relação consigo mesmo e nas relações com os outros.

Assim, pensar a questão diagnóstica está muito além da crença de que a nosologia e a ciência taxonômica espelham com suas entidades clínicas e abstratas uma verdade do mundo natural. Ao contrário, categorias, diagnósticos, entidades clínicas são produzidas socialmente, agenciadas por discurso x ou y, como fica claro, por exemplo, nas grandes convenções em torno da produção dos manuais diagnósticos, que provocam debates e negociações acerca de critérios do que é normal e patológico (Rosenberg, 2002).

A fim de aprofundarmos a questão do diagnóstico como participante implícita ou explícita do jogo de poder que permeia a sociedade, o tópico subsequente aborda o diagnóstico como política, na medida em que se articula com a clínica e o seu fazer.

### **1.1 O diagnóstico no panorama discursivo da contemporaneidade**

O diagnóstico no campo da saúde mental articula categorias morais e psicológicas que acompanharam a ascensão do discurso neoliberal desde os anos 1970, em que se observou a reconstrução das categorias clínicas e se configurou com características como “[...] o apagamento das neuroses, a hegemonia da depressão, a redução da psicose à forma unitária da esquizofrenia [e] a consolidação dos transtornos borderline [...]” (Safatle *et al.*, 2021, p. 2).

Ao crescimento exponencial de categorias diagnósticas no campo da saúde mental subjaz um tipo de organização, direção e administração do sofrimento que agenciam as formas dos sujeitos de lidar com suas próprias questões de ordem psíquica. É preciso marcar que não se faz diagnóstico sem determinada compreensão psicopatológica que orienta a direção do tratamento. Nesse nível, o diagnóstico é ou pode ser a estratégia de uma política.

Cabe perguntar: o que acontece com a compreensão diagnóstica no campo da saúde mental na contemporaneidade e quais os efeitos desta compreensão nos modos como os sujeitos lidam com o sofrimento?

Em relação ao diagnóstico na contemporaneidade, é a tradição de Galeno, da escola médica grega sicílico-cnídica — que ressaltava os aspectos orgânicos da doença e sua localização no corpo e que primeiro tratou de nomear e tipificar as doenças, chegando a cunhar o termo ‘diagnóstico científico’ — aliada à influência Mercantilista estabelecida no Renascimento — na qual o médico passou a fazer uso das classificações ajustando o paciente à ela e com generalizações da aplicação — que hoje sustenta de modo hegemônico nossa compreensão do diagnóstico atrelado à prática clínica (Balint *et al.*, 2006; Biggart, 1971; Sancho *et al.*, 2019).

Além disso, o que antes se restringia ao tratamento de doenças, hoje se expande à lógica do *enhancement*, aquela do aprimoramento (eterno) de si, da potencialização das performances e da introjeção da exploração como auto realização (Safatle *et al.*, 2021; Han, 2015). O panorama discursivo que captura nossos modos de pensar a clínica e suas categorias diagnósticas perpassa um sistema de valores sociais, exteriores à clínica, e tem se expressado conforme uma lógica econômica (Safatle *et al.*, 2021). Segundo Safatle *et al.*, (2019, p. 3), isso se traduz numa “política para nomeação do mal-estar e por uma estratégia específica de intervenção com relação ao estatuto social do sofrimento”. Deste ponto de vista, política e clínica se articulam na medida em que a clínica está fundamentada em princípios e orientações que resguardam certo modo de compreensão do sofrimento psíquico, bem como certa pragmática acerca do que fazer com ele.

Sendo assim, é preciso apontar quais direções a psicopatologia tem tomado no interior do discurso científico e seus efeitos na vida social, de modo a evidenciar o jogo de interesses políticos, econômicos e sociais que possivelmente sustentam práticas clínicas nas quais se baseiam. Neste ponto, questionamos se a clínica e o campo das práticas de cuidado em saúde mental oferecidas hoje implica um horizonte de emancipação ou alienação dos sujeitos acerca do sofrimento psíquico.

A seguir, apresentamos a discussão acerca dos horizontes que orientam as práticas clínicas e compreensões psicopatológicas e/ou diagnósticas, subdividida em dois tópicos.

## **1.2 A exclusão do conflito: a psicopatologia descritiva e o paradigma neuronal**

Assumimos que explorar o debate atual sobre os paradigmas de compreensão psicopatológica pode auxiliar na contextualização da experiência do sofrimento psíquico

dentro das relações sociais. No mundo ocidental contemporâneo, concebemos as alterações no campo da vida psíquica e/ou emocional como manifestações de um transtorno mental e a nomeação de um estado de afetação adquire função imaginária e simbólica no campo das relações humanas.

Atualmente, a psicopatologia hegemônica é a psicopatologia descritiva, preocupada em descrever e classificar os fenômenos (sinais e sintomas). Autores como Leal *et al.* (2006), apontam uma desconexão da forma como a psicopatologia descritiva é usada em relação às suas bases epistemológicas: se ora ela foi concebida englobando significados pessoais e da experiência subjetiva, na prática, o indivíduo é tomado de forma isolada; possui o foco na presença ou não dos sintomas; a sintomatologia é tomada como prejudicial e faz referência a padrões de normativos; dissocia a crise do tratamento e; parte de intervenções *standard's* e/ou protocolares.

Ao longo do século XX, a psiquiatria norte-americana começa a se diferenciar de muitas tradições e valores que compartilhava com a psiquiatria européia, inicialmente fundamentada em princípios psicanalíticos. Na década de 60 e 70, estudos como o *US-UK Study* e o *International Pilot Study of Schizophrenia* alegavam que a ênfase psicodinâmica havia ido longe demais, resultando em imprecisão diagnóstica e avaliação inadequada dos sinais e sintomas da psicopatologia. Nesse contexto, foi desenvolvido o DSM-III, sob a liderança de instituições como a Universidade de *Washington* e *Iowa* (Andreasen, 2007).

Embora os criadores originais do DSM-III reconhecessem que o manual representava uma tentativa que melhor pudesse representar um sistema diagnóstico conforme as discussões internacionais ao invés de uma ‘verdade absoluta’, o manual começou a receber total autoridade nos programas de treinamento e nos sistemas de atendimento à saúde. Desde a publicação do DSM-III em 1980, há um declínio constante no ensino de uma avaliação clínica cuidadosa que, enriquecida por um bom conhecimento geral de psicopatologia, não está preocupada com os problemas e contexto social do indivíduo. Os estudantes são ensinados a memorizar o DSM em vez de aprender com os grandes psicopatologistas do passado.

Há razões bastante evidentes para isso: os sintomas específicos do diagnóstico foram retirados do contexto de suas descrições e da história de vida do paciente e o DSM passou a ser utilizado como um manual didático de psiquiatria, o que distorceu a formação dos estudantes ao reduzir as doenças mentais a meras listas de sintomas, eliminando a história da doença e suas manifestações. O resultado disso é a compreensão hegemônica da psicopatologia contemporânea, na qual, aliada às descrições dos sintomas, há o pressuposto de uma origem biológica do sofrimento e mal-estar.

As neurociências e a psicofarmacologia fazem parte da construção de um discurso que deseja a todo custo admitir a psiquiatria na potencialidade científica da medicina através (e exclusivamente) de uma base biológica necessária para legitimá-la, não só como ciência médica, mas como especialidade médica (Birman, 1999). Sendo assim, a interpretação psicopatológica é eminentemente redutível ao funcionamento cerebral e “representado numa linguagem bioquímica” (Birman, 1999, p. 40).

Alinhada a essa perspectiva, está a lógica do *enhancement* em que elevados padrões de produtividade fazem o sujeito interpretar sua experiência psíquica nos termos da binariedade suficiência/insuficiência, nas quais seu cérebro está ajustado/desajustado. Byung Chul-Han (2018) chamou de “violência neuronal” esta comparação em que o sujeito se autoexplora, autorealiza e autodestrói.

O problema deste tipo de compreensão do mal-estar é que este tende a encobrir os conflitos subjacentes a toda e qualquer relação humana, a individualizar questões sociais (o problema não está, por exemplo, no hipercapitalismo e seus modos extenuantes de produção, mas no sujeito que não o acompanha), e a tamponar a possibilidade do sujeito de subjetivar sua história. Nesse modelo, a dimensão narrativa, relacional e ética ficam subestimadas ou mesmo elididas do tratamento. Excluída a dimensão do conflito psíquico, o sujeito tende a alienar-se em um discurso de que o seu sofrimento é ineficaz, improdutivo, inútil: é um *déficit* a ser corrigido pelo fármaco.

Uma psicopatologia que se interessa somente pelos sintomas e síndromes constitui seus parâmetros em torno do psicofármaco e não possui em seu horizonte a etiologia do transtorno/doença:

Neste novo recorte, operado pela medicina clínica, é o medicamento, como instrumento supostamente “eficaz” sobre um conjunto articulado de sintomas, que passa a ser a referência maior para a *nomeação* e a *construção* da síndrome. A etiologia passa, neste novo contexto, a ocupar um lugar secundário. Os modernos textos de clínica médica desde os anos 70 e 80, são já construídos nesta moderna orientação metodológica. Enfim, as diferentes modalidades de mal-estar corpóreo são delineadas e classificadas como síndromes, se fundando para isso na ação terapêutica do medicamento, constituindo-se, pois, uma outra concepção nosográfica (Birman, 1999, p. 42, grifo do autor)

Se a psicopatologia utilizada para compreensão dos fenômenos psíquicos muda, a racionalidade clínica também muda e, portanto, o fazer diagnóstico. Noções transversais em psicopatologia como a temporalidade também ficam implícitas e mesmo subjugadas no paradigma contemporâneo; o passado da anamnese e o futuro do prognóstico são tratados de forma secundária, já que a funcionalidade sobrepõe a etiologia. Isto muda o sentido da

racionalidade clínica que passa da cura à regulação do mal-estar (Birman, 1999). Portanto, a clínica também passa por uma reconsideração de paradigmas, fazendo passar a lógica do conflito para a lógica cerebral, trocando desejos, ideais, fantasias e modos de relação pela explicação neuronal.

Neste ponto, ao modo de uma conclusão, a maneira como se toma o diagnóstico e o sofrimento psíquico situa-se num lugar chave para as coordenadas do tratamento, de maneira que podemos perguntar: o diagnóstico tem ocupado um lugar de alienar o sujeito a certo discurso sobre seu sofrimento e mal-estar ou pode abrir espaço para que este possa estar um pouco mais localizado acerca de suas questões e conflitos? Tais efeitos caminham na direção de uma cronificação do sofrimento, de uma estabilidade imaginária exposta no binômio suficiência/insuficiência ou abrem a possibilidade de mudança nas relações e no modo de se viver?

Considerando as questões acima apresentadas, apresentaremos, a seguir, a posição frente ao diagnóstico aqui preconizada e suas implicações na prática clínica. Além disso, se discutirá também as implicações, impactos e/ou efeitos da nomeação diagnóstica, em par aos objetivos deste trabalho.

### **1.3 O Nome da Coisa: do sentido estabilizado à narração, da nomeação à polissemia**

Citando Jaspers, Lingardi diz que o diagnóstico “deveria ser um tormento” (2021, p. 31). Na contramão do que se tem observado em termos da exponencial produção de diagnósticos nos últimos anos, a posição do psiquiatra Jaspers provoca-nos a repensar a relação com o diagnóstico e a partir do diagnóstico. Definitivamente, o diagnóstico hoje é marcado pela banalização, que tende a colocá-lo mais ao lado de um conjunto de identificações em torno de determinadas características do que uma preocupação clínica com a nomeação (ou não) do sofrimento psíquico.

Lingardi (2021) compreende que o tormento, do lado do clínico, diz respeito à capacidade de sustentar uma “posição incômoda” (p. 31) entre o impacto do diagnóstico e a capacidade do paciente de conhecê-lo. A preocupação de Lingardi recai sobre o momento em que o diagnóstico é dado ao paciente e quais os efeitos desta nomeação. Isto parece crucial pois entendemos aqui que o diagnóstico pode ser tanto fim quanto meio.

Citando o médico italiano Giorgio Bert (1933-2022), um dos fundadores da *Slow Medicine* na Itália e que tratou sobretudo de estudar a comunicação médico-paciente e questões sobre o raciocínio clínico, Lingardi (2021) comenta:

[...] Bert nos ajuda a lembrar as tantas, muitas vezes convenientes, posições e identidades do paciente: sou aquele que quer saber o diagnóstico, sou aquele que não quer saber o diagnóstico; sou aquele que sabe, mas que não quer ouvir pronunciarem o nome; sou aquele que gostaria de ser acarinhado e consolado; sou também aquele que gostaria de ser tratado como adulto e pessoa forte; sou aquele que gostaria que o médico decidisse por ele; sou também aquele que quer que o médico respeite suas ideias e convicções, e o trate de igual para igual (Lingiardi, 2021, p. 30).

A maneira como o paciente interpreta o diagnóstico produz efeitos sobre como este irá lidar com o tratamento. Se o diagnóstico é logo integrado como fazendo parte de uma personalidade, de certo modo de ser, e explica uma série de fenômenos que ocorriam, mas não encontravam explicação, o diagnóstico talvez surja como alívio. O risco de uma posição como essa é que uma identificação é também alienante: o sujeito acredita que descobriu uma resposta para o seu Ser, e corre o risco de passar uma vida explicando suas idiossincrasias a partir de uma generalização nosográfica; a síndrome, o transtorno.

De outro modo, o diagnóstico pode significar uma ruptura, marcar um antes e um depois, dividir o sujeito a ponto de empurrá-lo na direção de uma implicação com a vida; instaura uma crise que abre a possibilidade de ressignificações diversas. Um exemplo comum é pensar em pessoas que ao receberem o diagnóstico de uma doença grave mudam completamente de vida: viajam, trocam de emprego, mudam de cidade, se divorciam etc.

Um outro exemplo para pensar tais posições frente a um diagnóstico é refletir sobre como as pessoas tendem a atribuir sentido ao que lhes acontece no corpo. Uma taquicardia pode ser tomada como o início de uma crise de ansiedade, de pânico ou como efeitos de uma xícara de café. Nesse sentido, uma crise de ansiedade pode ser interpretada como parte constituinte da personalidade da pessoa (“sou ansiosa”) ou pode convocá-la a pensar sobre o por quê ela sente o que sente, em quais momentos, o que está em implicitamente em jogo em sua relação com os outros e com o mundo que a faz produzir tais sintomas e, principalmente, o que ela pode fazer com isso. Na primeira, a generalidade da nosografia eclipsa o sujeito, na segunda, tem-se uma chance para que o sujeito possa falar por si mesmo e sobre si mesmo.

É preciso destacar que a relação que se estabelece com o diagnóstico é mais importante do que o diagnóstico em si. Nessa direção, implicamos o diagnóstico e

seu sentido estabilizado que sustenta o processo de medicalização presente de forma marcante na sociedade atual: um nome de doença implica um nome de remédio para curar essa doença diagnosticada (Sancho *et al.*, 2019, p. 4).

Entende-se que este “sentido estabilizado” do diagnóstico na contemporaneidade corresponde a lógicas de alienação do sujeito acerca do seu sofrimento psíquico, cronificando estados de mal-estar ao tratá-los somente como uma desregulação bioquímica.

Sustentamos aqui uma posição ética distinta frente ao diagnóstico, seguindo as indicações dos autores Sancho *et al.* (2019, p. 5):

Aderimos a uma das interpretações vigentes sobre o funcionamento do diagnóstico que é o de tomá-lo como uma narração. No diagnóstico, o médico narra alguma coisa do paciente. E narra também alguma coisa de si – uma vez que só pode falar do paciente a partir de seu olhar – afetado já pelo olhar do outro sobre si e sobre ele. Filiamo-nos a uma formação discursiva hipocrática, em que diagnosticar é “conhecer através”: através de um olhar, de uma relação, de um acontecimento na clínica que não passa, necessariamente, por nomear uma doença. Na narrativa, o médico pode assumir o papel de autor, o de leitor, ou de ambos. O autor é responsável pelo texto. O leitor é responsável por fazer o texto público, ele o lê. Essa autoria/leitura é, para nós, a construção de um espaço de relação entre o médico, o paciente e seu entorno: conhecimento compartilhado, laço, responsabilidade pelo processo de estabelecimento da saúde na prática clínica. Diagnosticar não é somente dar nome a uma doença, mas estabelecer uma relação ética na direção de um conhecimento compartilhado que institui condições de produção para que o paciente se encontre em uma posição saudável, sendo a referência do que é saudável construída na prática clínica de acordo com as possibilidades e sentidos compartilhados (Sancho *et al.*, 2019, p. 5).

Consideramos que a posição apresentada pelos autores acima: (1) implica o fazer clínico apontando que o diagnóstico é construído através de uma relação; (2) que essa relação deve criar condições de produção de uma posição saudável; (3) levando em consideração que ‘saudável’ é a condição singular dos próprios fatos, dados e referências na relação estabelecida.

A perspectiva acima destacada encontra articulações também com o que Lingiardí (2021) chamou de “medicina narrativa”, que é a tentativa de articular “o maravilhoso arsenal técnico-diagnóstico da medicina moderna com a experiência humana da doença” (p. 49). Tal disciplina seria uma postura, uma ética, que convoca competências relacionais do médico e o põe em lugar de escuta da narrativa do paciente naquilo que ela abarca de significados, crenças, mitologias singulares e a própria relação com a doença (Lingiardí, 2021).

No campo do sofrimento psíquico, tal perspectiva preconiza que o profissional tenha em vista que é o sujeito quem melhor pode dizer sobre o que lhe acomete e por mais que colocar em palavras o que acontece não seja tarefa fácil, têm-se em vista que ao menos o espaço para que algo possa ser dito e escutado se estabeleça na relação com os profissionais desta área. Consideramos que essa direção desloca a posição de cuidado e de saber: de cuidado, porque os pacientes passam a ser sujeitos de cuidado e não somente objetos; de saber

porque o profissional, não tão seguro acerca de seu conhecimento sobre o que acomete o paciente, deixa espaço para que o paciente possa subjetivar seu sofrimento, não somente pela via científica-diagnóstica, mas também pelo o que ele encontra de engodo, falta de palavras, conflitos e incertezas sobre si e sobre sua vida. Deslocar-se dessa posição de saber e cuidado é propriamente sustentar a “posição incômoda” defendida pelo Lingiardi (2021, p. 31).

Enquadrado pela nosologia biomédica, a abordagem padrão do sofrimento psíquico sugere que a cura ou o controle da condição está diretamente vinculada aos critérios diagnósticos e à terapêutica padronizada correspondente. Isso pode levar a um modelo de atendimento que, muitas vezes, reduz a anamnese do paciente a uma mera queixa e a conduta médica a uma prescrição do medicamento, sem uma consideração mais profunda do diagnóstico em si (Sancho *et al.*, 2019).

Apesar de o diagnóstico ser definido como uma referência necessária para condução de tratamentos, a experiência e o discurso contemporâneo, embasados pelo pressuposto de certa generalização nosológica, a ideais de saúde universais, ao empuxo à evidência e à biologia tem costumeiramente colocado o diagnóstico como horizonte de uma clínica apoiada na estrita redução e/ou desaparecimento dos sintomas.

Do ponto de vista de um consenso internacional sobre transtornos/doenças que acometem a humanidade, nosologias descritivas são as mais bem ajustadas às estatísticas, elaboração de políticas de saúde, planos de ação e conscientização acerca de doenças etc, permitindo à comunidade científica certo senso de coesão, planejamento e estratégias. É certamente impossível pensar em programas de saúde mental pública sem uma mínima sistematização sobre o que é e como se manifesta o sofrimento mental. No entanto, a forma de narrar como e porque sofremos está diretamente relacionada aos modos como sentimos e enfrentamos o sofrimento. E, se o paradigma funcional-descritivo nos serve ao modo de uma coesão prática e cotidiana do fazer clínico, esta não pode encerrar-se aí.

Se é verdade que no último século as doenças como entidades se tornaram mais bem definidas e plausíveis, bem como justificam intervenções terapêuticas pré-determinadas (Rosenberg, 2002), no campo do sofrimento psíquico entendemos que a construção diagnóstica caminha na direção de uma relação pautada na singularidade. Consideramos que os transtornos descritos nos manuais e tratados não coincidem com o sofrimento apresentado cotidianamente nas clínicas e serviços de saúde, e que a realidade clínica é mais discursiva do que algorítmica (Lingiardi, 2021).

Em análise histórico-ideológica, Sancho *et al.* (2019) indicam que o modelo de “atendimento queixa-conduta” silencia a própria formulação do diagnóstico. Mais que isso, a

direção do tratamento sucumbe na trilha do fármaco e o nome do transtorno (classificação) substitui o ‘conhecer através’ (sentido etimológico de ‘diagnóstico’), a narração singular que daria abertura à experiência do paciente.

[...] este é o ponto nodal de nossa compreensão: este ‘outro’ que se instala no lugar da autoria/leitura do diagnóstico, tal como viemos definindo o que entendemos como diagnóstico – o conhecer através – é o fármaco (Sancho *et al.*, p. 7).

A prescrição do fármaco, nesse contexto, torna-se o novo “autor/leitor” do diagnóstico, o que reitera a leitura biológica preconizada pela medicina e suprime a importância da relação profissional-paciente na construção diagnóstica.

As autoras tocam num ponto-chave que dialoga com a posição aqui defendida dentro do campo: a problemática não se justifica em torno do diagnóstico em si mas sim na redução deste ao nome de uma doença. No limite, o fármaco se igualou ao diagnóstico e “metaforiza a saúde” (2019a, p. 8) na medida em que restringe a prática clínica e a responsabilidade profissional à prescrição, e as necessidades do paciente, ao remédio. Esse modelo de atendimento pauta-se na história política do diagnóstico que tende a se fechar dentro da formação discursiva biomédica.

É crucial reconhecer que o diagnóstico, antes sinônimo de simplificações e estigmas, pode ser tomado como um “momento de conhecimento e encontro” (Lingiardi, 2021, p. 124) e que é impossível conduzir processos na clínica sem um horizonte de alguma diagnóstica, seja ela mais pragmática, subjetiva ou estrutural.

Diagnosticar ou não também refere-se à capacidade do clínico de reconhecer o que o paciente precisa nos termos daquela relação e história de vida singular. Há pacientes em que é crucial dar um nome à coisa, permitindo que ele possa saber que outros têm um problema semelhante ao dele; o diagnóstico faz laço social. De outro modo, é importante estar atento se o diagnóstico pode vir a significar mais um nome na esteira dos rótulos que ele recebeu durante a vida e, portanto, acabar assumindo uma função contrária a direção do tratamento.

Nesse sentido, trata-se de ressaltar a potencialidade de sua polissemia, isto é, implicar uma série de processos subsequentes, bem como ressaltar a questão da função do diagnóstico dentro de uma determinada relação e história singular dos sujeitos (Sancho *et al.*, 2019). Assim, caminhamos na direção de um diagnóstico que tenha em vista a funcionalidade e singularidade de seus efeitos. Um dos objetivos desta pesquisa é investigar os efeitos do diagnóstico de depressão em adolescentes nas relações familiares, propriamente, a polissemia do diagnóstico.

Nesta seção, propusemo-nos a discutir as implicações da abordagem diagnóstica na contemporaneidade sem o objetivo de esgotar toda a potencialidade de discussão acerca do tema. A discussão pautou-se em três eixos, quais sejam: a política, a psicopatologia e a racionalidade clínica. Agora, apresentaremos a concepção de família preconizada neste estudo, bem como a discussão teórica referente aos efeitos na família do diagnóstico de depressão em adolescentes.

## 2. A FAMÍLIA, O ADOLESCENTE E A DEPRESSÃO

### 2.1 Do instintual ao cultural: a família antinatural e o sentimento de afeição

“[...] o lugar da família está ligado à língua que falamos, quero dizer, que falar, falar numa língua já é dar testemunho de um laço com a família”

(Miller, 2006).

Íntimo, trivial, comum. Estes são alguns sentidos do termo ‘familiar’ que aparecem nos dicionários. Falar de família ou de sentimento familiar muitas vezes está relacionado a um imaginário de intimidade, segurança e aconchego. Mas tratar da família como um valor em si, sem história, como se a inclinação a imagem de uma família bem relacionada, na qual os afetos amorosos que circulam entre os membros fosse algo atemporal e inscrito nos genes, pode ser desejar fixar a família em uma pretensa naturalidade que carrega, sobretudo, uma premissa moral intimamente relacionada ao contexto cultural.

Durkheim (1999) nos apresenta uma concepção de família que pouco se relaciona com a biológica consanguinidade:

Costuma-se crer que exista na consanguinidade uma causa excepcionalmente poderosa de aproximação moral. Mas tivemos a oportunidade de demonstrar que ela não tem, em absoluto, a extraordinária eficácia que se lhe atribui. A prova que está em que, num sem-número de sociedades, os não consanguíneos são muitos no seio da família; o parentesco dito artificial se contrai então com grande facilidade e exerce todos os efeitos do parentesco natural (Durkheim, 1999, p. 23)

Para o sociólogo, a família é um grupo de indivíduos que foi aproximado uns dos outros pelo que compartilham como sentimentos, ideias e interesses, sendo a consanguinidade somente um fator que facilita e inclina os sujeitos à partilha de interesses e necessidade de união.

Sendo assim, a família não se estabelece pela condição de reprodução acessível aos mamíferos *per se*. Não há nada de universal na família e é preciso considerá-la um fenômeno recente, nascida no contexto ocidental moderno (Foucault, 1977; Duarte, 1994). O que se pode considerar universal é o fenômeno do parentesco, já que institui o vínculo social na condição natural (Lévi-Strauss, 1982). É desse modo que a consanguinidade se abre à afinidade, mas somente na medida em que a troca social como tal já se estabeleceu na cultura; e para se dizer que os vínculos de parentesco configuram uma ‘família’ foi preciso que condições históricas, sociais e culturais produzissem-na como tal.

Não é sem motivo que Durkheim apresenta a família como “*la foyer par excellence de la moralité*” (Ibid. p. 23). A família é o foco ou, como se pode traduzir também, o lar da moralidade. Daí a impossibilidade de pensar a família apartada da vida social e das

conjunturas que a produzem. A moral só pode ser pensada como um sistema de valores engendrada no interior das trocas sociais que se gerenciam com base na conveniência, na bondade, no costume, na abnegação, no Direito, na lei divina etc. Nem família nem moral podem ser colocadas como fatos naturais ou como fenômenos em si. Dizer que a família é o lar da moralidade é colocá-la na função social de introduzir o indivíduo ao pacto social e seus limites, bem como reconhecê-la como mediadora dos afetos e emoções que circulam em seu interior.

Antes do surgimento da sociedade industrial, a família estava misturada à comunidade. De certa maneira, a família era a comunidade: a hierarquia difundia-se sob a lei comum, a criação das crianças dividia-se por todo o espaço social e os modos de relação não se pautavam na coabitação e intimidade. O valor social que regulava as relações estava baseado na linhagem, que estabelecia os direitos de sucessão e gerenciamento do patrimônio que concentravam na figura do pai o poder e o direito sobre a vida e morte dos outros membros da família (Ponciano e Féres-Carneiro, 2003).

A Modernidade transformou o estatuto social da criança, que passou a adquirir o *status* de infância, mudando a percepção da família burguesa sobre seus próprios modos de constituição, cuidado e criação (Ariès, 1986). Nesse sentido, Ponciano e Féres-Carneiro (2003, p. 60) colocam:

O ‘sentimento de família’ nasceu simultaneamente com o ‘sentimento de infância’: com o objetivo de melhor cuidar de suas crianças, a família recolheu-se da rua, da praça, da vida coletiva, em que antes se encontrava, para a intimidade, fazendo desaparecer a antiga sociabilidade. Paulatinamente, através dos séculos, o valor social da linhagem transferiu-se para a família conjugal (Ponciano e Féres-Carneiro, 2003, p. 60).

Assim, a família passou da sociabilidade à intimidade, e a afeição passou a influenciar os modos de relação em seu interior.

É nessa direção que Foucault aponta que a família moderna se constitui em torno da função que “favoreça o corpo da criança” (1979, p. 199). Um destes efeitos é que sistemas de parentesco, transmissão e ascendência se desenvolvem para “organizar o que servirá de matriz para o indivíduo adulto” (Ibid, p. 199). Assim, a nova função social da família se estabelece para promover sujeitos individualizados: “os arautos da modernidade vêm nela [...] a *celula mater* natural e inevitável onde se podem abrigar as crisálidas dos indivíduos modernos” (Duarte, 1994, p. 30).

O crepúsculo da família moderna é colocado por Duarte (1994) como de profundas transformações no nível da hierarquia e individualismo. À família cabe a tarefa moderna de

produzir sujeitos individualizados e garantir o seu desenvolvimento entre autonomia e integração, independência/respeito, singularidade e alteridade, o que deixa a família no limiar de uma tarefa moral e ética.

A família moderna então se concebe a partir de um ideal de criação (dos filhos) que no limite se apresenta como proposta à atender à demanda da sociedade hipercapitalista moderna com seus valores de individualização, autodeterminação, laicização e hiperprodução mas também a demanda de incorporar e transmitir a dimensão ética e relacional da vida social.

Apesar de a família brasileira ser muitas vezes aproximada a um modelo patriarcal, autores como Vidal e Botelho (2001) questionam a validade desta visão, mesmo quando esta se restringe a contextos histórico-regionais específicos. É necessário considerar a diversidade da vida familiar, sem conceber o que seria uma norma padrão de suas formas. Estudos como o de Landim *et al.* (2020) apontam concepções amplas e plurais de família por parte dos entrevistados e que estão mais relacionadas aos vínculos entre os membros da família. Para Tafã *et al.* (2022), a pluralidade do âmbito dos arranjos familiares nas últimas quatro décadas complexifica o entendimento sobre como a estrutura familiar modera, mais que determina, desfechos entre adolescentes.

Apesar das mudanças e da complexificação das funções, papéis e configurações familiares, as famílias ainda são núcleos consistentes de relações de apoio e suporte, costumam ser um aspecto valorizado no interior da sociedade e continua sendo fundamental para todos os seus membros (Fuster & Ochoa, 2000; Rabinovich e Moreira, 2011).

Estabelecido e comentador assíduo de grande parte dos seminários e textos de Lacan, Jacques-Alain Miller (1984), ao falar sobre o texto ‘Os complexos familiares na formação do indivíduo’ (Lacan, 1938/2008), aponta extrair dele a ideia essencial: que não se tome aquilo da ordem da necessidade e do instinto no humano como característico de uma ‘naturalidade’, concebendo o natural como algo dado *a priori* e universal, independente do fator cultural.

O que está em jogo, desde o início, é certa “dominação do fator cultural” (Miller, 1984, p. 3). É seguindo essa linha que Miller aponta o conceito de “complexo”, como o usa Lacan, em oposto ao que se concebe como “instinto”, chegando a destacar que o ponto fulcral do texto de Lacan é denunciar a concepção de instinto no homem, na medida em que a cultura opera uma subversão, pondo a existência humana na variabilidade da experiência e completamente submetida à ela. “Complexos”, portanto, designam a predominância do fator cultural na família (Miller, 1984).

Desse modo, é possível dizer que, a partir de Lacan, o vínculo familiar é sobretudo simbólico, e que as famílias “quanto mais primitivas são, [constituem] não apenas um agregado mais amplos de casais biológicos, mas sobretudo um parentesco menos conforme os laços naturais de consanguinidade” (Lacan, 1938/2008, p. 14). Isto traz à tona questões como a parentalidade e a filiação, que só podem constituir-se como tais por intermédio da palavra, isto é, por meio de uma dimensão simbólica que sobrepõe o laço biológico. É que o aponta, propriamente, Roudinesco (2003), quando diz:

O pai não é, portanto, um pai procriador senão na medida em que é um pai pela fala. E esse lugar atribuído ao verbo tem como efeito ao mesmo tempo reunir e cindir as duas funções da paternidade (*pater* e genitor), a da nomeação e da transmissão do sangue ou da raça (Roudinesco, 2003, p. 23)

Para Miller (1984), as referências à antropologia e à história, ou seja, a predominância do fator cultural, serve para demonstrar o que Lacan irá dizer mais tarde: “não há relação sexual” (Lacan, 1974/1981, p. 13), isto é, não há nada que se inscreva como aquilo ao nível de um instinto e que somos impelidos ao lugar da invenção, invenção simbólica, que dá contorno a esta falta de referência estrutural e abre a experiência humana à sua variabilidade.

Junto à Teperman (2012), consideramos que Lacan aponta uma função cultural e civilizatória da família “mas ao mesmo tempo abre uma brecha para o entendimento de que o modo como cada família o faz e o modo pela qual essa transmissão simbólica se atualiza em cada sujeito é absolutamente singular” (Teperman, 2012, p. 26). Além disso, a autora aponta a invenção de Lacan com a noção de “constelações familiares”, que seria uma constelação anterior ao nascimento do sujeito, que marca um destino e sua pré-história, suas lendas, tradições e traços, sendo, portanto, as relações que estruturam a união de seus pais (Teperman, 2012).

Pensando a estrutura cultural da família humana, Lacan coloca que

a família prevalece na primeira educação [...] com isso, ela preside os processos fundamentais do desenvolvimento psíquico, preside esta organização das emoções segundos tipos condicionados pelo meio ambiente, que é a base dos sentimentos [...] transmite estruturas de comportamento e de representação cujo jogo ultrapassa os limites da consciência (Lacan, 1938/2008, p. 9)

Colocar a família no âmbito do “jogo” que “ultrapassa os limites da consciência”, bem como sublinhar seu aspecto estrutural é, propriamente, tratá-la como elemento da linguagem, colocado que, para Lacan, a estrutura é a linguagem (Lacan, 1973/1993). Todavia, a importância da linguagem para Lacan é no intuito de extrair dela duas categorias coextensivas: o sujeito e a fala. A linguística, para ter estatuto de ciência, teve de abolir estas

categorias, privilegiando a língua. Para Lacan, o sujeito deduz-se da fala, que é sempre dirigida ao Outro e modulada pelo desejo e pela demanda. Inferir o sujeito e a dimensão da fala na linguagem significa não somente colocá-lo no circuito do desejo e da demanda (reconhecimento pelo Outro), mas também apresentar a dimensão do Real, isto é, que nem tudo é passível de explicação, simbolização e/ou articulação (Altoé e Martinho, 2012).

É nessa direção que Miller (2006) irá apontar a orientação pela qual parte a psicanálise e o recorte de seu interesse no âmbito da família:

A família foi, na China, durante séculos, o princípio ordenador do universo, como se ela apresentasse uma hierarquia natural, fundasse uma harmonia universal. O que nós poderíamos dizer, hoje, desta definição da família? Que ela tem origem no casamento? Não, a família tem origem no mal-entendido, no desencontro, na decepção, no abuso sexual ou no crime. Que ela seja formada pelo marido, pela esposa e suas crianças, etc..? Não, a família é formada pelo Nome-do-Pai, pelo desejo da mãe e pelo objeto a. Que eles são unidos por laços legais, por direitos, por deveres e etc...? Não, a família é essencialmente unida por um segredo, ela é unida pelo não dito. Qual é o segredo? Qual é esse não dito? É um desejo não dito, é sempre um segredo sobre o gozo; de que gozam o pai e a mãe? (Miller, 2006, p. 1)

Articulada à cultura, estrutura (linguagem), fala e sujeito (reconhecimento), e Real (limites de simbolização) as relações familiares são consideradas como fazendo parte deste jogo que intermedia e modula as relações de poder, de demanda/desejo, bem como estabelece as posições discursivas de cada membro em relação aos outros. É nesse sentido que os efeitos do diagnóstico de depressão em adolescentes poderão ser colocados em relação às enunciações no interior da família, remetendo-nos ao conjunto de impressões e elaborações subjetivas familiares.

A seguir, serão discutidas, através de revisão de literatura, o momento da adolescência, o diagnóstico de depressão no adolescente e seus efeitos nas relações familiares.

## **2.2 O adolescente, a depressão e os efeitos do diagnóstico na família**

A adolescência é um fenômeno social, constituído pelas esferas simbólicas e culturais, que acabam por determiná-la com significados e interpretações próprias à cultura, deslocando-a de um lugar natural (Bock, 2004). Escolaridade, gênero, raça, condição socioeconômica, ingresso no mercado de trabalho, modos de criação pela família, acesso à saúde e lazer são aspectos que marcam diferenças fundamentais nos modos de se reconhecer e viver a adolescência, com efeitos práticos e subjetivos de ordem diversas. Por isso, na contemporaneidade, a adolescência é constituída pelas relações sociais e pode ser vista em

diversidade de formas e contextos socioculturais, e o campo deste tema compreende a existência de ‘adolescências’ (Cruz, 2018; Torres, 2008; Bock, 2007).

Para a Organização Mundial da Saúde (1965), a adolescência compreende a faixa etária entre os 10 e os 19 anos de idade, e instituições brasileiras como o Ministério da Saúde (Brasil, 2007b) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (Brasil, 2007a) também assumem este critério. No entanto, para Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, o período compreende dos 12 aos 18 anos (Brasil, 2007c).

A adolescência é um período que está fundamentalmente relacionado a mudanças na dinâmica familiar. A reconfiguração dos ideais ligados aos pais, o encontro com o corpo sexuado, a elaboração da perda da condição infantil (Alberti, 2004), são exemplos de processos que atravessam essa fase da vida e não deixam de estar sob influência das relações familiares. Freud (1909/1996), no texto “Romances Familiares”, aponta que o indivíduo, ao crescer, se liberta da autoridade dos pais e que tal movimento é crucial para o seu desenvolvimento.

Alberti (2004) destaca a importância dos pais na adolescência como uma ancoragem simbólica que possa dar referências ao sujeito, ainda que tais referências sejam incompreensíveis, falhas ou retrógrados para o adolescente.

O psicanalista Philippe Julien (2000) compõe um livro que o título nos dá as coordenadas da perspectiva psicanalítica sobre as dinâmicas que ocorrem na família. Em “Abandonarás teu pai e tua mãe” (2000), Julien discute o afastamento simbólico com a dependência parental que permita ao sujeito uma constituição própria, um pouco mais livre das determinações, marcas, segredos e fantasias que permeiam as relações familiares, permitindo ao sujeito se tornar adulto e, conseqüentemente, assumir posições futuras de parentalidade.

No século XIX, com o desenvolvimento das sociedades e significativas mudanças na família como, por exemplo, o reconhecimento da criança e seu *status* de fase privilegiada, a adolescência já era identificada a um período crítico e de questionamento (Cruz, 2018). Tais concepções atravessaram o século XX, desde a literatura pré-guerra que sublinhou a indisciplina dos jovens, até os anos 1960, nos quais os “rebeldes sem causa” emergem como um movimento vivo da contracultura (Cruz, 2018; Steinberg e Lerner, 2004; Grossman, 1998).

Bock (2007) aponta que é preciso estar atento a definições de adolescência que a colocam como oposição a fase adulta, como período de crise e imaturidade, ou mesmo como uma fase natural do desenvolvimento:

[...] as concepções correntes, até então, concebiam a adolescência como uma etapa natural do desenvolvimento, tendo um caráter universal e abstrato. Inerente ao desenvolvimento humano, a adolescência não só foi naturalizada, mas também percebida como uma fase difícil, uma fase do desenvolvimento, semi-patológica, que se apresenta carregada de conflitos “naturais” (Bock, 2007, p. 64).

Para a autora, a concepção moderna de homem, que separa sujeito e objeto e o concebe como racional, livre e natural, produz a concepção de adolescência como “etapa natural do desenvolvimento” (Ibid, p. 64). Tais concepções possuem efeitos inclusive nas práticas psicológicas e atividades terapêuticas que “restringem [as intervenções] em quadros ‘patologicamente normais’ ou ‘naturalmente patológicos’” (Bock, 2007, p. 75). Complementa, ainda, ressaltando que as características apresentadas pelos jovens devem ser compreendidas como produtos “das relações sociais, das condições de vida, dos valores sociais presentes na cultura, portanto, como responsabilidade de todos que fazem parte de um conjunto social” (Ibid, 2007, p. 75).

Do ponto de vista psicanalítico, articular à adolescência a contemporaneidade exige uma aproximação de saberes que envolvem considerar a constituição do sujeito e os efeitos da cultura no processo de subjetivação do adolescente, considerando a ética do sujeito do inconsciente. Para Oliveira e Hanke (2017, p. 298) “um adulto pode ter os mesmos medos que uma criança e, ao atender um idoso, o psicanalista pode encontrar as mesmas fantasias que o sujeito tinha em sua adolescência”. De outro modo, Stevens destaca que a adolescência é “um termo sociológico que, sob uma suposta base biológica, tornou-se de uso psicológico” (Stevens, 2004, p. 27). Contudo, aposta-se que as identificações e representações objetivas do laço social possuem reverberações no inconsciente, considerando que o ponto de vista psicanalítico implica não dar consistência mais que necessária à ‘fase da adolescência’, já que o paradigma do inconsciente faz vacilar o sentido cronológico e desenvolvimentista que os termos ‘adolescência’ ou ‘adulto’ carregam.

Stevens (2004) defende que para a psicanálise o termo ‘puberdade’ pode separar-se da ‘adolescência’, na medida em que a adolescência é uma resposta à puberdade. Em Freud, a puberdade é o momento de reatualização do período edípico que, depois do período de latência (re)encontrará as escolhas objetivas e de posição em relação à sexualização (Freud, 1905/2016). A puberdade, portanto, é um período de reencontro com a sexualidade abandonada na primeira infância. No entanto, esse encontro tem que ver com o Real do sexo:

Essa é a principal ideia aqui defendida para falar de puberdade: a puberdade é o momento de encontro com o real porque o Outro, tesouro do significativo e por isso também provedor de sentido, falha, assim como também falham a fantasia, o pai e as identificações. Diante desse quadro, o sujeito questiona os

sentidos do mundo, apela e ataca os pais, vive severas crises de identidade, passa ao ato, rivaliza com gerações mais antigas, busca identificações fora do lar, experimenta as ambiguidades das escolhas objetivas e da posição diante da sexualidade. Mas tudo isso que aparece como figuras do que a mídia chama de crise adolescente são respostas à puberdade, pelo menos se entendermos puberdade como um momento de encontro com o real. É nesse sentido que a adolescência se apresenta como uma série de respostas sintomáticas ao encontro com o real promovido pela puberdade (Oliveira e Hanke, 2017).

É nesse sentido que as ancoragens simbólicas e imaginárias do sujeito passam por um momento de reconfiguração que irão buscar, no campo do Outro, respostas para a questão da inexistência da relação sexual, isto é, para a constatação da não complementaridade entre os sexos. Logo, a hipótese psicanalítica reflete que a chamada crise adolescente são saídas para o encontro com o que não há sentido, na qual o sujeito lida com novas identificações, separa-se de ideais infantis e/ou dos pais, e constrói novas ancoragens simbólicas e imaginárias. O sentido dos sintomas e, portanto, crise, pode ser considerado como soluções singulares para as questões postas quando do encontro com aquilo que não faz sentido. Esse momento, que pode ser vivido com vulnerabilidade, reações angustiantes ou depressivas se desencadeiam como formalizações secundárias (sintomáticas) que remetem aos impasses, tramas e conflitos objetivos e subjetivos encontrados pelo adolescente.

A psicanálise aponta na contemporaneidade o declínio da figura do pai e suas referências, a inconsistência do Outro e o imperativo ao gozo no discurso capitalista atual. Tais hipóteses explicam o aumento de sintomas que envolvem a separação com o Outro, como o suicídio, a toxicomania e a depressão. Todavia, é preciso tomar cautela para, de um lado, não cairmos em um discurso saudosista que implicaria regressar à imagem do pai para tratar da desorientação subjetiva atual e, por outro, não fazer da adolescência um momento de pura crise.

Da complexa trama de conflitos, desejos, expectativas e sentimentos envolvidos nas relações familiares, se depreende a importância dos efeitos do diagnóstico de depressão na adolescência, a partir de uma concepção que considera a dimensão narrativa dos sujeitos e suas relações familiares. Nos preocupamos em fazer passar da objetividade do diagnóstico às consequências subjetivas no seio das relações familiares, investigando em que medida tais famílias aceitam, negam, corroboram, ajudam, julgam, enfim, se relacionam com o sujeito e seu diagnóstico.

Assim como a família e a adolescência não são entidades naturais e encontram suas modulações no interior da cultura, a depressão também não é um acometimento referente a

causas puramente externas ou naturais e, portanto, está ligada a diferentes gramáticas culturais e funcionamentos mentais e de reconhecimento (Dunker, 2021). Comparando com a maneira clássica de concepção de doença (no sentido médico de início definido, curso regular e fim previsível), Dunker aponta:

no caso das doenças mentais, porque não temos uma referência exata do que seria o funcionamento “normal” da subjetividade, ficamos sem saber qual é a natureza exata dos desvios, e, além disso, os desvios podem ser a norma [...] os tipos clínicos que descrevemos e as regularidades que propomos podem ser apenas convencionais ou operacionais, não, como no caso das doenças, tipos naturais. É por isso que os manuais mais usados para definir doenças mentais mudaram a expressão-chave de “doença” para “transtorno” (*disorder*) (Dunker, 2021, p. 10, grifo do autor)

O autor aponta ainda que não é possível falar da Depressão como um conjunto consistente e coerente; “ela tem tantos nomes que não podemos saber exatamente se é uma única entidade ou várias” (Ibid, p. 11). Citando Ian Hacking (2000), Dunker sublinha que as formas de sofrimento dependem não apenas da descrição de tipos naturais, mas da “invenção de tipos históricos” (Ibid, p. 11).

É interessante constatar que apesar dos tipos históricos ou síndromes culturais (específicas de determinado povo ou cultura) cada vez mais relatadas nos manuais diagnósticos, a depressão se apresenta de modo similar em diversas culturas, com “surpreendente regularidade de sintomas e correlata reversibilidade por meio de medicação antidepressiva” (Dunker, 2021, p. 13).

Comentando sobre o nascimento da depressão, Dunker (2021) indica que devido a necessidade da psiquiatria da época de se apresentar de maneira mais objetiva e científica, o termo ‘depressão’ surgiu como derivação de um termo utilizado para um problema cardíaco, bastante usado naquela especialidade médica da época. Assim, a psiquiatria livrava-se da obscuridade do termo ‘melancolia’, bem como de outra concorrente conhecida como lipomania — ambos os termos estariam ligados mais aos afetos e humores e o problema concernente às causas foi subestimado em favor da objetividade científica.

O psiquiatra Falret (1794-1870) foi quem primeiro utilizou o termo ‘depressão’ para descrever a fase depressiva da então chamada ‘loucura circular’ (atualmente conhecida como Transtorno Bipolar Tipo III). Já o termo ‘estados depressivos’, utilizado em 1899 pelo famoso psiquiatra Emil Kraepelin, passou a indicar sintomas que até então pertenciam à melancolia (Dunker, 2021).

Até a metade do século passado, o termo ‘depressão’ aparecia de maneira dispersa e tinha um papel secundário no panorama do sofrimento mental e nos tratados de

psicopatologia. ‘Depressão’, portanto, andava sempre acompanhada: depressão endógena, depressão psicótica, depressão reativa, depressões neuróticas, depressão por esgotamento, etc. A melancolia, que costumava aparecer sob o pano de fundo da discussão etiológica, dá lugar à descrição de estados de reatividade à perdas, decepções ou frustrações e a regularidade sintomática justificava o corte de ligação (com a melancolia), surgindo uma “doença autônoma dos afetos, emoções e sentimentos, condensados na noção de humor” (Dunker, 2021). Para o sociólogo Ehrenberg (1998), até a década de 40, na França, psiquiatras consideravam o tratamento dos estados depressivos de forma indissociada da investigação dos conflitos intrapsíquicos em jogo nos sujeitos, o que evidencia uma mudança recente na forma de compreensão da categoria diagnóstica.

No livro ‘Uma Biografia da Depressão’, Dunker (2021) discute a ideia, na passagem do modelo econômico liberal para o neoliberalismo, em meados da década de 70, de uma mudança narrativa nas formas de se conceber o conflito. Um mundo dividido pela Guerra Fria colocava a definição, posição e legitimidade do conflito na centralidade da discussão. Neste paradigma, o Estado cumpria papel regulador da esfera moral à econômica, representado pelo projeto de Bem-Estar Social em pleno vigor. No entanto, com o advento do neoliberalismo impulsionado pela Escola de Chicago, a narrativização do conflito, e seu jogo de forças representadas por uma ‘dinâmica’, foi gradativamente substituído pela maneira de compreensão em favor de uma administração do sofrimento, que o reduz à capacidade funcional dos indivíduos. Desse modo, a cena de um conflito no interior da sociedade é trocada pela cena da avaliação do desempenho, amparada pelo ideal do desenvolvimento.

Assim como o século XIX ofereceu as condições de produção de um discurso que desembocou com a sistematização Freudiana da hipótese da repressão, a ascensão do neoliberalismo, não só como sistema de gestão econômica mas como uma nova gramática de compreensão moral do sofrimento, passou a colocar a hipótese depressiva na base da psicopatologia contemporânea (Dunker, 2021). Assim:

A separação entre psiquiatria e psicanálise fez emergir outra maneira de pensar o sofrimento. Nela, não importam tanto a coerência da história e sua relação com o futuro, basta o retrato do presente. Este definirá a depressão como uma figura funcionalmente deficitária. E essa teoria ganha força com a descoberta de que os estados depressivos poderiam ser revertidos por ação de medicação (Dunker, 2021, p. 61)

Nesse caminho, Dunker faz refletir não somente sobre a mudança na forma de compreensão do sofrimento psíquico, mas também sobre como a categoria ‘depressão’ subsidiou a nova psiquiatria e suas ferramentas farmacológicas, se unindo também a narrativa

econômica do sofrimento, em que o *déficit* é um produto do discurso avaliativo e/ou produtivo, o que corresponde ao desaparecimento do discurso no qual a ideia de conflito era central.

Dessa forma, o estatuto da depressão na contemporaneidade como ‘mal-estar do século’, advém da sua capacidade de aglutinar signos similares (abatimento, tristeza, exaustão) que atravessam diversas culturas e, se por um lado, individualiza o fracasso e introjeta culpa, por outro exige que seja interpretada como disfunção cerebral, isolando-a dos conflitos, dos impasses no desenvolvimento e das formas de vida implicadas aos sujeitos.

A depressão nas fases mais iniciais da vida é um interesse recente no campo das ciências, já que seus primeiros estudos remetem aos anos 70 (Olson e Knorrning, 1997; Bahls, 2002). Para autores da área (Sadler, 1991; Kessler e Walters, 1998; Versiani *et al.*, 2000), a sintomatologia apresentada na infância e adolescência possui particularidades próprias a estas fases do desenvolvimento, muito embora os transtornos depressivos e seus critérios diagnósticos sejam tratados como entidades fenomenológicas iguais. Na adolescência, foi identificado que o transtorno depressivo está associado a sintomas como alterações no sono e apetite, ideação suicida e tentativa de suicídio. Para adolescentes com transtorno distímico (humor deprimido), associam-se sentimentos de rejeição, raiva, e dificuldade social (Versiani *et al.*, 2000).

Para Kehl (2015), há uma falta de empatia para com para os depressivos na contemporaneidade e, no caso particular dos adolescentes, isso possui

efeitos catastróficos; não é incomum que meninos e meninas de catorze ou quinze anos se precipitem em tentativas de suicídio (por vezes fatais) não tanto em função da gravidade de seu quadro depressivo — que poderia muito bem ser um episódio passageira, característico da chamada crise adolescente —, mas por não suportarem a imensa perda de autoestima, os sentimentos de incompreensão e de isolamento provocados pelo estigma da depressão, que afasta amigos e os torna alvo de chacotes e de sérios preconceitos. A depressão entre os adolescentes é a mais inconveniente expressão do mal-estar psíquico. Ela “desafina o coro dos contentes”; nisso consiste seu caráter de sintoma social (Kehl, 2015, p. 23, grifo da autora)

A depressão como sintoma social indicado pela autora é na medida em que ele aponta as contradições do discurso atual na contemporaneidade; impasses como o imperativo da produtividade, o ideal de saúde e bem-estar, a “euforia como valor agregado a todos os pequenos bens em oferta no mercado” (p. 31) e a tristeza vista como deformidade ou defeito moral.

Estudos recentes têm abordado o tema da depressão na adolescência e correlacionado com diversos aspectos, como desempenho escolar (Horn; Silva; Patias, 2021), Doenças Não

Transmissíveis (DNT) (Barbosa *et al.*, 2022), inatividade física (Costa *et al.*, 2021) e violência sexual (Silva *et al.*, 2020). A perspectiva desses estudos circunscreve a identificação de sintomatologia depressiva — o que não é o mesmo que diagnóstico de depressão — utilizando-se de escalas e/ou inventários como Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse para Adolescentes (EDAE-A) ou o Inventário de Depressão de Beck e focalizam seus resultados em métodos correlacionais estatísticos ou em índices de prevalência. Em estudo de revisão sistemática sobre o tema, Thiengo, Cavalcante e Lovisi (2014) constataram que a depressão está entre os transtornos mais frequentes encontrados em pesquisas que envolviam crianças e adolescentes em todo o mundo, com prevalência entre 5,9% e 12,5%.

Autores que correlacionam sintomatologia depressiva com estrutura e suporte familiar indicaram correlação entre menor percepção de carinho e afeto (suporte emocional), bem como maior superproteção e falta de autonomia, com sintomas depressivos (Baptista e Oliveira, 2004). Baptista *et al.* (2001) discutem que o conceito de ‘suporte familiar’ encontra conceituação vaga na literatura, mas que geralmente envolve cuidado afetivo por parte da família, níveis de tolerância e controle para com os filhos, atenção à autonomia e apoio emocional. Ademais, os autores acima, em discussão de literatura, indicam que a família tem função de amenizar estresse cotidiano, oferecer relacionamentos construtivos, seguros, propiciem autonomia e sentimentos favoráveis ao autoconceito do adolescente.

Todavia, nota-se que a discussão situa de forma vaga como se dão os relacionamentos entre família e adolescente, apesar de apontarem uma menor probabilidade de desenvolvimento de transtornos psíquicos a partir dos fatores acima citados, e a perspectiva das relações familiares pós-diagnóstico de depressão não foi investigada. Ademais, os estudos discutidos pelos autores foram realizados nos EUA, o que deixa em aberto as inúmeras diferenças socioculturais, econômicas, familiares, etc., quando comparada ao contexto brasileiro.

Segundo Pereira *et al.*, (2015) o funcionamento familiar do adolescente com depressão pode ter sido marcado por uma educação inadvertida dos pais, que na infância ensinaram a criança a se comportar de modo depressivo, através de processos de reforçamento. Assim, famílias de adolescentes diagnosticados com depressão enfrentam dificuldades relacionais e afetivas que podem acarretar a persistência do transtorno no adolescente. Entre as maiores dificuldades, encontram-se: dificuldades de comunicação e definição de papéis, resolução de conflitos, expressão de agressividade e demonstração de afeto (Pereira *et al.*, 2015). Ainda nesta investigação, os autores realizaram um comparativo entre famílias que possuíam adolescente com depressão e famílias que não possuíam, indicaram que o fato dos pais não

reconhecerem os filhos como algo separado e com desejos, sentimentos e pensamentos próprios, está relacionado a um funcionamento familiar que propicia a aparição de aspectos depressivos no adolescente. Além disso, a presença do afeto é a maior diferença constatada entre as famílias, com presença maior de afeto entre aquelas que não possuíam um adolescente com depressão. Aspectos como liderança, conflitos, comunicação e definição de papéis também se mostraram menos evidentes em famílias com adolescentes com transtorno depressivo.

Pesquisas que relacionam qualidade de relacionamento entre pais e filhos com depressão na adolescência apontam que o fator familiar pode ser um desencadeante do transtorno, além de destacar que a percepção de altos níveis de conflito com a mãe se mostrou preditora para sintomatologia depressiva (Antunes *et al.*, 2018; Costa *et al.*, 2018; Scarpati e Gomes, 2010).

Os autores acima deixam subentendido que a influência do ambiente (família), pode ser determinante para o aparecimento de ‘aspectos depressivos’ no adolescente. No entanto, este tipo de foco deixa de considerar aspectos genéticos ou mesmo relacionados à personalidade do adolescente. Além disso, pode passar implicitamente a ideia de que existe um funcionamento ideal (ou melhor) da família, baseado em características como ‘liderança’, ‘comunicação’ ou ‘definição de papéis’. Todavia, é evidente que as relações familiares fazem parte do conjunto de fatores que influenciam a aparição seja de sintomatologia depressiva, seja do transtorno depressivo em si.

Ademais, as relações sociais são determinantes nos processos de subjetivação. Estudos evidenciam modificações nas relações interpessoais de pessoas após o diagnóstico psiquiátrico/psicológico, revelando tanto aspectos como rejeição, críticas, preconceito, exclusão social e segregação, como também maior apoio e solidariedade da família e amigos (Freitas e Reuter, 2021; Silva e Brandalise, 2008). Freitas e Reuters (2021) indicam que a explicação do saber médico oferecida através do diagnóstico pode ter efeito reconfortante para familiares e amigos, mas que corre-se o risco de reduzir o paciente ao seu diagnóstico, lhe retirando autonomia.

Notamos que na maioria dos estudos que envolvem depressão e adolescência, o aspecto referente a como os adolescentes e suas famílias lidam com os efeitos do diagnóstico de depressão está elidido. Mais que isso, a nomeação do diagnóstico encontra-se separada da dimensão de funcionalidade que este assume quando da comunicação à família e ao próprio adolescente, bem como apartada da diversidade dos contextos sociais e familiares que determinam a recepção, o tratamento, os modos de relação e as implicações colocadas a partir

do diagnóstico. De outro modo, a indicação de sintomatologia depressiva através de instrumentos como inventários ou escalas não significa o diagnóstico de depressão, e o rastreamento de sinais encontrados através destes, como isolamento, expressão de agressividade e dificuldades de comunicação, podem ser considerados comportamentos comuns nesta fase da vida.

O modo como o adolescente e integrantes da família irão subjetivar o diagnóstico, isto é, como constroem a teia de sentimentos, expectativas e relações a partir deste, se relaciona com o que Foucault (1997) chamou de processos de subjetivação. Os processos de subjetivação são processos em que o sujeito constitui sua subjetividade de acordo com certos discursos e práticas veiculados à certa época e de acordo com determinadas finalidades. Isto coloca em perspectiva, em relação ao diagnóstico psiquiátrico, não somente que este produz consequências na vida dos pacientes e famílias envolvidas, mas que os próprios modos de subjetivação do diagnóstico estão determinados pela via do saber médico-científico vigente, que encontra seus fundamentos na medicalização, na biopsiquiatria e no biopoder (Freitas e Reuter, 2021; Martins, 2008).

Apresentamos o panorama do diagnóstico no campo ‘psi’, discutindo aspectos contemporâneos e articulando-os com a psicopatologia. Neste capítulo, adotamos uma posição sobre a família e discutimos a questão da depressão e as implicações do diagnóstico na família a partir da literatura. Dessa forma, percorremos as considerações teóricas que fundamentam nosso estudo e localizam nossa perspectiva.

A seguir, apresentamos a perspectiva metodológica na qual se ampara este trabalho descrevendo o delineamento, critérios para participantes, procedimentos de coleta de dados e análise, bem como considerações éticas.

### 3. PERSPECTIVA METODOLÓGICA

O delineamento metodológico dessa pesquisa constitui-se como estudo de caso único, de natureza qualitativa. O estudo de caso é um tipo de pesquisa que procura entender um fenômeno de maneira indissociada ao contexto no qual está inserido (Gil, 2018; Yin, 2001; Stake, 1995). Dentre os autores que trabalham o delineamento proposto, esta pesquisa se alinha às definições e propostas como concebidas por Stake (1995). Stake (1995) alinha-se à uma epistemologia construtivista e não-determinista, que compreende a realidade como construída socialmente, culturalmente e historicamente e em que as relações pesquisador-objeto de pesquisa são de natureza interpretativa, ou seja, que o conhecimento comporta a relação construída entre sujeito e objeto, não existindo o conhecimento exato e totalmente passível de validação e/ou confiabilidade. Assim, Stake define estudo de caso como “estudo da particularidade e complexidade de um único caso, chegando a compreender a sua atividade dentro de circunstâncias importantes” (1995, p. 11).

Para Stake (1995), o estudo de caso tem a característica de ser (a) holístico, compreendendo a inter-relação entre fenômeno e contextos; (b) empírico, pois se baseia em observações de campo; (c) interpretativo, ao levar em consideração a relação pesquisador-sujeito e; (d) enfático, se propondo a dizer da experiência consciente e inconsciente dos sujeitos dentro do seu contexto (perspectiva êmica). Neste tipo de delineamento, os investigadores são orientados à flexibilidade em seu projeto, escolhendo pontos focais na medida em que a pesquisa avança, bem como coleta e análise de dados podem ser realizadas em um mesmo momento (Yazan, 2015).

#### a. Participantes

O contato com a família se deu através da indicação de pacientes de uma psiquiatra que faz parte da rede de relações do autor. Por meio de conversa telefônica, foram explicados os objetivos e interesses da pesquisa para a mãe de uma adolescente de quinze anos. Com o consentimento e assentimento, respectivamente, por parte da mãe e da filha, foi marcada uma data para a realização da entrevista.

O objetivo inicial compreendia entrevistar os membros da família que convivem e fazem parte de realidade física e social mais próxima com o adolescente diagnosticado, e mantinha uma meta de três famílias. Todavia, deparamo-nos com dificuldades em encontrar adolescentes diagnosticados com depressão dispostos a serem entrevistados. Em duas situações, adolescentes foram contactados e, inicialmente, aceitaram participar da pesquisa; todavia, quando souberam que a família também seria entrevistada, recusaram a participação

na pesquisa, o que configura um dado a ser discutido na seção de resultados e discussão desta pesquisa.

A família que compõe o estudo de caso único deste trabalho é composta por pai, mãe, uma filha de dezenove anos e outra filha de quinze anos. Apesar de termos sido claros em relação ao objetivo de entrevistar todos os membros da família da adolescente, no dia marcado para a entrevista, somente a mãe e a filha de quinze anos apareceram. A ausência do pai foi justificada por compromissos no trabalho. A ausência da irmã de dezenove anos não foi justificada.

Sendo assim, trabalhamos com aquilo que nos foi apresentado e participaram da pesquisa mãe e filha, adolescente de quinze anos, com diagnóstico médico-psiquiátrico de depressão. No decorrer da entrevista com a família, não ficou claro qual o código específico do diagnóstico, nos termos dos manuais, se tratava do transtorno da adolescente, nem se de fato a psiquiatra utilizou-se de um código CID ou DSM no ato do diagnóstico. Na entrevista, ambas as participantes se referiram ao transtorno como “depressão”, de modo mais geral, e que este foi o termo e diagnóstico utilizado pela psiquiatra da adolescente.

Os diagnósticos de depressão podem ser realizados com base nos critérios estabelecidos pela Classificação Internacional de Doenças em sua 10ª versão (CID-10)<sup>2</sup>, ou como convencionado pela 5ª versão do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)<sup>3</sup>. No Brasil, a maioria dos diagnósticos médico-psiquiátricos ainda são realizados com base no CID-10. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2024), a publicação mais nova, o CID-11, será implementada somente em 2027. Sendo assim, esta pesquisa adotará como principal referência os diagnósticos realizados com base no CID-10.

Para o vocabulário médico do CID-10, o que genericamente se conhece por ‘depressão’ está no espectro de ‘transtornos depressivos’ e se encontra especificado nos seguintes termos/códigos: Episódio Depressivo (F32), Transtorno Depressivo Recorrente (F33), Transtorno Distímico (6A72), Cielotimia (F34), Outros Episódios Depressivos (F32.8) e Episódio Depressivo Não Especificados (F32.9) (Wells, 2011).

Com pequenas diferenças, os transtornos especificados no DSM-5 são: Transtorno Depressivo Maior (F32), Episódio Recorrente (F33), Transtorno Depressivo Persistente

---

<sup>2</sup> A 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS) foi endossada pela 43ª Assembleia Mundial da Saúde em 1989 e entrou em vigor globalmente em 1º de janeiro de 1993.

<sup>3</sup> *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, é o manual estatístico concebido pela Associação Americana de Psiquiatria. Atualmente em sua 5ª versão, publicada em 18 de maio de 2013.

(Distímia) (F34), Transtorno Depressivo Especificado (F32.8), Transtorno Depressivo Não Especificado (F32.9) (Apa, 2013).

Os critérios de inclusão neste estudo envolvem quaisquer um dos diagnósticos especificados acima, excluindo-se os diagnósticos que possuem relação de causa com outra condição médica, como, por exemplo, o Transtorno Disfórico Pré-menstrual, Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento ou mesmo o Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica. Entende-se que tais transtornos, apesar de apresentarem sintomatologia depressiva, estão relacionados a variáveis (como condições pré-menstruais, uso de substâncias/drogas, e/ou outra condição médica) que não fazem parte deste estudo e dificultam as análises. Portanto, não participam dos critérios de inclusão.

Cabe dizer, ainda, que os manuais diagnósticos contam com um sistema em que o diagnóstico é dividido em subtipos que especificam a intensidade do transtorno (leve, moderado, grave), se possui outros sintomas associados, como sintomas ansiosos ou com características psicóticas e ainda o curso dos sintomas, como em remissão parcial ou completa, entre outros.

#### **b. Instrumentos de coleta de dados**

Os dados foram coletados por meio de roteiro de entrevista semiestruturado, no qual perguntas principais dividem espaço com outras que emergem de contingências no decorrer da entrevista (Manzini, 1990; 1991). Para levantamento de marcadores sociais, foi feita aplicação de questionário sociodemográfico, contendo informações acerca da idade, raça/cor, gênero/sexo, classe social, escolaridade e estado civil. O quadro a seguir expõe os dados das entrevistadas.

#### **Quadro 2 - Dados sociodemográficos das participantes**

<b>Dados</b>	<b>Idade</b>	<b>Raça</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Fonte de Renda</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Religião</b>	<b>Renda</b>
<b>Mãe</b>	43	Branca	Superior Completo	Carteira assinada	Casada	Protestante	> 4 SM

<b>Dados</b>	<b>Idade</b>	<b>Raça</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Possui irmãos?</b>	<b>Religião</b>	<b>Faz psicoterapia?</b>	<b>Faz uso de medicação psiquiátrica?</b>
<b>Adolescente (B.)</b>	15	Branca	Cursando EM	Sim, 1 irmã	Agnóstica	Sim, há 7 meses	Fluoxetina, há 5 meses

A entrevista foi conduzida em um bairro de classe média da cidade de Salvador/BA, no condomínio das participantes, em local apropriado e que garantiu o sigilo das informações. Mãe e adolescente foram entrevistadas juntas, no entanto, houve perguntas dirigidas de forma específica para cada uma e perguntas iguais que ambas respondiam separadamente. A fim de preservar o sigilo das participantes, durante a pesquisa referimo-nos a adolescente como “B.” (inicial escolhida aleatoriamente) ou “adolescente”, e mantemos o substantivo feminino “Mãe”, que se refere a mãe da adolescente. Os dados foram gravados em áudio e posteriormente foram transcritos, com a autorização das participantes.

É importante dar o destaque referente às condições socioeconômicas e étnicas das quais trata este estudo, a fim de demonstrar que nossos resultados estão relacionados aos aspectos acima. Como se pode observar na tabela, trata-se de uma família de classe média, branca, com nível ‘superior completo’ de escolaridade e com renda familiar acima de quatro salários mínimos.

### **c. Procedimentos de análise de dados**

A análise de dados foi realizada a partir do referencial teórico-metodológico hermenêutico-gadameriano, na qual coexistem estruturalmente pesquisador e objeto de pesquisa, distanciando-se de uma pretensa neutralidade. Sendo assim, o método hermenêutico implica a ótica dos envolvidos no fenômeno e considera a subjetividade do intérprete-pesquisador.

Partimos da proposta de Crowther *et al.*, (2017), que consiste em construir uma estória que resuma aspectos importantes do que é contado e se detém à literalidade do relato. Com base neste referencial, preocupamo-nos em como as pessoas fazem sentido daquilo que vivenciam, tentando considerar a visão do entrevistado sobre o fenômeno no momento do relato. Assim, as falas são transcritas em sua literalidade, incluindo aspectos paralinguísticos como pausas, risos, ritmo da fala etc. São removidos os trechos em que há comentários impessoais e gerais, expressões muito repetidas ou que expandem para aspectos de pouca relevância para o fenômeno estudado (Deluque Júnior e Costa, 2020; Crowther *et al.*, 2017; Kluth, 2005).

O grau de reflexividade imposto à escrita da análise dos dados implica atenção as palavras e aos sentidos que elas comportam, bem como expressões como “sugerimos”, “estimamos”, “apontamos”, “indicamos” refletem a abertura na qual se dá o pensamento hermenêutico tendo em vista o não fechamento, generalizações ou conclusões precoces sobre o fenômeno (Crowther *et al.*, 2017).

A análise hermenêutica implica ao pesquisador que este ‘habite’ o contexto da pesquisa e aguarde novos *insights* e entendimentos que possam chegar com o tempo (Van Manem, 2014 *apud* Deluque Júnior e Costa, 2020). Ressaltamos assim a importância daquilo capaz de ressoar de diferentes maneiras quando no trabalho de análise dos dados. Para Spence (2016), mais do que as palavras transcritas, a análise se expande para o modo e a posição de quem fala, explorando significados e contextualizando as palavras ditas nas entrevistas.

Sendo assim, o objetivo da análise hermenêutica é, a partir da fala, fazer emergir significados que possam ressoar aos leitores, revelando “o que repousa ‘sobre’, ‘entre’ e ‘por detrás’ daquelas palavras que foram ditas, de modo a tentar traduzir, ou ao menos se aproximar, da verdade de mundo, do contexto, e do fenômeno pelas lentes do entrevistado” (Deluque Júnior e Costa, 2020, p. 12).

As concepções apresentadas acima permitem que a análise de dados desta pesquisa situe-se desnaturalizando sentidos e significações, localizando-se no limiar entre o dito e o não dito. Alinhados aos objetivos deste trabalho, foi possível valorizar não só as condições singulares e significados que atravessam a subjetividade de cada um dos membros da família, identificando funções psíquicas, sociais e dinâmicas próprias que atravessam a questão do diagnóstico de depressão em adolescentes, como também colocar tais efeitos em relação ao atual panorama discursivo acerca dos transtornos mentais, seus modos de concepção e tratamento, de modo a permitir a discussão de como a família contemporânea interpreta e tem se localizado nas questões relativas à saúde mental.

#### **d. Considerações éticas**

As entrevistas foram realizadas em local de conveniência, que possuíam condições estruturais para a garantia do sigilo e privacidade. Os participantes foram apresentados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, após consentimento, se deu início à entrevista. À adolescente menor de 18 anos, foi apresentado o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

As participantes foram informadas que as entrevistas seriam gravadas em áudio, bem como sobre possíveis riscos e benefícios envolvidos na pesquisa. Os riscos do estudo poderiam incluir: (I) a mobilização subjetiva de membros da família ou do próprio adolescente; (II) sensações de desconforto psicológico e/ou físico durante a realização das entrevistas. Os benefícios desta pesquisa envolveriam: (a) permitir que as famílias estudadas estejam mais cientes das funções sociais e psíquicas do diagnóstico de depressão em adolescentes; (b) possibilitar às famílias uma análise das mudanças nas dinâmicas relacionais pós-diagnóstico e; (c) proporcionar um espaço de escuta especializada que possibilita a

subjetivação e ressignificação da experiência em questão. O pesquisador responsável esteve atento a eventuais danos e/ou prejuízos decorrentes da realização da pesquisa, se antecipando com ações que visam minimizar danos e/ou corrigi-los, não hesitando em encerrar a pesquisa em qualquer momento de sua realização.

Tendo em vista a diminuição dos riscos envolvidos na pesquisa, foi tomada a precaução, por meio de Termo de Compromisso de Atendimento Psicológico, com psicólogo registrado devidamente no CFP para, em caso de mal-estar psicológico durante a realização da entrevista, as participantes serem encaminhadas ao atendimento psicossocial, sem ônus à parte prejudicada. Como não houve desconforto por parte das participantes, tais medidas não foram acionadas. A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil, processo CAAE 78703624.5.0000.5628 e ao comitê de ética em pesquisa da Universidade Católica do Salvador, seguindo as orientações da Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo parecer de número 7.037.609.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A primeira parte dos resultados e discussão desta pesquisa envolve tatear o terreno das relações familiares no sentido de, inicialmente, descrever como as entrevistadas relatam a relação e convivência familiar, buscando introduzir elementos do contexto da família em questão e, posteriormente, analisarmos junto à literatura pontos de interesse que resguardem os objetivos deste estudo, a saber: (1) identificar quais funções sociais e psíquicas o diagnóstico de depressão em adolescentes assume nas relações familiares; (2) investigar como acontecem os processos de subjetivação do diagnóstico entre os membros da família e (3) identificar mudanças nas dinâmicas familiares.

Um primeiro dado que concerne à viabilidade e realização de pesquisas como esta — que envolvem a entrevista e contato mais íntimo sobre temas sensíveis com pessoas — é relatar o fato de que, em duas situações, nas quais encontramos adolescentes dispostos a falar sobre sua condição diagnóstica de depressão, após terem contato com a explicação do estudo de forma mais extensa e saberem que seus familiares seriam também entrevistados, recuaram diante da proposta e declinaram sua participação. Este dado nos faz pensar em questões relativas ao relacionamento entre os adolescentes e suas famílias, abrindo questionamentos como: por quais motivos os adolescentes, ao saberem que suas famílias participariam de um estudo como este, declinaram sua participação? O que este fato pode dizer sobre a qualidade da relação entre adolescente e sua família? Quais dilemas vivem os adolescentes na contemporaneidade e de que maneira estes dilemas estão relacionados a questões familiares?

Colocado isso, entrevistamos uma família em local apropriado e privativo, em um bairro de classe média, na cidade de Salvador/BA, que foi contatada por meio telefônico através da rede de pacientes de uma psiquiatra que atua nesta mesma cidade. Foram explicados os objetivos e interesses da pesquisa para a mãe de uma adolescente de quinze anos e, após consentimento e assentimento, respectivamente, marcou-se data para a realização da entrevista. Apesar de a família em questão se constituir de pai, mãe, irmã mais velha e adolescente, somente mãe e adolescente compareceram no dia da entrevista e, sendo assim, trabalhamos com aquilo que se apresentou no dia da entrevista como família.

A entrevista teve caráter semi-aberto, na qual o pesquisador se permitiu a liberdade de trabalhar com perguntas para além do roteiro original com base também naquilo que surge no momento da conversação. A entrevista foi realizada de forma conjunta, ora com perguntas em que as duas responderam, ora com perguntas direcionadas de modo específico para cada participante.

De modo geral, as participantes se mostraram prestativas, sorridentes e abertas ao contexto da entrevista e ao pesquisador, interessando-se pelo tema e atentas as perguntas que foram realizadas.

#### 4.1 Calmaria e tempestade no (a)mar da família

Questionadas sobre como se dá a convivência familiar, as participantes responderam:

[Mãe]

Somos uma família, assim, bem amável. Elas passaram por um período de adolescência muito que junto, em certa fase. E aquele isolamento de cada um no seu quarto aconteceu e acontece, hoje um pouco menos, mas aconteceu e acontece.

Mas a gente sai junto; no final de semana a gente almoça junto. Ano passado, quando dava, durante a semana a gente almoçava junto, mas por conta dos horários de todo mundo agora esse ano, a gente não está conseguindo almoçar junto. Mas sempre tem momentos do dia que a gente está junto. Seja assistindo algo, seja se metendo no que o outro está assistindo, seja lembrando de algo, conversando. Estamos sempre em algum momento do dia juntos. Às vezes não os quatro juntos, mas às vezes acontece, não todos os dias, mas acontece. Mas assim, a gente é bem unido.

[Adolescente]

Eu diria que assim, comparado com a maioria das famílias que eu conheço, a gente é uma família bem unida até. E eu acho que não existe um problema em conversar.

[Mãe]

É a gente diverge de pontos, às vezes se estranha, mas assim, tudo passa depois.

[Adolescente]

É... e a gente tem tradições familiares. N., minha namorada, ela almoçou com a gente. E ela falou: “nossa, eu acho muito fofo, porque vocês têm muitas tradições” [...] a gente almoçou domingo e a gente sempre vai num restaurante [...] e geralmente a gente toma sorvete depois. Aí é uma tradição, assim, sabe? Mesmo que seja pequena.

A experiência de estar junto em família parece ser valorizada por ambas, o que aparece em falas que tratam da experiência de almoçar juntos e que articula a união com a tradição. No discurso da mãe aparecem, ainda, preocupações relativas aos momentos de “estar junto”, seja quando ressalta que o período da adolescência trouxe o isolamento “de cada um no seu quarto”, seja quando diz que, por conta das rotinas, tem sido difícil almoçarem juntos. Mãe e filha dizem que há uma união na família que pode ser encontrada em momentos como o almoço de domingo, e que isto tem um valor de tradição.

Com a união, aparece também, ainda que indiretamente, na fala primeiro da adolescente, aspectos que apontam para divergências na família: “a gente é uma família bem unida até. E eu acho que não existe um problema em conversar”, no que a mãe comenta: “É... a gente diverge de pontos, às vezes se estranha, mas assim, tudo passa depois”.

A partir do que surgiu como “estranhamento” na relação entre as duas, perguntamos sobre como descreveriam a relação entre elas, e a mãe disse:

[Mãe]

Olha, eu tenho um amor, assim, enorme pelas minhas filhas. É um amor diferente, porque cada uma é diferente. Então, eu aprendi a lidar com elas e entendi que mesmo irmãs, e mesmo saindo de mim, são seres humanos diferentes, mas eu amo infinitamente.

Eu acredito que a minha relação com a B. é uma relação boa. A gente diverge em alguns pontos, pontos fortes, como religião. Mas o meu amor supera tudo isso.

E apesar de algumas coisas que acho que pai e mãe fazem, de, tipo, idealizar certas coisas, como religião, como alguns sonhos que a gente tem, eu estou aprendendo a lidar com isso e a colocar o meu amor, a minha felicidade dela, no topo disso. Entende? Então, eu acredito que é uma relação boa de conversa, de abertura, de carinho.

B. passou por processos muito difíceis, então, hoje em dia, ela tem mais abertura de falar, mas antes não. Então, isso era muito complicado, porque eu sou muito de falar e ela se fechava. Eu via muitas vezes ela triste e fechada e eu queria entender, eu queria acabar com aquela tristeza dela, eu queria, de alguma forma, interferir.

Então, houve esses desgastes, até que a gente descobrisse que ela estava, na verdade, com depressão há um tempo. Mas, assim, foi um processo muito doloroso de vê-la não sabendo lidar com a situação e a gente também não sabendo lidar com a situação. Então, ela ficava muito isolada mesmo.

E foi difícil, bem difícil.

Como se observa, surgem divergências na relação e convivência familiar que tocam em pontos importantes a serem discutidos. Na fala da mãe, encontramos que ela localiza sua experiência de divergência em idealizações, “coisas que acho que pai e mãe fazem”, mas que o fato de amar a filha e pôr a felicidade dela acima de suas expectativas a ajuda a manter uma relação em estado de abertura e carinho. Assim, o amor parece dar tratamento às divergências encontradas na relação familiar e a posição de abertura da mãe a ajuda a lidar com suas próprias idealizações, planos e expectativas.

A divergência parece, sobretudo, tocar “em alguns pontos, pontos fortes” no qual ela destaca a religião. Instigadas a falar um pouco mais sobre estas divergências, as participantes disseram:

[Mãe]

Tem bastante coisa [risos]. Bom, e a partir dessa parte de religião, vem outras associadas a isso, né? [...]

[Adolescente]

Tipo, eu não sei, mas, é...

Eu comecei a, tipo assim, desenvolver um pensamento divergente dos meus pais muito cedo. Então, eu não, assim, sabia lidar muito bem com essas divergências. Aí a gente discutia, mas agora a gente não discute tanto. Mas, tipo, questões de política, eu discuto, discutia bastante com eles. Religião, já discuti muito. Não porque eu queria discutir, mas porque era uma coisa imposta, assim, a mim.

E eles não queriam aceitar, tipo, num certo momento. E, é, sexualidade também, se tornou um outro ponto que a gente diverge.

[Mãe]

É, eu acho que as três principais.

Religião, política e sexualidade são pontos de tensionamento das relações entre a adolescente e os pais e parecem tocar em aspectos intergeracionais que atravessam questões não somente do sistema de crenças e pensamentos de cada um, mas que também tocam em aspectos da ordem do modo de se viver. A adolescente marca que as discussões eram provocadas pela forma unilateral (“imposta”) na qual ela era cobrada a seguir um modo de vida que assinalava a demanda dos pais. As discussões entram, portanto, na função daquilo que vai separar a demanda idealizada dos pais do regime de vida desejado pela adolescente.

Autores como Strey, Horta e Lucini (2024) apontam que a adolescência e a juventude costumam se apresentar com algum grau de desafio, ruptura ou mudança relativos aos padrões herdados da família; todavia, mudanças e rupturas com padrões mais antigos somente são possíveis quando há, na família, uma sensação de segurança e liberdade anterior às investidas de caráter disruptivo. Ou seja, o adolescente só parte para uma investida questionadora e disruptiva quando reconhece, naquele mesmo contexto familiar, certo suporte e segurança do qual se autoriza superar. Podemos reconhecer este duplo movimento na fala da adolescente deste estudo, na medida em que ela reconhece sua família como lugar de união e tradição e, ao mesmo tempo, questiona crenças e valores que sente como impostas pelo par parental.

Assim, junto aos autores Strey, Horta e Lucini (2024, p. 91) podemos dizer que “a melhor palavra para definir o envolvimento familiar é a ambivalência”.

Autores como Antunes *et al.*, (2018), Costa *et al.*, (2018) e Scarpati e Gomes, (2010) identificaram em suas pesquisas que a qualidade da relação entre pais e filhos é um fator que influencia o aparecimento ou não de sintomatologia depressiva ou transtorno depressivo nos filhos. As pesquisas também apontaram correlação entre níveis altos de conflitos com a mãe e sintomas do transtorno depressivo. Neste estudo, é possível dizer que os conflitos e “divergências” apontadas nas relações familiares podem ser um entre inúmeros fatores que contribuem para algum nível de mal-estar nas relações familiares, sem que isso signifique que tais dificuldades influenciaram de forma mais expressiva o quadro depressivo da adolescente.

A mãe parece localizar a religião como ponto pivô de onde derivam outros pontos de divergência, como a política e a sexualidade. Neste ponto, cabe a discussão sobre como a religião dos pais é, muitas vezes, transmitida de forma verticalizada na relação com os filhos e, com isso, o regime moral e de crenças que sustenta sua visão de mundo é imposta aos filhos sob o modo de projeções e expectativas. Apesar de a mãe se localizar quanto às suas expectativas e idealizações em torno da filha, a interrupção, pausas e fala concisa, quando trata das “divergências”, parecem sugerir que se trata de uma questão latente e sensível nesta relação familiar.

Convergente a isto, ainda comentando sobre as relações familiares, a adolescente diz:

[Adolescente]

Eu acho que a minha relação com a minha mãe é uma relação boa. Eu gosto de contar as coisas para ela, apesar de, sei lá, às vezes ser necessário omitir algumas coisas ou então não contar tudo, por medo, ou então, sei lá.

Mas eu não gosto de deixar coisas muito escondidas, eu gosto de deixar atualizadas. O que acontece com meus amigos, comigo, na escola. E eu acho que esse ponto da gente dividir demais as coisas, assim, é um ponto forte na nossa relação.

Mas, eu acho que, não sei, a gente sabe lidar com isso. Claro que é doloroso, para mim e para ela. Mas, cada um lida de sua forma e a gente prefere só deixar, tipo assim, sabe? Tá bom. E, às vezes, é difícil lidar também com o temperamento, né? Porque a gente tem temperamentos bem diferentes.

Eu acho que eu sou muito parecida com meu pai, em alguns sentidos. E minha irmã é muito parecida com minha mãe. E aí, às vezes, eu fico muito, tipo, às vezes parece que elas se juntam, assim.

Minha mãe e minha irmã. E aí, eu fico, tipo, sei lá, sem saber muito o que fazer. Porque nós somos três mulheres, né?

E, tipo, geralmente é uma união, sabe? E, às vezes, eu fico meio pra fora, assim, tipo, vocês estão contra mim? Às vezes, eu sinto isso.

Mas assim, é uma relação boa, até. Eu acho que com todo mundo da minha família, eu não tenho problemas muito grandes. Se tem, a gente tenta resolver e é isso.

Então, é difícil, né? Conviver sempre com a mesma pessoa há anos já. Claro que vão existir problemas e conflitos, mas a gente tem que lidar.

Notamos que, apesar de “dividir demais as coisas” e isto ser um ponto forte na relação com a mãe, a adolescente admite que há omissões e coisas nas quais ela prefere não dizer à mãe, “por medo”. Este ponto parece apontar para o movimento de separação necessário que ocorre nas relações entre pais e filhos no momento da adolescência. Aí, é preciso reconhecer que o adolescente advém como alguém separado dos valores, crenças e expectativas paternas e maternas e caminha na direção de sua singularidade. “Claro que é doloroso, para mim e para ela” (adolescente), assinala que este momento pode ser vivido em meio a conflitos e angústias próprios a este movimento de separação. A angústia é, sobretudo, o afeto por excelência que permite uma separação com o Outro, mais ainda quando este Outro marca sua presença de forma massiva e de modo a impor seus desejos (Lacan, 2005).

Vemos que a elaboração da perda da condição infantil não é tarefa que concerne somente ao adolescente, mas passa também pela elaboração dos pais quanto aos planos e desígnios depositados nos filhos. Sendo uma via de mão dupla, adolescente e família procuram, cada um da sua forma, dar tratamento para as inadequações constatadas no âmbito da relação. Neste momento de reconfiguração, Alberti (2004) destaca a importância dos pais, na adolescência, se apresentarem como um ponto de referência simbólica capaz de fornecer parâmetros e orientações, ainda que tais referências sejam incompreensíveis, falhas ou retrógrados para o adolescente.

Diferentes autores e pesquisas (Strey, Horta e Lucini 2024; Rabinovich e Moreira, 2011; Alberti, 2004) colocam os pais no lugar de uma referência fundamental e importante no processo de constituição das relações familiares; por mais que o adolescente não compartilhe dos valores, crenças e projetos de vida, o ponto de referência estabelecido pelos pais é o que abre a possibilidade para que identificações e separações possam ocorrer no interior das relações familiares.

O decorrer da entrevista fez aparecer um conflito latente vivido no âmbito desta relação familiar, e que surgiu logo após o final da última fala da adolescente, destacada acima.

A mãe disse:

[Mãe]

Posso me defender? Não é que a gente se junte. É porque, por conta da minha idade e das coisas que eu já vivi na minha vida, eu acredito que eu tenho uma experiência de vida.

E a sua irmã, um pouco mais que você, por conta da idade dela também. Então, muitas vezes, eu me recorro a ela.

[Adolescente]

Não, não falo nem disso...

[Mãe]

Pra, tipo, eu tô indo no caminho certo? É isso mesmo? Me ajuda aqui e tal. O que você pensa disso? Pra ter uma segunda opinião. Porque, tipo, nem todas as vezes eu tenho uma pessoa de confiança pra estar falando algumas coisas. E a sua irmã acaba sendo essa pessoa de confiança, entende?

Sim. Então, tipo, é mais... não é, tipo, me unindo a ela, mas, tipo, me dá uma opinião do que você pensa, é isso mesmo, porque, tipo, ela tem uma idade mais parecida com a sua, em relação a você ela tem uma idade mais parecida com a minha, entende?

Ela tá meio que no meio do caminho, então eu acho que é uma opinião mais justa dela me dizer algo. “Não, eu acho que você tá exagerando, não, eu acho que não sei o quê”. Entende?

[Adolescente]

Você não acha que você tipo, recorrer, é... assim... não sei se isso sempre aconteceu... mas, naquele período lá daquele negócio com meu pai, você recorria muito a ela, né?

[Mãe]

Não, ali foi um erro. É, sim.

Não tem nada a ver com isso. Não tem nada a ver, não.

[Adolescente]

Você não acha que esse hábito começou a partir desse momento?

[Mãe]

Não.

[Adolescente]

Não?

[Mãe]

Pode ser, mas eu me toquei e eu não faço mais isso.

[Adolescente]

É que eu era criança, tinha, tipo, 11 anos e ela tinha 16.

[Mãe]

É, eu sei.

[Adolescente]

E ela já falou pra mim que, tipo, eu fiquei sabendo de coisas que eu não gostaria de saber, sabe?

[Mãe]

Sim. Não, mas eu não faço isso mais, com frequência, como fazia, justamente por ter notado que foi um erro.

[Adolescente]

Entendi.

Mãe e adolescente convocam os outros personagens da trama familiar e parecem se referir a um conflito vivido mas não explicitado. Para além do fato ocorrido com o pai, que repousou, na conversa, sob o véu de um segredo familiar, a mãe convocou a irmã mais velha para lidar com uma situação na qual não parecia se localizar. Sob a justificativa da idade da irmã, a mãe coloca a irmã mais velha em um lugar de consultora e intermediária na relação com a adolescente, na situação mais atual, e na situação mais antiga (fato com o pai), como algum tipo de suporte do qual não ficou claro o tipo (se emocional, consultivo, etc...). De todo modo, e nas duas situações, a mãe movimenta as peças que tem na tentativa de lidar com algo do qual não sabe bem como, seja no ocorrido com o pai, seja nos conflitos mais recentes com a adolescente.

Retomamos a fala da adolescente ressaltando as dinâmicas constituídas no núcleo familiar, que passam por identificações e alianças:

[Adolescente]

E, às vezes, é difícil lidar também com o temperamento, né? Porque a gente tem temperamentos bem diferentes, assim.

Eu acho que eu sou muito parecida com meu pai, em alguns sentidos. E minha irmã é muito parecida com minha mãe. E aí, às vezes, eu fico muito, tipo, às vezes parece que elas se juntam, assim. Minha mãe e minha irmã. E aí, eu fico, tipo, sei lá, sem saber muito o que fazer. Porque nós somos três mulheres, né?

E, tipo, geralmente, assim, é uma união, sabe? E, às vezes, eu fico meio pra fora, assim, tipo, vocês estão contra mim? Às vezes eu sinto isso.

Aqui, pedimos para que ela comentasse um pouco mais sobre o momento em que diz ser parecida com o pai, no que ela diz:

[Adolescente]

Eu acho que o meu pai, ele é uma pessoa, assim, tranquila, sabe, de saber lidar com as coisas, mas ele é explosivo. Então, tipo, sei lá, às vezes ele chega do trabalho e eu não sei como é que tá. Então, qualquer coisa que eu faça ou que eu fale, ele vai explodir.

Então, tipo, ele passa, sei lá, semanas de boa, tranquilo, mas depois do nada ele dá um corte que eu fico assustada, sabe? Eu acho que eu sou parecida com ele. Eu acho que, na verdade, eu sei mais lidar com essa questão de explodir, do que ele. Até porque eu faço terapia e ele não.

Mas, é, eu acho que eu sou mais parecida com ele no sentido de temperamento mesmo. Não sei, tem comportamentos também que eu vejo de, tipo, tentar ajudar todo mundo, sabe? Aquele negócio de ser *people pleaser*, sabe? [...] é um termo que, tipo, a pessoa tá sempre disposta a ajudar todo mundo, sabe? E se doa demais pras pessoas.

Eu acho que esse traço dele me identifica um pouco.

Os motivos ou traços pelos quais a adolescente aproxima o temperamento da mãe com a irmã mais velha não foram ditos. No entanto, ela se identifica ao aspecto “explosivo” e ao traço “*people pleaser*” do pai. O interessante é constatar que as posições implícitas no aspecto “explosivo” e “*people pleaser*” caminham na ambiguidade entre agradar e desagradar o outro. De outro modo: alguém que ou se afasta demais ou se doa demais para o outro.

No quadro amplo das relações familiares acima demonstradas lembramo-nos de Miller (2006) que, apoiado na perspectiva lacaniana de família, nos diz que o terreno familiar é palco do mal-entendido, do desencontro, dos segredos e do não-dito. Observamos que estes aspectos aparecem de forma latente no discurso das entrevistadas, ressaltando que há coisas no interior das relações familiares muito além dos ideais de boa convivência, amor e expectativas harmoniosas.

Com estas considerações, buscamos situar o contexto da convivência familiar e traçar um breve resumo das dinâmicas mais recentes vivenciadas entre os membros desta família. Discutimos aspectos da relação dos pais com a adolescente, destacando pontos de união e tradição, bem como conflitos e divergências que passam pela política, religião e sexualidade, além de evidenciar dinâmicas identificatórias, segredos familiares e alianças dentro destas relações.

No próximo subcapítulo, discutimos as falas das participantes que giram em torno da condição do transtorno depressivo da adolescente, apresentando aspectos constitutivos e contexto de vida.

## 4.2 Procurando motivações e explicações: a depressão entre marcas identificatórias e contexto de vida

Com o intuito de contextualizar o leitor sobre os acontecimentos, percepções e características da vida da adolescente e o seu transtorno, relatamos e discutimos neste subcapítulo algumas falas das participantes. Para isso, partimos para a investigação dos antecedentes familiares em relação à depressão e/ou outros transtornos mentais, bem como buscamos historicizar a vida da adolescente para nos situar em seu contexto de vida e familiar. Resgatamos a fala da mãe:

[Mãe]

B. passou por processos muito difíceis, então, hoje em dia, ela tem mais abertura para falar, mas antes não. Então, isso era muito complicado, porque eu sou muito de falar e ela se fechava. Eu via muitas vezes ela triste e fechada e eu queria entender, eu queria acabar com aquela tristeza dela, eu queria, de alguma forma, interferir.

Então, houve esses desgastes, até que a gente descobrisse que ela estava, na verdade, com depressão há um tempo. Mas, assim, foi um processo muito doloroso de vê-la não sabendo lidar com a situação e a gente também não sabendo lidar com a situação. Então, ela ficava muito isolada mesmo. E foi difícil, bem difícil.

A mãe da adolescente reconhece o período “difícil” vivido nas etapas anteriores ao diagnóstico de depressão. Para ela, ninguém sabia “lidar com a situação” ao mesmo tempo em que desejava “interferir” e “acabar com aquela tristeza”. A depressão foi uma “descoberta”, na qual, neste subcapítulo e nos seguintes, iremos discutir as implicações na família.

A mãe nos conta que sua irmã, tia da adolescente, tinha diagnóstico de depressão e, no mesmo momento em que relata a condição da sua irmã, diz que ela mesma já teve depressão: “eu já tive depressão, uns meses atrás”. Não há, na fala da mãe nem da adolescente, nada que possa nos ajudar a desenvolver a história deste sintoma familiar, a não ser a constatação de que, para além das questões genéticas possivelmente implicadas na família, — que não são o foco desta pesquisa — podemos supor que algo de um sintoma familiar, entre as mulheres do núcleo familiar mais próximo (mãe, tia, adolescente), frequentemente assume a via depressiva como solução (reação) aos conflitos vividos particularmente, sem que isso possa significar que nesta família há uma tendência à “depressividade”.

Localizado como algo do passado, a mãe não fala mais sobre sua irmã ou sobre sua própria questão com o transtorno, e passa a falar da filha:

[Mãe]

Esse tempo aí de diagnóstico é um pouco confuso pra mim. Porque o que acontece, é... O diagnóstico ele veio ano passado. Né, filha? Só que... Eu acho que ela já tinha dado indícios antes. Bem antes.

B. tinha um comportamento, antes da pandemia. Ela sempre foi um pouco introspectiva mesmo, né, filha? Mais na dela e tal. É... pós pandemia... B... claro, todos nós não sabíamos lidar com isso. E ao retorno às atividades de vida diária... é... ela não se encaixava, não se adaptava. Ela começou a tirar notas muito baixas. É... ela não conseguia aceitar convite dos colegas pra fazer coisas e tal. Ela não estava bem.

Seguiremos no rastos dos “indícios” que adolescente dava, “bem antes” do diagnóstico. A mãe descreve a adolescente como “introspectiva”, “mais na dela”. Em momento posterior, a adolescente fala de si e da sua infância, dizendo:

[Adolescente]

Antes desse meu diagnóstico de depressão, eu lembro que teve uma vez que eu estava conversando com minha mãe e minha irmã e eu tava falando sobre como eu era quando eu era criança... Assim... Porque eu era uma criança... Tipo... Não sei... Eu sempre fui muito melancólica, hoje em dia eu não sou mais tanto... Mas eu acho que quando criança eu era... Eu não sei... Eu sentia demais... Assim, as coisas... Tudo estava dando errado... E tipo... O universo conspirava para dar errado para mim... Não sei... Eu era muito... Assim... Não sei... Eu sentia muita tristeza... Mas... É... Eu não sei...

Eu acho que eu sempre tive, assim... Um traço de personalidade meio melancólico, meio deprimido.

A adolescente se identifica com traços melancólicos e reconhece que, desde a infância, características como “sentir demais”, achar que “tudo [...] estava dando errado” e “muita tristeza” a acompanharam por determinados períodos. Complementando a fala da adolescente, a mãe diz:

[Mãe]

Desde pequena, desde muito pequena... Eu via B. diferente. Ela sempre foi muito criativa... É... e bebezinha, com um ano, dois anos... Muito criativa, construía coisas. Era muito engraçada. Com o passar do tempo, eu acho que... uns... nove, oito, nove anos... Ela começou a ter hiperfoco. Por exemplo... teve pônei... assim... né? Teve pônei, teve uns bichinhos de pelúcia. E ela queria coleção, tipo, toda semana ela queria um bichinho novo daquele e tal... E aí... Começou a fazer uns videozinhos... No YouTube... E aí... Hiperfocava naquilo. Cada período ela tinha aquele interesse. Passava um período... Naquele interesse... Acabava aquilo, partia para outro... E ela tinha esses hiperfocos... E isso me chamava muita atenção. E eu ficava... será que é normal isso? Está tudo bem? Ou tem

alguma coisa? Ou ela é uma criança que simplesmente gosta de colecionar coisas? E assim, isso sempre me acompanhou...

E essa característica que ela falou, de melancolia, é desde muito pequenininha. Quando ela estava com fome, ela não falava que estava com fome, bebezinha, ela se recolhia no cantinho, deitava, as vezes, no sofá, e ela chupava dedo na época e aí ficava ali chupando dedo, e eu procurava e perguntava: “ta fazendo o que aí? ta com fome?” aí ela balançava a cabeça [risos]. Aí eu, “vamo jantar e tals”. Então ela sempre teve esse lado assim, quietinho. Enfim.

Então assim, esse diagnóstico veio ano passado, mas a gente não sabe quando ele chegou exatamente.

Na observação da filha quando esta ainda era criança, a mãe já observava algo de “diferente”, que rapidamente associa-se à “criativa” e, em seguida, ela chega a se perguntar se havia algo de “normal” com a filha, dizendo que esta pergunta “sempre a acompanhou”. Concordando com a filha, ela observa que algo de uma “melancolia” estava ali “desde muito pequenininha”. Assim, temos que a mãe, desde suas observações da filha ainda criança, pergunta-se sobre a normalidade da filha a partir de comportamentos idiossincráticos que lhe chamavam a atenção, o que se sobressai na última fala, quando diz não saber quando o diagnóstico “chegou exatamente”.

Esta fala da mãe nos coloca frente a primeira implicação acerca do diagnóstico recente de depressão da filha. Por restrospectiva (“[o] diagnóstico veio ano passado, mas a gente não sabe quando ele chegou exatamente” / “Eu acho que ela já tinha dado indícios antes. Bem antes”), a mãe parece entender que o diagnóstico ocupa um lugar que coaduna a explicação de comportamentos, modo de ser e marcas identificatórias nas quais a adolescente se reconhece e que a acompanharam durante toda a vida. Os indícios que ela capta na adolescente parecem, assim, encontrar uma explicação na nomeação diagnóstica e fazem entender que o diagnóstico poderia ter sido feito em uma fase anterior da vida da adolescente. Podemos identificar, portanto, uma função explicativa referente ao diagnóstico, que possui efeitos subjetivos a partir de uma nomeação que vem dar respostas a uma série de perguntas, que a mãe se faz, desde a infância da filha (“Será que é normal isso? Está tudo bem? Ou tem alguma coisa?”).

Para além dos aspectos que marcaram a constituição das identificações na adolescente, que reúnem aspectos como “introvertida”, “criativa”, “diferente”, “quietinha”, “melancólica” e a história familiar e genética (mãe e tia), é importante destacar as condições de vida da adolescente, que se encontrava em contexto de pós pandemia. Tais condições se articulam

com características constitutivas de sua história de vida e parecem produzir as condições para a formação de seu quadro depressivo.

A mãe relata, a seguir, quando da primeira vez em que a adolescente procurou ajuda:

[Mãe]

Em 2022, eu conheci Y. Ele é neuropsicólogo. E B. me pediu pra fazer uma avaliação. Na verdade, eu não sabia que era um neuropsicólogo que fazia isso. Eu corri pra alguns lugares e só depois que eu encontrei a resposta. E... B., ela estava perdendo totalmente o foco. Ela um dia chorou muito pra mim e disse:

“Eu não sei o que está acontecendo comigo. Eu estava entrando na plataforma da escola pra ver uma atividade de casa. E quando eu abri o [nome da plataforma], eu não sabia o que eu estava fazendo ali. Eu não me lembrava. Me deu um branco total”.

E ela chorava muito. Ela falou... “Mãe, será que eu tenho alguma coisa? Um diagnóstico? Um TDAH? Será que eu tenho alguma coisa?”

E aí, a gente começou essa busca por esse profissional pra nos ajudar. Ela fez dez sessões diagnósticas com esse neuro. O diagnóstico foi surpreendente. Na verdade, o que apareceu pra gente [é que] ela tinha ansiedade. E o QI um pouco mais elevado do que a média da idade dela. Na época ela tinha doze, né, filha? Doze anos.

O que acontece? B., ela tinha diversas habilidades. Era boa demais em vários pontos que foi feito na pesquisa dele. Na aritmética, ela era mediana comparada com ela mesma. E isso era um choque. Porque ela era muito boa em todas as outras coisas. E isso gerava um conflito nela. Em resumo, foi isso. Mas não se achou qualquer outro tipo de diagnóstico.

Chama-nos a atenção que o momento do desencadeamento de uma crise é acompanhado pela pergunta: “Será que tenho alguma coisa? Um diagnóstico? Um TDAH?”. Observamos que a pergunta da adolescente, apesar de se referir a uma preocupação com ela mesma e seu estado afetivo/emocional e/ou psicológico, imediatamente adquire um sentido que a divide entre o binômio ter ou não ter “alguma coisa”, isto é, ter ou não ter um transtorno como tal.

Isto nos coloca diante de uma questão contemporânea na qual os estados afetivos, emocionais e/ou psicológicos, vividos como desconfortáveis ou intensos e a experiência do sofrimento psíquico logo adentram o terreno das nomeações psicopatológicas tal como as conhecemos a partir dos termos da psiquiatria atual. O tempo para ponderações sobre as condições de vida, modos de se relacionar, considerações sobre as próprias motivações,

desejos, desagradados e conflitos, isto é, o tempo do conflito subjetivo, submerge sob a demanda de uma nomeação que vem explicar o sofrimento psíquico ao modo de uma entidade nosológica, diga-se, psiquiátrica. Para Freitas e Reuter (2021) e Martins (2008) o diagnóstico na contemporaneidade assume uma vertente de subjetivação pautada no saber médico-científico, por sua vez fundamentado na medicalização, na biopsiquiatria e no biopoder. No estudo de caso aqui apresentado, vemos que o sofrimento psíquico é lido dentro das condições de produção discursivas concernentes a estes saberes.

Veras (2023) comenta a tendência contemporânea, encontrada principalmente em adolescentes que se precipitam no ato suicida, na qual há uma precipitação temporal que passa rapidamente do instante de ver ao momento de concluir. Conclusões e/ou mesmo explicações são rapidamente assumidas como verdades incontornáveis, sem que haja espaço para uma dialética que ponha em jogo o conflito subjetivo e as inúmeras respostas que podem ser encontradas no campo, essencialmente enigmático, do Outro.

Longe de ser uma pergunta ilegítima (“Será que tenho alguma coisa?”), indicamos que o aspecto da temporalidade, que poderia admitir o instante de ver, tempo para compreender e momento de concluir, passa de imediato do instante de ver ao momento de concluir, sem que o tempo para compreender entre no circuito de compreensão do sofrimento psíquico. Os termos “instante de ver”, “tempo para compreender” e “momento de concluir” são formalizados por Lacan ao falar dos tempos lógicos de uma análise, no texto sobre “O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada” (Lacan, 1998).

Neste estudo, ao considerarmos as funções psíquicas e sociais do diagnóstico da família em questão, compreendemos que o discurso da adolescente aponta para o encurtamento temporal entre “ver” e “concluir”, na medida em que a demanda por um diagnóstico sobrepõe a lógica conflitiva e busca dar sentido a ela. Diferentemente da mãe, que desde a infância da filha se pergunta se há algo de anormal com a filha e, portanto, admite um conflito, a divide como sujeito e a coloca no longo caminho do “tempo de compreender”, sem que isso envolva uma demanda imediata por algum diagnóstico ou nomeação.

Sendo assim, observamos que as identificações acima descritas e os sintomas apresentados pela adolescente em momento de crise apelam para uma demanda de nomeação que venha dar conta de explicar a vivência do sofrimento psíquico. Na contemporaneidade, o sofrimento psíquico parece não admitir perguntas como “O que eu estou sentindo?”, “O que tenho feito com minha vida?”, e passa a adquirir o viés de perguntas acerca do “O que eu tenho?”, sendo que “O que eu tenho?” está intimamente relacionado ao *hall* das classificações psiquiátricas, aos transtornos.

Portanto, indicamos que o diagnóstico está condicionado às condições de produção discursivas, históricas, sociais, econômicas, políticas e científicas de uma época, na qual atualmente o discurso científico-psiquiátrico tem força e predominância quando se fala em sofrimento psíquico (Sancho, *et al.*, 2019; Rosenberg, 2002).

É preciso considerar, ainda, que a crise vivida pela adolescente situava-se no contexto pós-pandêmico, no qual boa parte da humanidade encontrava-se lidando com as vulnerabilidades e incertezas impostas pelo vírus da Covid-19. O isolamento, a realização de atividades online, o *stress* e preocupações causadas pelo risco de contaminação e medidas de segurança em relação ao vírus certamente são fatores que influenciaram a vivência de sofrimentos diversos e, em um momento como este, as fronteiras já não tão claras sobre o normal e patológico se ofuscam ainda mais, colocado que o escancaramento das vulnerabilidades articulam angústias pessoais a um momento de crise que é vivido por todos.

Para concluir, mais dois aspectos chamam a atenção na fala da mãe: (1) a procura de um neuropsicólogo e (2) o diagnóstico de ansiedade.

Por meio da entrevista, não foi possível identificar o porquê da procura por um profissional de neuropsicologia e não outro, como um psiquiatra ou psicólogo. Na fala da mãe, entendemos que ela já conhecia o profissional e o procurou para uma avaliação: “Em 2022, eu conheci Y. Ele é neuropsicólogo. E B. me pediu pra fazer uma avaliação. Na verdade, eu não sabia que era um neuropsicólogo que fazia isso. Eu corri pra alguns lugares e só depois que eu encontrei a resposta”.

Com a urgência da demanda e sofrimento da adolescente, a mãe parece ter recorrido a alguém que já conhecia. O tipo de avaliação conduzida pelo neuropsicólogo parece ter sido ampla, já que contemplou o aspecto psicopatológico, mas também cognitivo, como fica claro nos dados sobre o QI e habilidades da adolescente. A mãe, mais uma vez, destaca a filha como alguém diferente (“QI um pouco mais elevado para a média da idade dela”), e o aspecto “surpreendente” do diagnóstico parece ter sido tanto pela habilidades acima da média, como pelo fato de o diagnóstico ter sido de ansiedade.

Após o comentário sobre o diagnóstico dado pelo neuropsicólogo, a mãe relata que B. melhorou muito nas notas, “subiu de nível, deslanchou”. Apesar de observarmos na fala da mãe que, após a avaliação neuropsicológica e o diagnóstico de ansiedade, a adolescente “deslanchou”, não temos elementos suficientes para localizar efetivamente os efeitos que esta avaliação/diagnóstico podem ter gerado em termos de contribuição para a melhora do quadro da adolescente, o que não deixa de ser uma hipótese.

Ademais, a mãe comenta que o profissional recomendou que B. fizesse psicoterapia, mas a adolescente, naquela época, “não quis de jeito nenhum”. Somente dois anos depois, a adolescente pediu à mãe para fazer psicoterapia. Com o início da psicoterapia, a mãe relata ter percebido “falas de desânimo muito grande, de não querer levantar para tomar banho, de não querer fazer nada”. Preocupada, a mãe entra em contato com a psicóloga e a profissional lhe relata a preocupação crescente com a adolescente, recomendando que elas deveriam procurar um suporte psiquiátrico:

[Mãe]

E aí teve o diagnóstico de depressão. E o que a doutora me disse é que a gente demorou demais.

Só que... Como eu falei para ela... É... Nós já observávamos, eu e o meu esposo, algumas coisas em B., mas a gente insistiu muito com a terapia durante muito tempo e ela não quis fazer, e a gente não podia obrigá-la, né... Não ia ter efetividade.

Então, quando partiu dela, nós imediatamente fizemos.

Destacamos que o encaminhamento para uma psiquiatra só se deu devido a uma recomendação da psicóloga da adolescente, ou seja, a partir de um tratamento psicoterápico já em andamento, o que aprofundaremos na próxima discussão.

Neste subcapítulo tratamos de contextualizar, a partir das falas das participantes, os antecedentes, as identificações, momentos de crise e momentos em que se buscou suporte ou ajuda psicológica, a fim de podermos nos situar em relação à vida da adolescente e da família em questão.

Identificamos a função explicativa do diagnóstico, para mãe e para adolescente, quando colocada em relação à história de vida e identificações da mesma, o que cumpre parcialmente com o primeiro objetivo deste estudo, qual seja, o de identificar funções sociais e psíquicas que este diagnóstico assume nas relações familiares.

A seguir, prosseguimos de forma mais aprofundada com o momento do diagnóstico de depressão, buscando ampliar a análise do primeiro objetivo citado acima, bem como trabalhar com o objetivo de número dois, a saber: (2) investigar como acontecem os processos de subjetivação do diagnóstico entre os membros da família.

### **4.3 Palmilhando desvios e bifurcações: funções sociais, psíquicas e modos de subjetivação do diagnóstico de depressão**

[Adolescente]

Ela falou, olha, eu vou te passar um remédio aqui, que é um antidepressivo, você tá com depressão, e é isso. Aí, foi assim, bem...

Na primeira sessão com a psiquiatra, a adolescente recebeu uma receita de medicação antidepressiva acompanhada de um diagnóstico de depressão. Colocando dessa forma, visamos ressaltar o que foi apontado em revisão de literatura deste estudo, na qual se discutiu a relação indissociável, na contemporaneidade, entre diagnóstico e medicação. A adolescente nos conta que esperava que a primeira sessão “ia ser uma coisa mais de introdução”, que iriam conversar com ela e com seus pais.

Questionada sobre como foi ter recebido o diagnóstico de depressão na primeira sessão, relata:

[Adolescente]

Acho que... [pausa] foi um alívio. Saber que, tipo, eu conseguiria tratar, assim, o que tava me afligindo. E eu realmente não tava legal. Eu acordava, e eu queria dormir o dia inteiro, e, assim, eu nem pensava, sabe? Eu só sentia tristeza. E, aí, pensar que, tipo, isso ia passar e que não tava nada anormal comigo, foi aliviante.

Alívio e esperança dão o tom, para a adolescente, do momento da nomeação diagnóstica. O diagnóstico a faz pensar que o que ela tem é tratável e, ao contrário do que se poderia pensar em relação aos transtornos psiquiátricos, possui um aspecto de normalidade, o que fica claro em “não tava nada anormal comigo”. Colocando em relevo a objetividade por parte da psiquiatra, questionamos a adolescente um pouco mais sobre esse momento da nomeação, e ela diz:

[Adolescente]

Olha, eu não esperava outra coisa, não. Eu não esperava outro diagnóstico, ou não ter diagnóstico. Eu acho que, assim, sei lá, eu acho que eu suspeitava muito da depressão. E... não foi um choque. Na verdade, tipo, eu até fiquei assim, ah, que bom, né? Que isso que eu estou passando tem nome. Não é um problema, assim, que eu vou ter que passar sozinha. Eu vou tomar remédio, eu posso ter o apoio de outras pessoas e eu fiquei aliviada mesmo.

O sentimento vivenciado como “alívio”, um dos efeitos da nomeação, aparece articulado à função social que o diagnóstico assume. De fato, ao localizar seu sofrimento psíquico na nomeação diagnóstica, a adolescente se abre não só às formas possíveis de tratamento para sua condição, mas também localiza que o diagnóstico lhe abriu a possibilidade de ter o apoio de outras pessoas.

Autores como Freitas e Reuter (2021), Kehl (2015) e Silva e Brandalise (2008) apontam que transtornos psiquiátricos como a depressão muitas vezes são estigmatizados e alvo de críticas, chacotas e preconceitos por parte da sociedade; é quando, propriamente, a marca da diferença causa mal-estar no laço social. Por outro lado, é consenso entre autores como Dunker (2021) e Kehl (2015), que a pessoa com depressão tende a denunciar o caráter frívolo e frágil das atitudes humanas, interpretando-as como fazendo parte de um teatro de semblantes sem sentido, absurdo e inútil, o que provoca em muitas pessoas o sentimento de irritação ou raiva na lida com depressivos.

Em outro momento da entrevista, ao falar sobre sua condição depressiva, a adolescente disse:

[Adolescente]

Eu não queria sair de casa por nada [...] eu comecei a sentir ódio de todo mundo nessa época... eu não queria falar com nenhum amigo meu, pra mim... tipo... todo mundo era mal pra mim. E eu acho que o que eu mais senti nessa época foi que eu... todo mundo estava inserido num grupo, menos eu. Tipo... estava todo mundo ali vivendo e querendo viver, mas eu não... eu estava pra trás. Então... eu acho que essa foi a principal coisa que eu comecei a estranhar dos meus amigos, porque eu me afastei muito deles, muito, de todos. Mas eu não sei, eu me sentia diferente.

A partir deste comentário, poderíamos considerar a importância do diagnóstico nos casos de depressão, levando em conta que um dos aspectos da própria condição depressiva é o isolamento e o sentimento de não fazer parte da humanidade, já que foi a partir do diagnóstico que ela pode se abrir aos laços sociais.

No caso específico deste estudo, notamos a função singular que o diagnóstico de depressão assume para a adolescente: o diagnóstico é vivido não como marca da diferença e é justamente o seu contrário; permite-a afastar-se da solidão e isolamento, já que a nomeação recoloca-a como experienciando algo do humano e passível do ser vivo. A depressão, mapeada pelo saber médico e psicológico, encontra os contornos necessários para ser reconhecida enquanto algo do fenômeno humano e o fato de poder nomeá-la como tal retira o sujeito de sua condição vivenciada como “um problema comigo” (de si), passando a poder vivenciá-la como “um problema que pode ser vivido por todos”, por qualquer um, daí a indicação da adolescente de que não há nada de anormal com ela.

Na contemporaneidade, apontamos que o diagnóstico ‘psi’ pode ser vivenciado como pontes de identificação entre grupos minoritários. Campanhas de sensibilização acerca de condições neurodiversas, o uso de cordões específicos por pessoas com necessidades

especiais, a presença de grupos de torcidas organizadas em torno de uma nomeação como Transtorno do Espectro Autista em estádios de futebol são exemplos de como, cada vez mais, uma nomeação diagnóstica pode se apresentar como possibilidade de laço social.

Pontuamos, portanto, a partir da fala da adolescente, a possibilidade do diagnóstico recolocar o sujeito na cena do mundo, no sentido de apontar não somente um futuro, mas um futuro compartilhável, isto é, um futuro em que é possível ser reconhecido pelos outros e, portanto, reconhecer-se. É o que Lingiard (2021) aponta no que ele considera ser essencial no manejo clínico quanto a comunicação do diagnóstico ao paciente: há muitos casos em que saber que os outros têm um problema semelhante ao dele pode ser crucial para o tratamento.

Assim, constatamos que a nomeação dá contorno ao sofrimento psíquico, o traduz em possibilidade de tratamento e reinsere o sujeito no mundo. Em resumo, as implicações do diagnóstico de depressão para a adolescente foram: (a) sensação de alívio, (b) perceber-se dentro da normalidade, (c) abrir a possibilidade de laço social e contato com rede de apoio: “Ah, que bom, né? Que isso que eu estou passando tem nome. Não é um problema, assim, que eu vou ter que passar sozinha. Eu vou tomar remédio, eu posso ter o apoio de outras pessoas e eu fiquei aliviada mesmo”.

Partiremos agora para as implicações do diagnóstico na família, em específico, na mãe entrevistada.

[Mãe]

Foi uma sessão muito esclarecedora, porque B. sabia exatamente o que ela tava sentindo, falou esclarecidamente e respondeu a todas as perguntas da Dra. Então foi tudo muito direto, assim, sabe? E... eu tomei um susto, claro, como já? assim, já tão...? Já diagnóstico, já remédio e tal? Mas ao mesmo tempo, eu me senti aliviada, por já tá começando o tratamento, né?

Eu tomei um impacto, tipo, já? Já remédio e tal? E assim, B., já faz um tratamento medicamentoso, ela já toma a medicação.

(a mãe relata o uso de medicação para hiperidrose, dermatite e ovário policístico por parte da adolescente)

[...] Por mais cabeça aberta que a gente tenha, e eu tenho em relação a fazer tratamento psiquiátrico, psicológico e tal, aquela coisa, vai tomar remédio, você já fica, poxa, é isso mesmo? Eu tomei um impacto. Fiquei, acho que, umas 48 horas assim, impactada. Mas, ao mesmo tempo, eu falei, bom, se é isso, então vamos fazer, vamos resolver.

A mãe sente certa ambivalência entre o susto quanto a rapidez do diagnóstico e da receita para medicação, e o alívio pela identificação da condição da filha e começo do

tratamento. A preocupação com a medicação diz respeito, também, a quantidade de remédios já utilizados pela filha para tratar outras condições de saúde. No entanto, logo em seguida a mãe admite certo receio e desconfiança quanto ao uso de uma medicação psiquiátrica, sentindo a recomendação médica como um “impacto”.

Sendo assim, podemos dividir os sentimentos e percepções da mãe em três aspectos, sendo eles o diagnóstico, a medicação e o tratamento. Diagnóstico e medicação estão acompanhados do sentimento de susto e impacto. Cabe perguntar por qual motivo tais aspectos podem vir acompanhados de sentimentos como estes. Certamente, o próprio termo “depressão”, carregado de estigmas e preconceitos, pode de partida dar o tom e o peso quando proferido por um especialista, e é provável que a objetividade e rapidez da profissional em questão tenham contribuído para o sentimento de impacto e susto por parte da família. Todavia, a perspectiva do tratamento traz um sentimento de alívio e a coloca na esperança da resolução da condição da filha.

Freitas e Reuter (2021) e Silva e Brandalise, (2008), ao identificarem modificações nas relações interpessoais após diagnóstico psiquiátrico, revelaram aspectos de apoio e solidariedade de família e amigos. Neste estudo, compartilhamos de resultados semelhantes a pesquisa de Freitas e Reuters (2021), quando indicam que a explicação do saber médico a partir do diagnóstico tem efeito reconfortante para familiares e amigos. A adolescente sente a nomeação diagnóstica com alívio, a mãe, com susto e impacto. Em ambas as entrevistadas, o sentimento de alívio é encontrado quando é posta em jogo a direção de um tratamento possível a partir do diagnóstico e da medicação.

A fim de podermos investigar um pouco mais sobre o modo como a adolescente subjetivou o seu diagnóstico, questionamos:

[Pesquisador]

Você acha que é uma condição que vai passar? Ou que é algo seu mesmo? Como é que é isso?

[Adolescente]

Eu acho. Assim, é... Eu não sei como é que vai ser sem o remédio, né? Porque eu ainda tomo. Mas eu acho que eu vou conseguir, assim, me adaptar, mesmo que demore. Acho que não vai ser eterno. Eu tenho esperança.

Uma preocupação que acompanha muitos profissionais do campo da psicologia e da psiquiatria referente a prática diagnóstica são os efeitos de cronificação de condições psicopatológicas que podem acompanhar o diagnóstico. O diagnóstico pode ser um risco se tomado como algo que faz parte da “personalidade” da pessoa, na medida em que esta se

identifica e se utiliza deste para justificar ações diversas ou mesmo seu jeito de ser no mundo, o que acaba por desimplicar o sujeito em seu processo de adoecimento e/ou tratamento.

Neste ponto, podemos destacar a polissemia do diagnóstico, como apontada por Sancho *et al.*, (2019), que significa implicar uma série de processos subsequentes a esta prática. Neste estudo de caso, mãe e adolescente parecem estar advertidas da dimensão do tratamento subsequente ao diagnóstico, ao contrário de aspectos de comodidade, desimplicação ou cronificação. Assim, vemos que a adolescente não parece seguir pela via que a identifica e aliena à sua condição psicopatológica. Apesar de falar que “não esperava outro diagnóstico”, ela acha que pode, futuramente, seguir sem a medicação e pode encontrar meios para viver que não estejam tão marcados pela condição depressiva.

Por fim, cumprindo com o objetivo de número dois, temos que os processos de subjetivação do diagnóstico de depressão passa pelos sentimentos de alívio e esperança, mas também de susto e impacto, por parte da família, neste caso, a mãe. A adolescente não compreende o diagnóstico como se ela portasse algum tipo de anormalidade e, ao contrário, evidencia a função social e possibilidade de suporte e tratamento a partir dele. Assim, a nomeação a reinsere no campo do que é passível de ser vivido por todos (qualquer um), mesmo sendo a nomeação de uma condição de transtorno psíquico. Ademais, as duas participantes destacam que, com o diagnóstico, se abriu a dimensão do tratamento, o que trouxe a esperança como uma de suas implicações.

A seguir, seguimos com a discussão voltada para o objetivo número três, qual seja: (3) identificar mudanças nas dinâmicas familiares.

#### **4.4 Reencontrando o cais: nomeação, psicoterapia e medicação como coordenadas da mudança**

A fim de podermos evidenciar as implicações da depressão da adolescente na família e as mudanças ocorridas no pós-diagnóstico, trazemos a fala da mãe do momento pré-diagnóstico:

[Mãe]

Eu acho que os últimos meses antes do diagnóstico foram muito ruins. Você saber que sua filha não tem mais energia para viver, não quer mais estar ali, foi bem complicado. Eu e o meu esposo, a gente passou por um processo que, na verdade, ela nem sabe, de muito medo. Nós passávamos a madrugada conversando, e como nós somos cristãos, a gente orava muito e pedia mesmo para Deus ter misericórdia, né, da nossa família e tal. E ficava muito de sobressalto mesmo, sabe?

E nesse processo, além da preocupação com ela, teve essas questões, que ela tinha algumas crises de pânico na escola, e eu tive que buscá-la, algumas vezes, fora do horário. Ao mesmo tempo que eu acolhia ela, eu dizia, filha, é final do ano, não dá, você precisa ir e tal. Então, assim, era muito difícil fazer essa balança de apoiar, de acolher, e ao mesmo tempo alertar os prejuízos que ela poderia ter academicamente.

E, assim, a gente ficava muito triste, porque a gente não queria, por exemplo, se ela tava no quarto dela, no momento dela... ela dormia muito, muito, muito, muito, muito, muito. E eu sabia que era uma fuga. Ao mesmo tempo que eu falava, poxa, deixa ela dormir, mas, poxa, está dormindo muito, eu queria ela com a gente, eu queria ela socializando com a gente, mas ela não estava bem.

Observamos uma dinâmica familiar em que preocupação, medo e estado de alerta marcavam a relação entre os pais e a adolescente. Preocupações relativas ao desempenho acadêmico da adolescente se destacam e dividiram a mãe entre o desejo de acolher e apoiar, ao mesmo tempo em que precisava apontar para a filha os prejuízos acadêmicos relacionados às saídas, fora de horário, da escola. Percebemos que o quadro depressivo da adolescente, com os sintomas como isolamento e vontade de dormir, a afastaram da vida familiar (“eu queria ela socializando com a gente”).

A principal marca do transtorno depressivo desta adolescente parece ter sido o isolamento, o que fica claro não somente no discurso da mãe, mas também dela própria, quando reconhece que “não queria sair de casa por nada”/ “eu não queria falar com nenhum amigo meu”/ “todo mundo estava inserido num grupo, menos eu”/ “eu me afastei, muito, de todos”.

Assim, no contexto anterior ao diagnóstico, o cenário da vida familiar eram os pais preocupados e em alerta, não só sobre a condição depressiva da filha, mas também com a sua vida acadêmica; e a adolescente, isolada em seu quarto, dormindo bastante, com dificuldades em frequentar e manter-se na escola, afastada da convivência também com os amigos.

Características comuns à adolescência, como o isolamento no quarto, típicos do movimento de separação dos ideais e desejos paternos e maternos, aliam-se ao quadro sintomático do transtorno depressivo, contribuindo para que, no âmbito da dinâmica familiar, todos fiquem um tanto mais isolados e solitários, cultivando os próprios problemas e preocupações e enfrentando dificuldades em encontrar momentos de compartilhamento de experiências, de convivência conjunta ou mesmo de abertura para tratar dos sentimentos e emoções vivenciados nesta fase da vida.

Aspecto tanto da depressão como da adolescência, o isolamento parece ter sido potencializado, colocando maiores dificuldades para encontrar pontes necessárias à construção de relações de apoio e suporte. Estando estes aspectos articulados, encontramos dificuldades em discernir, quanto ao isolamento, o que estaria mais relacionado a um comportamento mais típico da adolescência, de um quadro sintomático mais expressivo do transtorno depressivo, o que parece trazer aos pais a insegurança na relação de aproximação-afastamento da filha adolescente, o que podemos ver em: “[Mãe] ao mesmo tempo que eu falava, poxa, deixa ela dormir, mas, poxa, está dormindo muito, eu queria ela com a gente, eu queria ela socializando com a gente, mas ela não estava bem”.

Partimos, então, para o que mudou com o diagnóstico, e escutamos:

[Adolescente]

Eu não sei se foi do diagnóstico ou do remédio, porque os dois vieram ao mesmo tempo. Mas, com certeza, muitas coisas mudaram. Eu acho que minha própria socialização, assim. Eu estava pensando — porque as minhas aulas voltaram agora, em janeiro — e eu fiquei, “nossa, eu não era, assim, eu não era esse tipo de pessoa que conversava, que interagia, sabe?” Eu lembro que eu ia para a escola e eu ficava assim, “termina logo” e eu fazia o que eu precisava fazer, e eu ligava pra minha mãe e dizia “não estou aguentando ficar na escola, vem me buscar”. E eu não sou mais assim. Eu não estou pensando muito mais, assim, no tempo que está passando e sei lá... em nada. Eu acho que eu estou mais tranquila com a minha família, tudo, eu acho. E comigo também, tudo mudou.

O primeiro aspecto que nos chama a atenção é a associação entre diagnóstico e medicação, dos quais os efeitos não podem ser tão claramente separados. Foi dito, pela adolescente, que o fato de ter recebido um nome para o que sentia produziu o sentimento de alívio e esperança, o que já destaca o efeito subjetivo do diagnóstico por ele mesmo, sem a presença da medicação. No entanto, com o decorrer do tratamento e uso da medicação, não se pode ter uma ideia exata sobre o que é efeito de um, de outro. Nesse caso, o mais correto é indicar que o efeito é de ambos, até porque o diagnóstico aparece indissociado da medicação.

No momento da entrevista, a adolescente já tomava a medicação há cinco meses. O fármaco em questão é o Cloridrato de Fluoxetina, da classe de antidepressivos que atuam na inibição seletiva de recaptção de serotonina, que tem demonstrado eficiência ao tratar condições psicológicas como transtorno depressivo, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno do pânico, entre outros. Os primeiros efeitos antidepressivos podem ser sentidos de duas a quatro semanas após o início do tratamento (Sohel *et al.*, 2025).

As mudanças apresentadas pela adolescente passam sobretudo do isolamento para a socialização. Ela se surpreende consigo mesma: “nossa, eu não era, assim, eu não era esse tipo

de pessoa que conversava, que interagia, sabe?”. O medicamento, portanto, permitiu-lhe sustentar o tempo de estar na escola, sair de sua condição isolada e interagir com os colegas e família.

Outro detalhe se sobressai na fala da adolescente: “eu não estou pensando muito mais, assim, no tempo que está passando e sei lá... em nada”. Sintoma muito recorrente na depressão, as ruminações (alta atividade do pensamento, pensamentos reentrantes, recriminações, etc.) e pensamentos de cunho existencial, também muito relacionados a traços melancólicos, diminuíram em intensidade e quantidade. Um dos efeitos da redução da atividade do pensamento parece possibilitar que o sujeito possa sair de seu ensimesmamento (pensamentos voltados para si), abrindo-se e estando mais interessado ao convívio com os outros. Além disso, a adolescente se sente mais tranquila com a família e consigo mesma.

Destacamos, também, um aspecto de extrema importância e que, apesar de não ser foco do estudo, fez parte do tratamento da adolescente: a psicoterapia. A propósito, a indicação para a psiquiatra — com tudo o que isso implicou: diagnóstico e medicação —, somente foi possível através da psicóloga da adolescente que, percebendo as condições nas quais ela se encontrava, recomendou o suporte psiquiátrico.

Por isso, é importante ressaltarmos que o tratamento, efetivamente, começou muito antes da nomeação da condição depressiva e dos efeitos farmacológicos; começou, portanto, com os encontros com a psicóloga, que no tratamento com a adolescente não hesitou em recomendar outras redes de suporte. Ao contrário de entendermos que a psicoterapia, sozinha, não deu conta, entendemos que a psicoterapia foi ponte necessária e incontornável na qual a relação de escuta apontou caminhos que pudessem ajudar na continuação do tratamento.

A mãe concorda com tudo o que foi dito pela filha, e afirma:

[Mãe]

Quando veio o diagnóstico e a medicação, mudou totalmente, totalmente, totalmente. Pra muito melhor. Muito melhor.

A fala marcada pela repetição parece exprimir a intensidade com que as coisas mudaram, para a adolescente e para a família, a partir da psicoterapia, do diagnóstico psiquiátrico e do tratamento farmacológico.

Lingiardi (2021, p. 7) diz que o diagnóstico “é um momento decisivo para o conhecimento de si”; um marco (marca), que modifica o rumo da vida. Todavia, mais além do diagnóstico como tal, destacamos a importância do modo de relação com o diagnóstico, de onde se depreende suas implicações e efeitos na vida pessoal do adolescente e no âmbito da família. Neste estudo de caso, constatamos que o diagnóstico é tomado como uma abertura ao

tratamento, trazendo sentimentos de alívio e esperança que projetam sujeito e família em um futuro mais livre da condição de um transtorno mental. O efeito mais evidente, no relato das participantes, diz respeito à capacidade de socialização da adolescente, que passou a estar mais sensível e engajada ao laço social, associando-se à melhora de seus sintomas.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A nomeação de um sofrimento psíquico não é um ato neutro, mas sim carregado de significados socioculturais e com importantes efeitos na vida dos sujeitos e em suas relações. O enfoque médico-científico, ao privilegiar a descrição de fenômenos e a categorização clínica, pode, por vezes, obscurecer a dimensão subjetiva e a história de vida dos indivíduos. Nesse sentido, buscamos aprofundar essa perspectiva e trazer à luz as nuances das experiências familiares a partir do diagnóstico de depressão em adolescentes.

Efeitos subjetivos como alívio e esperança, a partir do diagnóstico, sugerem que, em alguns casos, a nomeação pode trazer uma sensação de compreensão e direcionamento, facilitando a busca por ajuda e a ressignificação dos sintomas. No entanto, as mudanças na relação com o sintoma e nas dinâmicas familiares estão intrinsecamente ligadas ao tratamento como um todo, que envolve tanto o diagnóstico quanto a psicoterapia e a medicação.

A investigação da convivência familiar pré-diagnóstico evidenciou uma família que se percebe unida e com tradições, mas permeada por divergências intergeracionais significativas em torno de religião, política e sexualidade. A relação mãe-adolescente, embora marcada pela abertura para compartilhar, também apresentava omissões por parte da adolescente, sinalizando um movimento de separação e singularização próprio da adolescência. A pesquisa também identificou dinâmicas de identificação e aliança dentro da família (adolescente com o pai, irmã com a mãe), além de um segredo familiar não explicitado que gerava tensões e a busca da mãe por apoio na filha mais velha. A ambivalência nas relações familiares, com momentos de união e conflito, corrobora achados de outros estudos (Strey, Horta e Lucini 2024).

Em relação ao diagnóstico de depressão, este estudo aponta para uma função explicativa da nomeação para a mãe (família), que retrospectivamente encontra no diagnóstico uma razão para comportamentos e características da filha observadas desde a infância (introversão, melancolia, hiperfocos). O diagnóstico parece ter efeitos de uma função explicativa para a mãe sobre aspectos que antes lhe causavam questionamentos sobre a “normalidade” da filha.

No processo de busca por ajuda, a própria adolescente manifesta uma demanda por um diagnóstico ("Será que eu tenho alguma coisa? Um diagnóstico? Um TDAH?"), o que ilustra a crescente influência do discurso médico-científico na compreensão do sofrimento psíquico entre os jovens. A experiência inicial com um neuropsicólogo, que diagnosticou ansiedade e um QI elevado, mas não depressão, demonstra a complexidade do processo diagnóstico, no

qual diferentes profissionais se utilizam de ferramentas diversas para chegarem a um diagnóstico, encontrando também diferentes conclusões.

Em suma, sugerimos que o diagnóstico de depressão na adolescência não opera em um vácuo familiar. Ele se insere em um sistema de relações já estabelecido, influenciando e sendo influenciado por suas dinâmicas. O caso demonstrado encontrou orientações e coordenadas que possibilitaram adolescente e família no enfrentamento do transtorno depressivo, sendo possível somente pela indissociação dos trabalhos do campo 'psi', em específico, de psicologia (psicoterapia) e psiquiatria (medicação). A nomeação diagnóstica pode trazer alívio, esperança e ter função explicativa, mas seus efeitos subjetivos e nas relações familiares estão intrinsecamente ligados ao tratamento mais amplo, que inclui psicoterapia e medicação.

Por fim, apontamos a necessidade de estudos que venham dar conta da dimensão subjetiva da nomeação diagnóstica quanto a seus efeitos na vida dos pacientes e de suas famílias, a fim de se ampliar os conhecimentos sobre suas implicações na vida dos sujeitos e, com isso, subsidiar, fundamentar, salvaguardar e orientar as práticas diagnósticas em psiquiatria e psicologia.

## REFERÊNCIAS

- ADDISS, S. *The Art of Haiku: Its History Through Poems and Paintings by Japanese Masters*. Boston: Shambhala, 2012.
- ALBERTI, S. **O adolescente e o outro**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.
- ALTOE, S; MARTINHO, M. H. A noção de estrutura em psicanálise. **Estilos Clin.**, São Paulo, v. 17, n.1, p.14-25, 2012.
- ANDREASEN, N. C. **DSM and the death of phenomenology in America: An example of unintended consequences**. *Schizophrenia Bulletin*, v. 33, n. 1, p. 108-112, 2007. DOI: 10.1093/schbul/sbl054.
- ANTUNES, J.; MATOS, A. P.; COSTA, J. J. Regulação emocional e qualidade do relacionamento com os pais como preditoras de sintomatologia depressiva em adolescentes. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. spe6, p. 52-58, 2018.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5 ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2013.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2 ed., 1986.
- BAHLS, S.-C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes: clinical features. **Jornal de Pediatria**, v. 78, n. 5, p. 359–366, 2002.
- BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; DIAS, R. R. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 21, n. 2, p. 52–61, jun. 2001.
- BAPTISTA, M. N; OLIVEIRA, A. A. Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. **Rev Bras Cresc Desenv Hum**, v. 14, n. 3, p. 53-59, 2004.
- BARBOSA, J. M. A. et al. *Behavioral risk factors for noncommunicable diseases associated with depression and suicide risk in adolescence*. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. e00055621, 2022.
- BIRMAN, J. A psicopatologia na pós-modernidade. As alquimias no mal-estar da atualidade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 2, n. 1, p. 35–49, jan. 1999.
- BOCK, A. M. B. A perspectiva sócio-histórica de Leontiev e a crítica à naturalização da formação do ser humano: A adolescência em questão. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 24, n. 62, 2004.
- BOCK, A. M. B. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 11, n. 1, p. 63–76, jan. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica N° 91/2024-Cgiae/Daent/Svsa/Ms**. 2024. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-91-2024-cgiae-daent-svsa-ms.pdf/view>.

BRASIL. **Indicadores sociais Crianças e adolescentes**. 2007a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 18/02/2025.

BRASIL. **Saúde de adolescentes e jovens**. Caderneta, 2007b. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/saude/>. Acesso em: 17/02/2025.

COSTA, B. S.; MATOS, A. P.; COSTA J. J. O efeito moderador da satisfação com a vida na associação entre a qualidade da relação pais/filhos(as) e depressão na adolescência. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. spe6, 2018.

COSTA, M. P. DA S. *et al.* Inatividade física e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em adolescentes estudantes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE03364, 2021.

CROWTHER, Susan et al. Crafting stories in hermeneutic phenomenology research: A methodological device. *Qualitative health research*, v. 27, n. 6, p. 826-835, 2017.

CRUZ, A. A. **Adolescência na contemporaneidade**. ANAIS – 21ª SEMOC, ISSN 2448-1858, 492. Salvador: out, 2018.

DELUQUE JÚNIOR, R.; COSTA, M. L. Um Método Hermenêutico-Gadameriano De Análise De Dados Em Pesquisa Qualitativa. **SciELO Preprints**, 2020. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.985. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/985>. Acesso em: 2 abr. 2025.

DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS (DICIO). **Diagnóstico**. Porto: 7Graus, 2025. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/diagnostico>. Acesso em: 11/11/2025.

DUNKER, C. **Uma biografia da depressão**. São Paulo: Planeta, 2021.

DURKHEIM, É. **Da divisão do trabalho social**. São Paulo: Martins Fontes, 2 ed., 1999.

EHRENBERG, A. **La Fatigue D'être Soi: Depresión et société**. Paris: Odile Jacob, 1998.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Tradução: Roberto Machado. São Paulo: Graal, 1984.

FOUCAULT, M. **Resumos dos Cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

FREITAS, C. D. R.; REUTER, B. Modos de subjetivação e discurso psiquiátrico: implicação e repercussão do diagnóstico psiquiátrico na construção de identidade do sujeito. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 1, 2021.

FREUD, S. Romances familiares. In: \_\_\_\_\_. **Obras completas, volume IX: Uma neurose infantil e outros trabalhos (1923-1925)**. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 237-258.

\_\_\_\_\_. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *In*. \_\_\_\_\_. **Obras Completas, volume 6: três ensaios sobre a teoria da sexualidade, Análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e Outros textos.** São Paulo: Companhia das Letras, pp. 13-154, 2016.

FUSTER, E. G.; OCHOA, G. M. **Psicología social de la familia.** Barcelona: Paidós Ediciones, 2000.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2018.

GINZBURG, C. Sinais: Raízes de um paradigma indiciário. *In*: \_\_\_\_\_. **Mitos, emblemas e sinais.** São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

GROSSMAN, E. **La adolescencia cruzando los siglos.** *Adolescencia Latino americana*, n. 1, pp. 68-74, 1998.

HACKING, I. **Múltipla personalidade e as ciências da memória.** Rio de Janeiro: José Olympio, 2000 [1995].

HAN, B-C. **Sociedade do Cansaço.** Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

HORN, Â. M.; SILVA, K. A. da.; PATIAS, N. D. School Performance and Symptoms of Depression, Anxiety, and Stress in Adolescents. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 37, p. e372117, 2021.

HOUAISS, A. Diagnóstico. *In*: \_\_\_\_\_. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Ed. Objetiva, 2001. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/diagnostico>. Acesso em: 20/02/2025.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde.** Nêmesis da medicina. Tradução: José Kosinski de Cavalcanti. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. Título original: *Némésis médicale. Expropriation de la santé.*

JULIEN, P. **Abandonarás teu pai e tua mãe.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000.

KEHL, M. R. **O tempo e o cão: A atualidade das depressões.** 2 ed. São Paulo: Boitempo, 2015.

KESSLER R, C. WALTERS, E, E. **Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey.** *Depress Anxiety*, v. 7, n. 1, p. 3-14, 1998.

KLUTH, V. S. **Estruturas da álgebra: investigação fenomenológica sobre a construção do seu conhecimento.** Tese de Doutorado, UNESP, 2005.

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953). *In*: **Escritos.** Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1966/1998.

\_\_\_\_\_. **Os complexos familiares na formação do indivíduo:** Ensaio de análise de uma função em psicologia. Tradução: Marco Antonio Coutinho Jorge e Potiguara Mendes da Silveira Júnior. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2 ed., 2008.

\_\_\_\_\_. Subversão do sujeito e dialética do desejo. *In: Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1960/1998.

\_\_\_\_\_. **Televisão (1973)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

\_\_\_\_\_. A terceira (1974). Comunicação feita ao Congresso da EFP em Roma. *In: UM Lacan inéditos*. Escola Freudiana de São Paulo. Departamento de publicações internas, p. 1-32, 1981.

\_\_\_\_\_. O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada. *In: Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, p. 197-213, 1998.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 10: a angústia**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

LANDIM, I.; BANACO, R. A.; BORSA, J. C. O que é família para você? Opinião de crianças sobre o conceito de família. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 38, n. 2, p. 38-52, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.7178>. Acesso em: 15 abr. 2025.

LEAL, E. M. *et al.* Psicopatologia da autonomia: A importância do conhecimento psicopatológico nos novos dispositivos de assistência psiquiátrica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 9, n. 3, p. 433–446, jul. 2006.

LÉVI-STRAUSS, C. **As Estruturas Elementares do Parentesco**. Petrópolis: Vozes, 1982.

LINGIARDI, V. **Diagnóstico e Destino** (trad: Julia Scamparini). Belo Horizonte: Âyiné, 2021.

MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. **Didática**: São Paulo, vol. 26, 1990.

\_\_\_\_\_. A entrevista na pesquisa social. **Didática**: São Paulo, vol. 27, 1991.

MARTINS, A. L. B. Biopsiquiatria e bioidentidade: Política da subjetividade contemporânea. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 3, p. 331–339, set. 2008.

MCGRATH, J. *et al.* **Age of onset and cumulative risk of mental disorders: A cross-national analysis of population surveys from 29 countries**. *The Lancet Psychiatry*, 2023. DOI: 10.1016/S2215-0366(23)00193-1.

MILLER, J-A. Leitura crítica dos “Complexos Familiares” de Jacques Lacan. *In: Opção Lacaniana Online*. 1984. Tradução de Vera Avellar Ribeiro. Disponível em: <http://www.opcaolacanianana.com.br/antigos/n2/pdf/artigos/JAMLeitura.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2025.

MILLER, J-A. Assuntos de Famílias no Inconsciente. **aSEPHallus - ISEPOL**, [S. l.], n. 4, 2006. Disponível em: [http://www.isepol.com/asephallus/numero\\_04/traducao\\_01.htm](http://www.isepol.com/asephallus/numero_04/traducao_01.htm). Acesso em: 17 jun. 2025.

MONTESANO, H. **El texto clínico: Un nuevo género del discurso**. Buenos Aires: *Letra Viva*, 2021.

MOSER, B. **Clarice, uma biografia**. Tradução: José Geraldo Couto. 1 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2017. Título original: Why This World.

OLIVEIRA, C. Z.; CAMPOS, J.; OLIVEIRA, M. A. A Análise do Discurso: Uma abordagem teórico-metodológica em pesquisa de formação docente. **Momento - Diálogos em Educação**, [S. l.], v. 31, n. 03, p. 41–67, 2022. DOI: 10.14295/momento.v31i03.14053. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/momento/article/view/14053>. Acesso em: 23/01/2023.

OLIVEIRA, H. M. de.; HANKE, B. C. Adolescer na contemporaneidade: Uma crise dentro da crise. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 20, n. 2, p. 295–310, 2017.

OLSSON, G.; KNORRING A. L. **Depression among Swedish adolescents measured by the self-rating scale Center for Epidemiology Studies-Depression Child (CES-DC)**. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, Jun., v. 6, n. 2, p. 81-87, 1997. DOI: 10.1007/BF00566670.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Problemas de la salud de la adolescencia**. *Informe de un comité de expertos de la OMS*. Informe técnico nº 308. Genebra, OMS 1965.

PÊCHEUX, M.; FUCHS, C. A propósito da análise automática do discurso: atualização e perspectivas. (1975). In: GADET, F.; HAK, T.(orgs.) **Por uma análise automática do discurso**. Campinas: Unicamp, 1997.

PEREIRA, M. L. *et al.* **Family functioning in adolescents with major depressive disorder: A comparative study**. **Estudos de Psicologia**, v. 32, n. 4, p. 641–652, 2015.

PINHEIRO, T. Escuta psicanalítica e novas demandas clínicas: Sobre a melancolia na contemporaneidade. **Psyche: Revista de Psicanálise**, v. 6, n. 9, p. 167-176, 2002.

PONCIANO, E. L. T.; FÉRES-CARNEIRO, T. Relação Pais-Filhos na Transição para a Vida Adulta, Autonomia e Relativização da Hierarquia. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 27, n. 2, p. 388–397, 2014.

\_\_\_\_\_. Modelos de família e intervenção terapêutica. **Interações**, São Paulo, v. 8, n. 16, p. 57-80, dez. 2003. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-29072003000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072003000200004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 07 de abril de 2025.

RABINOVICH, E. P.; MOREIRA, L. V. C. Estudos sobre família em contextos brasileiros. In: MOREIRA, L. V. C.; RABINOVICH, E. P. (Orgs.). **Família e parentalidade: Olhares da psicologia e da história**. Rio de Janeiro: Juruá, p. 15-40, 2011.

RODRIGUES, H. P. **Estudo psicanalítico sobre os efeitos subjetivos do diagnóstico psiquiátrico de depressão**. Orientadora: Karla Patrícia Holanda Martins. 2012. 118 f. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, 2012.

ROSENBERG, C. E. **The Tyranny of diagnosis**: Specific entities and individual experience. *Milbank Q*, v. 80, n. 2, p. 237-260, 2002.

ROUDINESCO, E. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

SADLER, L. S. **Depression in adolescents**: Context, manifestations, and clinical management. *Nurs Clin North Am*. Sep., v. 26, n. 3, p. 559-572, 1991. PMID: 1891392.

SAFATLE, V.; JÚNIOR, N. da S.; DUNKER, C. **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. São Paulo: Autêntica, 2021.

SANCHO, K. A.; PFEIFFER, C. R. C.; CORRÊA, C. R. S. Medicalização, diagnóstico clínico e queixa-conduta – redes de significação em jogo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e170633, 2019.

SCARPATI, B. G.; GOMES, K. M. Depressão na adolescência: causas, sintomas e tratamento. **Revista de Iniciação Científica**, Criciúma, v. 18, n. 2, 2010.

SILVA, F. C. da. *et al.* *The effects of sexual violence experienced in childhood and adolescence on undergraduate students*. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 134, 2020.

SILVA, R.; BRANDALISE, F. O efeito do diagnóstico psiquiátrico sobre a identidade do paciente. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v. 16, n. 2, p. 123-129, 2008.

SOHEL, A. J.; SHUTTER, M. C.; PATEL, P. *et al.* Fluoxetine. [Atualizado em 28 fev. 2024]. In: STATPEARLS [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025 Jan-. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459223/>. Acesso em: 30 abr. 2025.

SPENCE, D. **Supervising for Robust Hermeneutic Phenomenology**: Reflexive Engagement Within Horizons of Understanding. *Qualitative Health Research*, 10, pp. 971-980. 2016.

STAKE, R. E. **The art of case study research**. Thousand Oaks: *SAGE Publications*, 1995.

STEINBERG, L.; LERNER, R. M. **The Scientific Study of Adolescence**: A Brief History. *The Journal of Early Adolescence*, v. 24, n. 1, p. 45–54, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1177/0272431603260879>.

STEVENS, A. Adolescência, sintoma da puberdade. **Curinga: Clínica do contemporâneo**. Belo Horizonte: EBP-MG, n. 20, 2004.

STREY, M. N. S.; HORTA, R. L.; LUCINI, T. C. G. L. Família: interação, satisfação e fracassos na visão de adolescentes e jovens. **Nova Perspectiva Sistêmica**, [S. l.], v. 33, n. 78, p. 83–98, 2024. DOI: 10.38034/nps.v33i78.686. Disponível em: <https://revistanps.emnuvens.com.br/nps/article/view/686>. Acesso em: 15 abr. 2025.

TAFÀ, M.; BRACAGLIA, F.; INGUSCIO, L.; CARONE, N. **What Decides the Well-Being of the Relationship between Parents and Adolescents**. *International journal of environmental research and public health*, v. 20, n. 1, p. 1-11, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph20010383>. Acesso em: 15 abr. 2025.

- TEPERMAN, D. **Família, parentalidade e época: um “nós” que não existe**. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Acesso em: 16 abr. 2025.
- THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 4, p. 360–372, 2014.
- TORRES, S. Z de M. **Adolescências: diferentes contextos, diferentes histórias**. Orientadora: Lidia Natalia Dobrianskyj Weber. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Educação, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.
- VERAS, M. **A morte de si**. São Paulo: Cult, 1ªed, 2023.
- VERSIANI, M.; REIS, R.; FIGUEIRA, I. Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. **J. Bras Psiquiatria**, v. 49, n. 10-12, p. 367-82, 2000.
- VIDAL, C. S.; BOTELHO, T. R. Modelos nacionais e regionais de família no pensamento social brasileiro. **Estudos Feministas**, v. 9, n. 2, p. 414-432, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/gBrWXzTPBhqDDgQmpbk64JH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2025.
- WELCH, G; SCHWARTZ, L; WOLOSHIN, S. O que está nos deixando doentes é uma epidemia de diagnósticos. Tradução: Daniel de Menezes Pereira. (Texto original publicado no The New York Times em 02/01/2007). **Jornal do Cremesp**, p. 12, 2008.
- WELLS, R. H. C. *et al.* **CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. São Paulo: EDUSP, 2011. Acesso em: 13/03/2024.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems**. 11th ed; ICD-11, 2021. Disponível em: <https://icd.who.int/>. Acessado em 06/03/2024.
- YAZAN, B. Três abordagens do método de estudo de caso em educação: Yin, Merriam e Stake. **The Qualitative Report**, [S.l.], v. 20, n. 2, p. 149-182, 2015.
- YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

---

Título da Pesquisa: **O diagnóstico de depressão na adolescência e suas implicações na família**

Pesquisador Responsável: **Saulo Machado Cunha**

---

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor(a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

O objetivo desta pesquisa é investigar os impactos na família do diagnóstico de depressão em adolescentes e tem como justificativa que o diagnóstico nessa fase da vida acarreta implicações subjetivas no adolescente e na família, bem como pode acarretar mudanças significativas nas dinâmicas relacionais entre adolescente, família e sociedade.

Se o(a) Sr.(a) aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: [1] entrevista com pesquisador, com duração aproximada de 1h (uma hora), na qual serão feitas perguntas acerca das percepções sobre mudanças nas relações familiares, dos momentos antes, durante e após o diagnóstico, bem como perguntas que visem situar o que se sente/percebe acerca das relações em família. Com a sua permissão, a entrevista será gravada, para posterior transcrição dos dados pelo pesquisador.

Toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco. No nosso estudo, os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são (I) a mobilização subjetiva de membros da família ou do próprio adolescente; (II) sensações de desconforto psicológico e/ou físico durante a realização das entrevistas, devido ao tema em questão. O pesquisador responsável estará atento a eventuais danos e/ou prejuízos decorrentes da realização da pesquisa, se antecipando com ações que visem minimizar danos e/ou corrigi-los, não hesitando em encerrar a pesquisa em qualquer momento de sua realização. Tendo em vista a diminuição dos riscos envolvidos na pesquisa, será tomada a precaução, por meio de Termo de Compromisso de Atendimento Psicológico, com psicólogo registrado devidamente no CRP-03 (Bahia) para, em caso de mal-estar psicológico em função da participação na referida pesquisa, os participantes serem encaminhados à atendimento psicossocial, sem ônus à parte prejudicada.

Contudo, esta pesquisa também pode trazer benefícios. Os possíveis benefícios se dão de maneira indireta, contribuindo para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, beneficiando possíveis intervenções nas famílias e adolescentes afetados pelo diagnóstico de depressão.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso o(a) Sr.(a) decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento durante a pesquisa, não haverá nenhum prejuízo.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá receber por despesas decorrentes de sua participação. Em caso de despesas como de transporte e/ou alimentação, as mesmas serão integralmente ressarcidas via transferência bancária (pix), pelo pesquisador responsável, em um prazo de 24h após a realização da entrevista.

Caso ocorra algum problema ou dano com o(a) Sr.(a), resultante de sua participação na

pesquisa, o(a) Sr.(a) receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal e garantimos indenização diante de eventuais fatos comprovados, com nexos causal com a pesquisa.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto, bem como em todas as fases da pesquisa.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido ao Sr.(a), o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que o(a) Sr.(a) queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Caso o(a) Sr.(a) tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Saulo Machado Cunha, pelo telefone (71) 9 9147.4318 e/ou pelo e-mail saulomachadocunha@gmail.com, com a pesquisadora, Elaine Pedreira Rabinovich pelo e-mail elainepedreira@gmail.com, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR. Endereço: Prédio C (Prédio da Pós-Graduação), andar térreo. Av. Prof. Pinto de Aguiar, 2589. Pituvaçu, Salvador-BA, 41740-090, Telefone: 3206-7830, email: cep@ucsal.br.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma do(a) Sr.(a) e a outra para os pesquisadores.

#### **Declaração de Consentimento**

Concordo em participar do estudo intitulado: **“O diagnóstico de depressão na adolescência e suas implicações na família”**.

_____ Nome do participante ou responsável	
_____ Assinatura do participante ou responsável	Data: ____/____/____

Eu, Saulo Machado Cunha, declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, da Resolução nº 466/2012 MS.

_____ Assinatura e carimbo do Pesquisador	
	Data: ____/____/____

## **APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “O diagnóstico de depressão na adolescência e suas implicações na família”, coordenada pelo pesquisador Saulo Machado Cunha. Seus pais permitiram que você participasse.

Queremos saber os impactos na família do diagnóstico de depressão em adolescentes. Os adolescentes que irão participar desta pesquisa têm de 10 à 19 anos de idade.

Você só precisa participar da pesquisa se quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir. Com a sua permissão, a entrevista será gravada, para posterior transcrição dos dados pelo pesquisador.

A entrevista será feita em local que garanta o sigilo das informações. Para isso, será usado um questionário, considerado seguro, mas é possível ocorrer sensações de desconforto psicológico com as perguntas. Você não é obrigado a responder todas as perguntas e pode sinalizar ao pesquisador quando não quiser responder. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar através de nossos telefones e pode solicitar atendimento psicológico gratuito, se assim desejar. Mas há coisas boas que podem acontecer como alívio por falar e contribuir para o aumento do conhecimento na área.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados em artigo científico, mas sem identificar os adolescentes que participaram.

Caso tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Saulo Machado Cunha, pelo telefone (71) 9 9147.4318 e/ou pelo e-mail saulomachadocunha@gmail.com. Também com a pesquisadora, Elaine Pedreira Rabinovich pelo e-mail elainepedreira@gmail.com ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR. Endereço: Prédio C (Prédio da Pós-Graduação), andar térreo. Av. Prof. Pinto de Aguiar, 2589. Pituaçu, Salvador-BA, 41740-090, Telefone: 3206-7830 / Email: cep@ucsal.br.

### **CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO**

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa “O diagnóstico de depressão na adolescência e suas implicações na família”.

Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir sem prejudicar ninguém.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma via deste termo de assentimento. A outra via ficará com o pesquisador responsável, Saulo Machado Cunha. Li o documento e concordo em participar da pesquisa.

Salvador, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

Assinatura do participante

---

Assinatura do pesquisador

## APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO FAMILIARES

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO — FAMILIARES		
<b>DATA NASC:</b>	<b>IDADE:</b>	<b>NATURALIDADE:</b>
<b>RAÇA:</b> <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> PARDA <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> INDÍGENA		<b>QUAL GÊNERO SE IDENTIFICA?</b> <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> OUTRO (QUAL?) <input type="checkbox"/> PREFIRO NÃO DIZER
<b>PROFISSÃO E/OU OCUPAÇÃO:</b>		<b>ESTADO/CIDADE/BAIRRO:</b>
<b>FONTE DE RENDA:</b> <input type="checkbox"/> CARTEIRA ASSINADA <input type="checkbox"/> PESSOA JURÍDICA <input type="checkbox"/> TRABALHO INFORMAL <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> AUXÍLIO DOENÇA <input type="checkbox"/> APOSENTADORIA <input type="checkbox"/> BPC (BENEFÍCIO PRESTAÇÃO CONTINUADA) <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO		
<b>ESTADO CIVIL:</b> <input type="checkbox"/> SOLTEIRO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A <input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A <input type="checkbox"/> VIÚVO/A <input type="checkbox"/> ESTÁVEL <input type="checkbox"/> VIVE MARITALMENTE <input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO		
<b>FILHOS:</b> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM – Citar quantidade e idade: <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 5px;"/>		
<b>RELIGIÃO:</b> <input type="checkbox"/> CATÓLICA <input type="checkbox"/> ESPÍRITA <input type="checkbox"/> PROTESTANTE (Evangélica) <input type="checkbox"/> MATRIZ AFRICANA <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA DE JEOVÁ <input type="checkbox"/> NENHUMA <input type="checkbox"/> PREFIRO NÃO DIZER <input type="checkbox"/> AGNÓSTICO <input type="checkbox"/> ATEU		

**GRAU DE INSTRUÇÃO:**     SABE ASSINAR O NOME

ANALFABETO

FUNDAMENTAL II INCOMPLETO

MÉDIO COMPLETO

FUNDAMENTAL I INCOMPLETO

FUNDAMENTAL II COMPLETO

SUPERIOR INCOMPLETO

FUNDAMENTAL I COMPLETO

MÉDIO INCOMPLETO

SUPERIOR COMPLETO

**RENDA FAMILIAR:**

ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO (SM)

1 A 2 SM

3 A 4 SM

> 4 SM

Número de pessoas que dependem dessa renda: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO ADOLESCENTE

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO — ADOLESCENTE		
<b>DATA NASC:</b>	<b>IDADE:</b>	<b>NATURALIDADE:</b>
<b>RAÇA:</b> <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> PARDA <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> INDÍGENA		<b>QUAL GÊNERO SE IDENTIFICA?</b> <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> OUTRO (QUAL?) <input type="checkbox"/> PREFIRO NÃO DIZER
<b>ESTADO/CIDADE/BAIRRO:</b>		<b>POSSUI IRMÃOS?</b> <input type="checkbox"/> SIM QUANTOS? _____ <input type="checkbox"/> NÃO
<b>RELIGIÃO:</b> <input type="checkbox"/> CATÓLICA <input type="checkbox"/> ESPÍRITA <input type="checkbox"/> PROTESTANTE (Evangélica/Batista) <input type="checkbox"/> MATRIZ AFRICANA <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA DE JEOVÁ <input type="checkbox"/> NENHUMA <input type="checkbox"/> PREFIRO NÃO DIZER <input type="checkbox"/> AGNÓSTICO <input type="checkbox"/> ATEU		
<b>ESCOLARIDADE:</b> <input type="checkbox"/> CURSANDO ENSINO FUNDAMENTAL <input type="checkbox"/> CURSANDO ENSINO MÉDIO		
<b>COM QUEM MORA?</b>	<b>FAZ PSICOTERAPIA?</b>	
	<b>HÁ QUANTO TEMPO?</b>	
<b>TEM UM QUARTO SÓ PARA VOCÊ?</b>	<b>FAZ USO DE MEDICAÇÃO? QUAL/QUAIS?</b>	
	<b>HÁ QUANTO TEMPO?</b>	

**APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO (FAMILIARES)****—> Família / Convívio familiar / Relações familiares**

- 1. Pode me descrever um pouco sobre como é o convívio com sua família?**
- 2. Como você percebe/sente o convívio com seu filho(a)/irmão(ã)?<sup>4</sup>**
- 3. Como é sua relação com o/a (adolescente)?**

**—> Diagnóstico / Tratamento / Impactos**

- 4. Há histórico de transtornos mentais na família? Se sim, quais?**
- 5. A partir de que momento você percebeu que algo se passava com o/a (adolescente)?**
- 6. Você ou algum outro membro da família sugeriram ao (adolescente) a consulta com um médico psiquiatra ou psicólogo?**
- 7. Pode me contar um pouco sobre a época em que o/a (adolescente) recebeu o diagnóstico?**
- 8. Em quanto tempo de tratamento o/a recebeu o diagnóstico?**
- 9. Para você, é importante que a condição do/a (adolescente) tenha recebido um nome?**
- 10. Quais as suas impressões sobre essa condição/transtorno?**
- 11. Você percebe que algo mudou nas relações familiares após o diagnóstico?**
- 12. Como você percebe a adesão ao tratamento do/a (adolescente)?**

---

<sup>4</sup> A maneira diferente de colocar a pergunta irá variar conforme o membro da família entrevistado. A partir da próxima pergunta, abreviarei para “adolescente”, fazendo-se entender que me refiro ao adolescente em questão.

**APÊNDICE F - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO  
(ADOLESCENTE)**

—> **Família / Convívio familiar / Relações familiares**

1. **Como você percebe/sente o convívio com sua família?**
2. **Há algum tipo de atividade que você faça junto à sua família? (lazer, tarefas...)**
3. **Como você acha que seus familiares te percebem?**

—> **Diagnóstico / Tratamento / Impactos**

4. **Pode me contar um pouco da época em que foi diagnosticado(a) com depressão?**
5. **Em quanto tempo de tratamento você recebeu o diagnóstico?**
6. **Quem primeiro lhe informou sobre essa condição? (Médico? Psicólogo? Pais? Alguém da família?)**
7. **Você sente que alguma coisa mudou de antes do diagnóstico para depois do diagnóstico? Se sim, o quê?**
8. **Na relação com a sua família, percebe que algo mudou após o diagnóstico?**
9. **Você consegue se lembrar como se sentiu quando recebeu o diagnóstico?**
10. **Atualmente, como se sente em relação a esta sua condição?**
11. **Para você, é importante ter recebido um nome para o que sentia?**
12. **Você acha que a sua condição atual é permanente ou algo passageiro?**